Accoucher en France aujourd'hui. Les enjeux de la profession de sage-femme et la position des femmes face à la naissance médicalisée

Catherine Thomas

▶ **To cite this version:**

Catherine Thomas. Accoucher en France aujourd'hui. Les enjeux de la profession de sage-femme et la position des femmes face à la naissance médicalisée. Anthropologie sociale et ethnologie. Université de la Réunion, 2016. Français. NNT : 2016LARE0022 . tel-01488894v2

HAL Id: tel-01488894
https://theses.hal.science/tel-01488894v2

Submitted on 14 Mar 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de La Réunion - École Doctorale Sciences Humaines et Sociales.

Thèse pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN ANTHROPOLOGIE
Présentée et soutenue publiquement par

Catherine THOMAS
Le 15 Novembre 2016

ACCOUCHER EN FRANCE AUJOURD'HUI.
Les enjeux de la profession de sage-femme et le positionnement des femmes face à la naissance médicalisée.

Sous la direction de Mme POURCHEZ Laurence, Professeure des Universités.

JURY :

BONNET Doris	Anthropologue, Directrice de recherches, IRD
DE ROBILLARD Didier	Sociolinguiste, Professeur des universités, Tours
DE SUREMAIN Charles Edouard	Anthropologue, Chargé de recherches, IRD
POUCHELLE Marie-Christine	Anthropologue, Directrice de recherches émérite, CNRS
POURCHEZ Laurence	Anthropologue, Professeure des universités, INALCO
VEGA Anne	Socioanthropologue, HDR, Université Paris-Ouest
SCHATTEL Danielle	Sage-femme, formatrice

Mots-clés : Accouchement, profession de sage-femme, naissance, offre de soins périnatale, maternité.

Résumé :

À l'heure actuelle, les résultats périnataux en France demeurent parmi les moins satisfaisants en Europe malgré une très forte médicalisation. Les autorités de santé affirment reconnaître l'influence de la prise en charge et de l'accompagnement pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale sur l'état de santé de la mère et de l'enfant mais l'offre de soins peine à s'élargir. Contrairement à ce que prévoient les lois concernant le libre choix du praticien en France, les parturientes ne sont pas à même de choisir le professionnel de santé qui les accompagnera lors de leur accouchement. De même, les sages-femmes, contrairement à ce qu'impose leur code de déontologie, ne sont pas en mesure de garantir à leurs patientes ni les conditions, ni le lieu de leur accouchement. De surcroît, peu d'entre elles exercent leur profession de façon autonome tout en pratiquant le plein exercice de leur fonction.

En centrant cette recherche anthropologique sur l'expérience des femmes et des sages-femmes dans leurs relations autour de la naissance et de l'accouchement, l'objectif de cette étude qualitative est de faire la lumière sur les tenants et les aboutissants de l'uniformisation de l'offre de soins. Dans un premier temps sont abordés les différents types d'accompagnement proposés aux femmes aujourd'hui ainsi que la place qu'y occupent les sages-femmes. Dans un second temps, l'étude de l'accompagnement global permet l'examen de la prise en charge des patientes et de ses liens de causalité avec les relations interprofessionnelles. Ainsi sont révélés les impacts de cette pratique sur le soutien à la parentalité et la nécessité d'une diversification de l'offre de soins.

Key words : Childbirth, midwife, birth, perinatal care provision, maternity.

Abstract:

Currently, the perinatal results in France remain among the least satisfactory in Europe in spite of a very strong medicalization. However, health authorities acknowledge the influence of maternity care during pregnancy, childbirth and neonatal period on the state of health of the mother and the child but health services hardly increase. Contrary to what French law says on free choice of practitioner, parturient women cannot choose the health professional who will assist them during labor. Likewise, midwives cannot guarantee their patients the place and conditions of childbirth, contrary to their code of ethics. In addition, few of them have the opportunity to work in an independent way and at the same time fully practice their profession.
By focusing this anthropological research on women's and midwives' experience in their relationships around childbirth, the aims of this qualitative study are to clarify the ins and outs of the standardization of health services. Initially, the various types of care provided to women today and the place granted to midwives are discussed. Secondly, possible causal links between interprofessional relations and maternity care are searched for through the study of comprehensive care. So are revealed the impacts of a close and trusting relationship in supporting parenthood and of a diversification of health services.

Laboratoire de recherche sur les espaces Créoles et Francophones (LCF),
Équipe d'Accueil 4549
Université de La Réunion
15, avenue René Cassin,
BP 7151
97715 Saint-Denis Messag Cedex 9

À Françoise.

Léonard de Vinci, *La Vierge à l'Enfant avec sainte Anne*, vers 1503-1519, Paris, Musée du Louvre.

« Ça me fait penser à ces fameuses toiles de Léonard de Vinci où on voit la Vierge et sa mère hein, y'a une femme qui enveloppe une autre femme avec les enfants devant, c'est-à-dire, c'est un emboîtement de femmes, c'est les poupées russes. Y'a plein de symboles comme ça. Mais ça, ça n'existe pas, ça passe à côté de la culture des sages-femmes, alors que c'est le fondement du métier de sage-femme, mais non… Et je ne sais pas comment on fera pour y arriver à tout ça ?… si, par vous. Alors moi, je dis justement, je pense que ça va passer par la sociologie, par l'anthropologie. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

ACCOUCHER EN FRANCE AUJOURD'HUI.

Les enjeux de la profession de sage-femme
et le positionnement des femmes face à la naissance médicalisée.

REMERCIEMENTS

Parce que c'est la tradition mais aussi et surtout parce que ce travail sans son aide n'aurait pu aboutir, je tiens à remercier en premier lieu Laurence Pourchez.

Je souhaite ici te dire que j'ai pleinement conscience de la chance que j'ai eue de t'avoir comme directrice de recherche et ce depuis mon Master II. Car c'est avec cette disponibilité, cette patience que tu as à lire et relire le travail de tes doctorants, soulignant chaque erreur, affinant les points de vue, apportant de nouvelles références, que tu m'as accompagnée dans ce projet personnel et professionnel qui me tient tant à cœur.

Je remercie les membres du jury d'avoir accepté de donner de leur temps pour évaluer mon travail et me faire l'honneur de leur présence à ma soutenance.

Merci à Françoise et à Bernard Olive pour leur accueil, le temps partagé à parler du métier de sage-femme, de son histoire. Merci pour les ouvrages prêtés, les archives dépoussiérées, les conseils donnés.

Françoise, par ta présence, en accompagnant la naissance de mon premier enfant puis tout au long de cette recherche, tu as non seulement appliqué ton art mais tu m'as transmis, au-delà de précieuses connaissances, la volonté, la confiance et la force de croire en mes capacités. Je te dédie ce travail.

Merci au Ministère de la culture de m'avoir apporté une aide financière au début de ma thèse, mais également à tous ceux qui ont laissé mes demandes sans réponse et qui malgré les difficultés ont aiguisé ma persévérance.

Je souhaite également exprimer ma reconnaissance envers les personnes qui ont pris le temps de lire mon travail, tout ou en partie :
À Mme Bernadette Tillard ;
À Marie, pour les corrections indispensables ;
À Sandrine, qui, bien que l'on ne se connaisse qu'à travers nos échanges par mails, a accepté de m'apporter son point de vue et de partager avec moi les aléas du travail de thèse ;

À Bénédicte ;
À Juliette ;
À mon amie Myriam pour son soutien et nos longues discussions autour de la naissance.

Merci à ma famille, mes parents, mes sœurs, Pauline et Marie, et à Silvère pour m'avoir toujours encouragée.

Je tiens à remercier bien évidemment toutes les sages-femmes que j'ai rencontrées. Celles qui m'ont accompagnée pour les naissances de mes enfants, celles qui m'ont accordé de leur temps, et fait part de leurs expériences et de leur point de vue.

Merci à toutes les mamans que j'ai rencontrées et qui ont partagé avec moi leur vécu.

Merci à celles et ceux qui par le biais d'Internet mettent à disposition des ouvrages et des articles, auxquels les étudiants qui travaillent dans des conditions précaires ne pourraient avoir accès.

Enfin, merci à Jideh et à nos enfants, Daniel, Myriam et Isaac.

Pour avoir partagé avec moi le quotidien qui nourrit une recherche, vous faites partie intégrante de ce travail.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 16

INTRODUCTION 17

– Penser la naissance. 17

– État des lieux de l'offre de soins en périnatalité en France et objectifs de recherche. 18

PARTIE 1 : CADRE THÉORIQUE, PROBLÉMATIQUE, HYPOTHÈSE ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE 22

Chapitre 1. Le cadre théorique. 23

– Un regard anthropologique sur l'accouchement. 23

I/ LES CHAMPS DISCIPLINAIRES INVESTIS. 26

1- De l'anthropologie culturelle de la fécondité et de la naissance à l'anthropologie de l'expérience et des institutions. 26

– La naissance comme objet anthropologique. 26

– L'étude des sociétés traditionnelles 27

– L'expérience des femmes en milieu hospitalier. 32

– Du point de vue de l'anthropologie des institutions. 36

2- Le choix d'une anthropologie interprétative appliquée voire impliquée. 39

II/ LE POSITIONNEMENT SCIENTIFIQUE : APPRÉHENDER LE SUJET DE RECHERCHE AU REGARD DES POSITIONS, ENJEUX ET OBJECTIFS ACTUELS DE L'ANTHROPOLOGIE DE LA SANTÉ. 42

1- Diversité des champs de recherche dans le domaine de la santé. 42

2- Vers un pluralisme médical. 44

3- Évolution de la biomédecine et de l'approche anthropologique critique à son égard. 46

4- Pour une phénoménologie des pratiques de soins. 51

III/ « IL FAUT CONNAITRE L'HISTOIRE POUR COMPRENDRE ». 53

1- L'histoire de la profession de sage-femme avant la seconde guerre mondiale. 53

2- À partir des années 1950, la disparition d'un mode d'exercice. 59

IV/ ACCOMPAGNER LA NAISSANCE AUJOURD'HUI, POURQUOI ? COMMENT ? 65

1- Évolution de la prise en charge de la naissance. 65

2- La préparation et l'accompagnement à l'accouchement. 67

3- L'accompagnement en milieu hospitalier. 70

4. L'accouchement Physiologique. 75

5- L'accompagnement global et l'accouchement à domicile. 78

6- Empowerment et expérience des parturientes. 80

7- L'enjeu majeur de la communication. 84

Chapitre 2 : Problématique et hypothèse. 87
I/ QUESTIONS DE RECHERCHE ET PROBLÉMATIQUE. 87
1- L'Accouchement et l'accompagnement à la parentalité au cœur de la problématique. 87
2- Du choix du suivi au besoin d'être accompagné. 94
II/ HYPOTHÈSE DE L'ÉTUDE : LA « CONTINGENCE » DES ÉVÉNEMENTS ET DES CONTRAINTES. 97
1- Identifier la nature des facteurs décisionnels. 97
2- Les répercussions des facteurs de standardisation sur les conceptions et les pratiques entourant la naissance. 101

Chapitre 3 : Approche méthodologique et contexte de l'étude. 104
I/ UNE POSITION RÉFLEXIVE. 104
II/ L'APPROCHE QUALITATIVE : INTERROGER, ÊTRE A L'ÉCOUTE. 108
1- L'intérêt de l'approche émique. 108
2- Au-delà des discours… 109
3- Le recueil des données. 111
– Entretiens avec les mères. 112
– Entretiens avec les professionnels de santé. 113
4- Quelle méthodologie pour l'analyse des données ? 114
III/ NAISSANCE ET RÉSEAUX DE CONNAISSANCES. 118
1- Présentation du corpus 118
2- La gestion des biais de l'étude. 120
3- Malgré la multitude des vécus, la redondance de l'information. 124

PARTIE 2 : PAROLES ET ENJEUX AUTOUR DE « L'HEUREUX ÉVÉNEMENT » 126

Chapitre 1 : L'évolution des conditions de travail des sages-femmes. 127
I- LA PLACE ET LE RÔLE DE LA SAGE-FEMME. 128
1- Compétences et formation. 128
2- Définition et vécu du métier. 135
3- Responsabilités et pression médico-légale. 137
4- L'engagement des sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global. 140
II/ DIFFICULTÉS DE COMMUNICATION. 143
1- Entre professionnels. 143
2- Entre les professionnels de santé et les patientes. 146

Chapitre 2 : L'accompagnement de l'accouchement..... 150
I/ « HUMANITÉ, PROXIMITÉ, SÉCURITÉ ». 150
1- Relation de proximité et confiance entre le praticien et la parturiente..... 150
Se connaître. *150*
S'engager. *152*
Refuser de consulter. *153*
Lorsque le courant ne passe pas. *155*
2- Importance de la préparation et de l'accompagnement. 157
« J'aurais voulu un suivi perso », une préparation à la carte ? *157*
Le clivage entre la préparation et la prise en charge de l'accouchement. *160*
Le manque d'accompagnement. *161*
3- La gestion de la douleur (par les femmes et par les sages-femmes). 162
Aller jusqu'au bout... "naturellement". *162*
La liberté d'exprimer sa douleur. *163*
II/ « L'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL ». 165
1- Méconnaissance de l'accompagnement global. 165
2- Le choix de l'accompagnement global. 168
Un accompagnement personnalisé et non intrusif. *168*
Un choix réfléchi. *168*
Les qualités du suivi global. *171*
Accoucher chez soi. *172*
3- Conforter la femme dans ses compétences, faire de l'accouchement une expérience valorisante. 174
4- Continuité de soins et sécurité. 175
5- Les freins à l'accompagnement global. 180
III/ LE SUIVI ET L'ACCOUCHEMENT EN STRUCTURE. 184
1- Proximité et continuité de soins en maternité ? 184
« On ne voit les patientes que très tardivement ». *184*
Solitude et anonymat. *185*
Le manque d'explication. *187*
La seconde grossesse de Sidonie. *190*
2- L'hospitalisation, un environnement stressant. 193
La prise de poids du nouveau-né. *193*
Des conseils contradictoires. *194*
Le rythme de l'hôpital. *195*
3- Quelle préparation pour quel accouchement ? 197

Envisager ou non la péridurale. *197*
« L'abandon » et le « chantage » à la péridurale. *200*
« Bon, elle la veut ou pas sa péri ? », la pression des anesthésistes. *206*
Réparer les pots cassés. *207*
Une organisation qui pousse à l'interventionnisme. *209*
4- Pôles physiologiques et salles « nature ». 212
Du discours à la réalité. *212*
Hôpital amis des mamans ? *213*
Pôles physiologique et salles nature : du marketing ? *215*
« Les salles natures, ça me fait bien rire ! » *216*
Résumé médiatique. *221*

Chapitre 3 : Le point de vue des sages-femmes 223
I/ DEVENIR SAGE-FEMME 223
1- Le regard porté sur la formation. 223
Une formation de plus en plus technique ? *223*
Le recrutement par le PCEM1, pour un profil plus scientifique ? *224*
Un recul historique sur la formation. *225*
L'évolution de la formation et de la démographie des sages-femmes. *227*
Les particularités de la formation française. *228*
La place de la pratique dans la formation. *231*
Reconnaissance et application des compétences cliniques. *232*
Formation et pratique libérale. *235*
Formation et « formatage ». *236*
L'expérience personnelle. *237*
La rencontre avec l'accompagnement global. *238*
2- L'expérience professionnelle. 243
Le facteur temps. *243*
Compétences et activité. *245*
L'autonomie professionnelle. *248*
Les revendications statutaires. *250*
La question de l'identité professionnelle. *254*
II/ POSITIONNEMENTS ÉTHIQUES ET DÉONTOLOGIQUES. 256
1- L'orientation professionnelle. 256
2- Des notions de risque et de sécurité. 259
L'analgésie péridurale, sérénité ou sécurité ? *259*
Prévention des risques et protocoles. *262*

L'exemple de la délivrance dirigée. *265*
Pour quels bénéfices ? *267*
Sécurité et respect de la physiologie. *268*
L'ANA (Accouchement non assisté). *271*
3- La place de la sage-femme, des visions différentes de la pratique..... 272
L'accouchement, l'essence du métier ? *272*
Quitter l'hôpital. *275*
Préparer les femmes à un accouchement en structure. *279*
Divergence et questionnements. *283*
III/ LA RESPONSABILITÉ DE LA SAGE-FEMME ET LE POIDS DU MÉDICO-LEGAL. 285
1- Le poids d'une société procédurière..... 285
2- Impacts sur la surveillance de la grossesse et de l'accouchement. 287
IV/ PRATIQUER L'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL : PRÉSERVER SON AUTONOMIE ET L'INTEGRALITÉ DE SES COMPÉTENCES..... 291
1- Maisons de naissance et accouchements à domicile. 291
2- L'accès aux plateaux techniques. 294
Le combat de Françoise. *294*
Les difficultés d'application de la loi. *297*

Chapitre 4 : Une communication compliquee ! 305
I/ LES DIFFICULTÉS DE COMMUNICATION ENTRE PROFESSIONNELS. 305
1- Sages-femmes / médecins : un manque de reconnaissance des compétences médicales. 305
2- La multiplication des professions périnatales, la concurrence dans les actes. 312
« Avant, il n'y avait pas tous ces métiers (à la maternité), il n'y avait que nous. » *312*
La multiplication des discours. *314*
Une cohabitation possible. *314*
3- Préjugés envers les sages-femmes pratiquant l'accompagnement global. 315
4- Rapports de pouvoirs. 322
II/ LES DIFFICULTÉS DE COMMUNICATION ENTRE LES FEMMES ET LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ. 328
1- L'hostilité à l'égard des femmes qui affirment leur choix d'un accouchement « naturel ». 328
2- Le projet de naissance, une proposition (de l'État par le plan périnatalité 2005-2007) mal définie, mal admise. 334
Avoir un projet à l'hôpital ? *334*
L'entretien prénatal. *337*

Chapitre 5 : Répercussion sur les conceptions et pratiques des femmes..... 340
I/ LE DISCOURS MEDICAL ASSIMILÉ..... 340
1- L'influence du discours médical. 340
Un déficit d'information ? *340*
La valorisation de l'approche biomédicale. *343*
L'absence de réflexion. *344*
Ignorance et normalisation des conduites. *345*
2- L'hospitalisation, une prise en charge infantilisante. 350
II/ CES FEMMES QUI VEULENT ACCOUCHER PAR ELLES-MÊMES..... 354
1- Stéréotypes autour des femmes qui refusent la médicalisation. 354
2- Refus de l'interventionnisme et de la soumission imposée par la médicalisation. 357
III/ L'ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE, UNE EXPÉRIENCE CONSTRUCTIVE. .. 363
1- Accouchement et estime de soi. 363
2- Une naissance réparatrice. 365
Après un passé douloureux. *365*
Renouer les liens. *367*
IV/ LA RECHERCHE D'UN LIEN ENTRE FEMMES. 369
1- La naissance, une expérience qui relie les femmes. 369
La notion d'initiation. *369*
La question de la transmission. *371*
Les « blessing way ». *375*
2- Demande d'accompagnement par une doula. 377
Une présence féminine et non médicale. *377*
Rompre l'isolement. *378*
Une personne neutre et solidaire. *380*
La demande des pères. *385*
L'opposition des structures hospitalières. *387*

PARTIE 3 : ANALYSE ET DISCUSSION. 390

I/ LA PROBLÉMATIQUE DE L'OFFRE DE SOINS. 392
« Humanité, proximité, sécurité » *392*
Préparer les patientes au milieu hospitalier. *393*
Les projets de naissance. *394*
Humaniser l'offre de soin. *395*
Le suivi global. *397*
L'identité professionnelle des sages-femmes. *397*

La question de la formation. ... *398*
Les doulas. ... *399*
II/ FÉMINISME ET MATERNITÉ. ... 401
L'influence des féminismes ... *401*
Du sens de la douleur. ... *402*
Aujourd'hui encore ce débat n'est pas clos. ... *403*
III/ RELATION À L'HISTOIRE. HISTOIRES DE RELATIONS. ... 405
La hiérarchisation des rôles. ... *405*
Des rapports conflictuels. ... *405*
IV/ LA PLACE DE LA MÉDICALISATION. ... 407
« On a dépossédé les femmes de leurs accouchements. » ... *407*
Se réapproprier la naissance. ... *408*
La naissance, du côté de la nature. ... *408*
Du côté de la culture. ... *409*
V/ ACCOUCHER EN FRANCE DEMAIN ? ... 411
Le rôle des femmes dans l'offre de soins. ... *411*
La place des sages-femmes. ... *411*
Une nécessaire diversification de l'offre de soins. ... *412*
L'expérimentation des Maisons de naissance. ... *413*

CONCLUSION ... 417
Conclusion. ... 418
Références bibliographiques ... 425
Annexes. ... 445

INTRODUCTION

Introduction

– Penser la naissance.

Nous sommes en 2006, je suis enceinte pour la première fois et je décide de consulter mon médecin traitant pour savoir « ce qu'il faut faire ». Il me prescrit une prise de sang pour confirmer ma grossesse et me demande où je souhaite accoucher, à l'hôpital ou à la clinique ? Apparemment cela a son importance car il faut s'inscrire très tôt pour ouvrir un dossier, réserver sa place et y faire suivre la fin de sa grossesse.
Je réalise à peine la nouvelle, qu'il me faut déjà penser au fameux jour J. Jusque-là mon esprit s'était envolé vers une nouvelle vie, avoir un enfant, devenir parent… Mais accoucher ? C'était une étape par laquelle je savais devoir passer mais que je n'avais pas investie jusqu'alors. Quoiqu'il en soit, j'ai répondu « ni l'un, ni l'autre ». Mon médecin m'a alors révélé une troisième possibilité et m'a donné les coordonnées d'une sage-femme libérale pratiquant l'accompagnement global[1]. J'ai commencé ce jour-là à imaginer la naissance de mon enfant, à penser, de façon plus globale, à l'accouchement.

Cette recherche n'a donc pas réellement débuté en 2011 par mon inscription en doctorat mais cinq ans plus tôt par ma rencontre avec cette sage-femme.
Première consultation : Je fais quarante-cinq minutes de route. J'apprendrai par la suite que certaines patientes font plus du double pour pouvoir bénéficier de cet accompagnement. Le cabinet se situe dans une dépendance au milieu d'un beau jardin de ville où j'aperçois une cabane et quelques jeux pour enfants. Dans la salle d'attente se trouve comme à l'accoutumée une table basse avec quelques magazines. Parmi eux, certains datent des années 1970 ! J'y découvre des articles sur la maternité de Pithiviers, Michel Odent, l'accouchement dans l'eau,

[1] L'accompagnement global désigne le suivi de la grossesse, le suivi de l'accouchement ainsi que des suites de couches par la même sage-femme.

Frédérick Leboyer. Dans le cabinet, des photos d'accouchements ornent les murs, à la fois belles et impressionnantes pour le regard de la jeune femme qui ne l'a pas encore vécu. Nous remplissons le dossier médical, profession de la mère : « Je soutiens mon mémoire de maîtrise d'anthropologie sur l'accompagnement des mourants dans quelques mois et après j'arrête ». Je pensais effectivement clore mes études, passer à autre chose. Aller jusqu'au bout de ma maîtrise était déjà pour moi un objectif considérable. C'était sans compter sur une petite graine, semée par l'intérêt de mon interlocutrice : « De l'anthropologie… Ah ! Et bien il y en aurait des choses à dire sur les conditions de la naissance en France ! »

C'est ici qu'ont commencé les discussions, les lectures, les prises de notes, jusqu'à la reprise de mes études en 2009, à la Réunion où je résidais alors, pour un Master II de recherche intitulé « La femme et le nouveau-né au sein de la modernisation périnatale. Étude sur l'île de la Réunion. », sous la direction de Mme Pourchez.

En revenant en métropole pour mon doctorat, j'allais quitter les spécificités du contexte réunionnais, élargir mon terrain, globaliser mon sujet de recherche autour de l'offre de soin en France et revoir la sage-femme qui m'avait insufflé l'envie de travailler sur ce thème et m'avait déjà transmis tant de choses en accompagnant la venue de mon premier enfant.

J'avais vécu le suivi de ma première grossesse et de mon premier accouchement comme un privilège, une chance et je souhaitais comprendre pourquoi si peu de femmes désiraient ou pouvaient en bénéficier. Quelles répercussions l'accompagnement, le suivi, pouvaient-il avoir sur l'accouchement et l'expérience de la maternité ? En quoi cela constituait-il un sujet d'anthropologie à part entière ?

Le parti pris ici sera de se recentrer sur l'expérience des femmes et des sages-femmes dans leurs relations autour de la naissance et de l'accouchement.

– État des lieux de l'offre de soins en périnatalité en France et objectifs de recherche.

L'évolution de la prise en charge de la naissance s'inscrit dans un mouvement global de modernisation des modes de vie, de consommation et de pensées. Par le déplacement de l'événement, du domicile au milieu hospitalier, les femmes ont été placées au cœur de relations interprofessionnelles, dont elles ignorent bien souvent les enjeux. En favorisant, par leurs demandes, le développement rapide d'une offre de soins de plus en plus technicisée, elles ont été amenées à participer à l'évolution des conditions de travail des sages-femmes.

En effet, l'histoire de cette profession, qu'il est nécessaire de parcourir pour en comprendre les tenants et les aboutissants, est intrinsèquement liée aux vécus des femmes, à leurs expériences singulières de l'accouchement. La médicalisation caractérise l'accouchement moderne et a longtemps été considérée comme un processus inévitable, l'unique facteur de sécurité obstétricale. Ses effets sur le vécu des parturientes et leur relation au nouveau-né, sa violence parfois, tant réelle que symbolique, ainsi que ses conséquences sur les conditions de travail des sages-femmes et la remise en question de leur identité professionnelle, sont longtemps restés sous silence.

C'est au début des années 2000 que le mécontentement, exprimé par les sages-femmes, par des manifestations ainsi que par la rédaction d'un manifeste commun (Cf. Annexes) et par les femmes, a atteint en France son apogée. Face à la déshumanisation des soins périnataux et à l'effacement de leur rôle d'accompagnante au profit d'une prise en charge de plus en plus médicalisée, une diversification de l'offre de soins se devait d'être envisagée afin de revaloriser la profession d'une part et de mieux répondre aux demandes des familles d'autre part.
Suite au dernier plan de périnatalité (2005-2007) impulsé par le ministère de la Santé et de la Protection sociale, intitulé « humanité, proximité, sécurité », la situation a peu à peu évolué en ce qui concerne l'accueil des femmes et des nouveau-nés au sein des établissements hospitaliers, ainsi que l'organisation en réseaux de ces derniers pour une meilleure orientation des femmes pendant leur grossesse. Cependant, loin de s'être diversifiée, l'offre de soins semble bien au contraire s'être uniformisée, l'accouchement au sein d'une structure médicalisée représentant pour la majorité des femmes une unique possibilité. La liberté de choisir son praticien, l'accès à un suivi personnalisé, l'écoute de la future mère ou du couple sur les conditions souhaitées pour l'accouchement, l'expérimentation des maisons de naissance, sont des points également évoqués dans le plan, mais pour lesquels les changements semblent être restés minimes.
Les résultats périnataux[2] en France demeurent moins satisfaisants que dans certains autres pays européens optant pour une moindre médicalisation. Les autorités de santé affirment pourtant reconnaître l'influence de la prise en charge et de l'accompagnement pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale sur « l'état de santé de l'enfant et de sa mère ainsi que sur leur avenir[3] », mais l'offre de soins peine à s'élargir.

[2] Plan périnatalité 2005-2007, « Comparaison internationales dans l'Union européenne », p. 41.
[3] *Ibid*. p. 1.

Pourquoi un tel attachement à la médicalisation ? Quelles sont les conséquences de l'uniformisation de l'offre de soins ?
Contrairement à ce que prévoient les lois concernant le libre choix du praticien en France[4], les parturientes ne sont pas à même de choisir le professionnel de santé qui les accompagnera lors de leur accouchement. De même, les sages-femmes, contrairement à ce qu'impose leur code de déontologie[5], ne sont pas en mesure de garantir à leurs patientes ni les conditions, ni le lieu de leur accouchement. De surcroît, peu d'entre elles ont la possibilité d'exercer leur profession de façon autonome tout en pratiquant le plein exercice de leur fonction[6].

Dans ce contexte, de quel type d'accompagnement bénéficient réellement les femmes pour mettre au monde leurs enfants et devenir mères ? Quelle place ont les sages-femmes dans cet accompagnement ?

« Les dépressions du post-partum sont fréquentes, concernant au moins 10 % des mères. » (Chabrol, Teissèdre, Saint-Jean, Teisseyre, Rogé, 2003 : 2), de nombreux parents connaissent des difficultés psycho-sociales. Une prise de conscience des difficultés des femmes et des hommes d'aujourd'hui à s'appuyer sur des repères fiables et stables, tant en termes de développement personnel qu'en termes de parentalité, est inévitable. En réponse à ces constats, la réflexion autour de la périnatalité a abouti à des mesures, telles que la mise en place d'un entretien en début de grossesse afin de cibler les éventuelles difficultés ainsi que l'organisation en réseaux des services de soins et de soutien pour une meilleure orientation des futurs parents.

[4] Les articles 6 (R. 4127-6) et L. 111-4 du Code de la santé publique confirment respectivement que « Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son praticien. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit » et que « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations fournies, les décisions concernant sa santé. […] Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peuvent être pratiqués sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »
[5] L'article R. 4127-306 du Code de déontologie des sages-femmes affirme que : « La sage-femme doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son praticien, sage-femme ou médecin, ainsi que l'établissement où elle souhaite recevoir des soins et accoucher ; elle doit faciliter l'exercice de ce droit. La volonté de la patiente doit être respectée dans toute la mesure du possible. »
[6] L'article R. 4127-318 du Code de déontologie des sages-femmes rappelle que la sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie concernant le suivi gynécologique, la contraception, la grossesse et l'accouchement et le suivi post-natal. Également, selon l'article R. 4127-307 (modifié par le décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012), « La sage-femme ne peut aliéner son indépendance sous quelque forme que ce soit. La rémunération de la sage-femme ne peut être fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou sur tout autre critère qui auront pour conséquences une limitation ou un abandon de l'indépendance professionnelle de la sage-femme ou une atteinte à la qualité des soins. »

De telles initiatives, pour être efficaces, se doivent d'être appliquées par des individus et des structures soucieuses d'offrir un véritable accompagnement.

D'un point de vue méthodologique, une revue littéraire en anthropologie de la naissance et de la santé, en socio-anthropologie des institutions et des professions médicales, ainsi qu'une recherche bibliographique autour des études anthropologiques et historiques concernant la médicalisation de l'accouchement, permettront de préciser l'objet de la recherche. Celle-ci s'appuiera sur un travail de terrain, constitué majoritairement d'entretiens avec des professionnels de santé et des usagers, domiciliés pour la plupart dans la région des Pays de la Loire mais dont les parcours professionnels et personnels reflètent largement l'offre de soins et les conditions de la naissance telles qu'elles sont décrites sur l'ensemble du territoire.

Pour répondre aux interrogations liées à l'uniformisation de l'offre de soins et à ses conséquences sur la prise en charge des parturientes et les conditions de travail des sages-femmes, la présentation des données de terrain s'établira dans la deuxième partie de cette thèse au travers de cinq chapitres.

Le premier chapitre présentera l'évolution des conditions de travail des sages-femmes en se basant sur les connaissances partagées par les sages-femmes à ce sujet. Les chapitres suivants porteront sur l'accompagnement de l'accouchement tel qu'il est proposé aujourd'hui en France, le point de vue des sages-femmes sur leur profession, les difficultés de communication inhérentes à l'offre de soins, les répercussions de ces modalités d'accompagnement sur les conceptions et pratiques des femmes autour de la naissance.

Enfin une analyse et une discussion des données, au travers des prismes du féminisme, de l'Histoire et de l'actualité permettront d'ouvrir le débat sur les conditions de la naissance de demain.

PARTIE 1 : CADRE THÉORIQUE, PROBLÉMATIQUE, HYPOTHÈSE ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE.

Chapitre 1. Le cadre théorique.

– Un regard anthropologique sur l'accouchement.

L'étude de l'Homme[7] ne peut omettre sa naissance. Celle-ci passe par l'accouchement d'une femme qui devient mère. Cette expérience, physiquement et émotionnellement éprouvante, parce qu'elle concerne la mise au monde d'un petit d'Homme, est culturellement et socialement entourée de croyances et de pratiques propres à chaque société.

Les études portées sur cet événement ont été tour à tour centrées sur sa symbolique, sur les pratiques propres à la grossesse, à la parturition, à l'accueil et aux soins au nouveau-né ou encore sur la ou les personnes présentes auprès de la femme en couches.

Dans le cas de la France, l'anthropologie, l'histoire puis la sociologie ont investi ce domaine en nous éclairant sur l'histoire de l'accouchement, l'évolution des rôles, des savoirs et des savoir-faire des accoucheuses(rs), matrones, sages-femmes puis médecins.

Ces dernières décennies, l'évolution des conditions de la naissance a élargi le champ de ces recherches. Le contrôle de la fécondité, l'assistance à la procréation, l'investissement nouveau par les femmes et les couples de la naissance d'un enfant sont les nouveaux enjeux des sciences sociales (Charrier, Clavandier, 2015).

Les derniers travaux en date, conduits principalement par des sociologues, abordent l'activité des sages-femmes sous divers angles. Tout d'abord ils s'intéressent à la forte mobilisation des compétences techniques en milieu hospitalier (Charrier, 2011). Ensuite à l'élargissement de l'activité des sages-femmes libérales consacrée majoritairement au suivi pré et post-partum (Douguet, Vilbrot, 2014), mais également à la diversification récente proposée aux parturientes par l'expérimentation des maisons de naissance, réponse apportée à la demande croissante d'humanisation, de personnalisation et de réappropriation de la naissance (Charrier, 2015).

[7] L'utilisation de la majuscule permettra, dans l'ensemble du texte, de distinguer le mot « Homme » en tant que synonyme d'humanité.

Enfin au profil sociodémographique des sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile (Hontebeyrie, 2016).

Les enjeux d'une recherche en anthropologie sont multiples. En premier lieu, les savoirs inscrits dans cette discipline offrent un regard élargi sur la naissance dans les sociétés traditionnelles et les sociétés contemporaines à la nôtre. Par ailleurs, une démarche pluridisciplinaire visant à explorer l'histoire du féminisme, des professions médicales périnatales et l'évolution des conditions de la naissance, permet de resituer les savoirs et les pratiques dans un *continuum* dont la compréhension ne peut qu'enrichir l'observation des faits présents.

Certes, aborder la naissance par le biais de l'expérience corporelle et des savoirs empiriques peut apparaître comme une prise de risque lorsque le point de vue majoritairement admis par les sciences sociales est de relever leur moindre place parmi les préoccupations des femmes dans leurs expériences de la maternité. En effet, l'accès à l'analgésie, l'augmentation des compétences techniques des équipes médicales et la diminution de la mortalité périnatale ont permis aux femmes de se libérer de la peur de mourir en couches et de ne plus « réduire la naissance à l'accouchement » (Clavandier, Charrier, 2015), mais de l'investir dans une toute autre temporalité, celle de la parentalité et d'une trajectoire de vie plus globale (Samuel, Vilter, 2007).

Toutefois, faire appel à l'anthropologie permet de mobiliser et de croiser des sous-champs disciplinaires, tels que l'anthropologie de la santé, de la naissance, des institutions mais également du corps et des savoirs et ainsi d'approcher au plus près la nature des conceptions et pratiques employées et la source des savoirs investis et transmis autour de l'accouchement. Car la naissance, en plus de s'inscrire comme fait social (comme défini selon Durkheim[8]), touche au corps, comme « souche identitaire des individus », « axe de leur relation au monde » (Le Breton, 2015), et mobilise des savoirs structurés et structurants (Adell, 2011), qui, s'ils ne sont pas l'apanage des femmes, les concernent exclusivement.

[8] Durkheim définit un fait social comme étant « toute manière d'agir, de penser, de sentir, fixée ou non, susceptible d'exercer sur l'individu une contrainte extérieure; et, qui est générale dans l'étendue d'une société donnée tout en ayant une existence propre, indépendante de ses diverses manifestations au niveau individuel. » Cf. Durkheim E. , 1895, « Qu'est ce qu'un fait social ? » (Chapitre 1) in *Les règles de la méthode sociologique*.

Enfin, sur les pas des anthropologues qui évaluent la réflexivité comme « une exigence de rigueur méthodologique » (Pouchelle, 2014), considérant le chercheur comme l'outil principal de la recherche (*ibid*.), mon implication personnelle dans cette étude sera dévoilée dans le seul objectif d'intensifier ses possibilités d'application, en plaçant au cœur de ce travail les représentations et les valeurs propres aux témoins de cette recherche (Benoist, Declaux, 1996 ; Pourchez, 2010).

I/ Les champs disciplinaires investis.

1- De l'anthropologie culturelle de la fécondité et de la naissance à l'anthropologie de l'expérience et des institutions.

– La naissance comme objet anthropologique.

L'anthropologie est née de l'intérêt porté à la condition humaine. Depuis les précurseurs de la pensée anthropologique tels que Rousseau (1755) ou Chavanne (1788), nombreux ont été les penseurs des siècles précédents à tenter d'aborder la naissance de l'humanité par la description des peuples (Lalande, 1810, 1826), l'Histoire naturelle de l'Homme (Buffon, 1749 ; Blumenbach, 1775). Établie peu à peu comme une science à part entière, l'observation de l'Homme[9] a développé, parfois épuisé, de nombreux concepts, de l'évolutionnisme biologique (Lamark, 1803 ; Darwin, 1859) à l'évolutionnisme anthropologique (Tylor, 1871 ; Morgan, 1877 ; Fraser, 1890), jusqu'à poser, au début du XX^{e} siècle, les bases de l'anthropologie moderne. Ainsi Malinowski (1922, 1932), en se détachant des conceptions freudiennes pour s'intéresser à l'enfance dans d'autres sociétés, ouvrait la voie du culturalisme, puis du structuralisme.

La première approche, par « l'observation directe des comportements des individus, tels qu'ils s'élaborent en interaction au groupe et au milieu dans lesquels naissent et grandissent ces individus » (Laplantine, 1995 : 118), a cherché à comprendre les processus de transmission et d'acquisition de la culture. Ainsi, des auteurs comme Margaret Mead (1927, 1935), Ruth Benedict (1934) ou encore Roheim (1943)[10], bien qu'aient été soulignées les limites de leurs hypothèses, faisant de la prime enfance le creuset des comportements sociaux et des « personnalités culturelles » (Bonnet, Pourchez, 2007 : 13), ont permis de développer certains concepts-clés en anthropologie. Par l'observation entre autres de la naissance, de la petite enfance et des modes de maternage, ces auteurs ont postulé, à la fois, « l'unité de la culture humaine » (Herskovitz, 1949) et la diversité des aspects de la vie sociale, ainsi que le rôle des institutions dans la transmission des valeurs culturelles. La seconde approche, celle du structuralisme et de l'anthropologie systémique, a apporté une vision de la culture telle une « mosaïque » dont il s'agit d'étudier la logique propre (Laplantine, 1995 : 125). Autrement dit,

[9] 1799, fondation de la Société des Observateurs de l'Homme.
[10] Mais encore, Kardiner (1939), Cora du Bois (1944), Linton (1945), ou Herskovitz (1949).

la prise en compte de la variabilité même de la culture, au travers des productions des individus (*Ibid.*).

L'anthropologie contemporaine, dans laquelle s'inscrit inévitablement l'étude des faits sociaux dans notre société d'aujourd'hui, est donc le fruit de ces rencontres théoriques, de l'exercice critique de leurs concepts, de la confrontation interdisciplinaire. De plus, la densité des connaissances et recherches concernées par la discipline exige sa sous-division en champs disciplinaires distincts, afin d'affiner pour chacun l'objet de sa recherche, sans en négliger cependant leur interdépendance.
C'est ainsi que, partant de l'expérience maternelle de la mise au monde, c'est-à-dire des champs disciplinaires de la fécondité et de la naissance, la nécessité d'aborder la profession de sage-femme, dont le destin est lié à celui des femmes, amène à s'ancrer dans l'anthropologie des institutions et de la santé. L'anthropologie de la santé, selon les termes de Didier Fassin, met en relation les dimensions anthropologiques de « la politique du vivant » et de « la politique de la vie » (Fassin, 2000) et participe à ce titre au questionnement global sur l'humanité. Le champ de recherche de l'anthropologie de la naissance, à plus d'un titre, intègre ce travail de réflexion de fond.

– L'étude des sociétés traditionnelles.

> « La tradition n'est pas radicalement incompatible avec le changement, pas plus que la modernité avec une certaine continuité. » (Balandier, 1968 : 16).

Bien que le sujet de l'accouchement puisse paraître, au premier abord, limité à un processus biologique, défini dans le temps (des premières contractions à la délivrance) et dans l'espace (le corps de la femme en couche et son environnement proche), il embrasse en réalité, en tant qu'événement central de la naissance d'un nouvel être au monde et du processus de la maternité, de nombreux domaines de recherches anthropologiques.
Selon Françoise Héritier, le corps, comme « point d'ancrage de la pensée et de l'ordre social » est un objet de recherche récent en anthropologie, « deux ou trois décennies, tout au plus »,

précise-t-elle[11]. Pareillement, l'étude des pratiques de soins, envisagées comme faits culturels favorisant la transmission et le lien social[12], est somme toute assez récente.

De son côté, Marc Augé, par son approche des « formes élémentaires de l'événement » (Augé, 1984), resitue la naissance, tout comme la mort ou la maladie, parmi les expériences vécues par tout un chacun comme des plus singulières, dont les pratiques et les schémas de pensées sont éminemment sociaux.

Si aux USA, les culturalistes ont, depuis les années 1930 (Mead, 1927, 1935 ; Benedict 1934) posé les bases de l'anthropologie de la naissance, en France, il a fallu attendre les années 1970 et l'étude de Nicole Belmont sur les naissances atypiques (Belmont, 1971). Par la suite, les recherches pluridisciplinaires sur l'enfance ont fait de ce « petit sujet » (Lallemand, Le Moal, 1981) un champ disciplinaire à part entière, ouvrant la voie de l'anthropologie de la fécondité et de la maternité. C'est en se penchant sur l'enfance que l'ethnologie africaniste française tout d'abord s'est intéressée, tout en prenant ses distances avec l'approche comparatiste américaine, aux pratiques et croyances relatives aux conditions de la naissance (Lallemand, 1976), au nouveau-né (Carty, 1993), aux pratiques de maternage (Lallemand, 1977, 1993, 2004 ; Pourchez, Bonnet et Pourchez, 2007 ; Delaisi de Parseval et Lallemand, 1980) et d'éducation (Erny, 1988, 1990, 1991). Par la suite, ces domaines de recherches se sont élargis à l'Occident en s'intéressant au corps et à la maladie maternelle et infantile (Bonnet, Loux, 1978, 1990), à la famille et à la parenté (Tillard, 2002). Comme le souligne Doris Bonnet, l'anthropologie de la reproduction, par les problématiques qu'elle soulève, intègre l'anthropologie de la petite enfance (Bonnet, in Querre et Mestre, 2007). De la même façon, l'accouchement peut trouver sa place dans les champs plus larges de la fécondité, de la santé et de la famille.

L'anthropologie sociale et culturelle a néanmoins présenté, depuis ses origines, les prémices de ce que l'on inclut aujourd'hui dans les champs de l'anthropologie de la fécondité, de la naissance et de la santé.

En effet, Marcel Mauss (1934) considérait « les techniques de la naissance et de l'obstétrique » comme des « techniques du corps » révélatrices des formes d'intégration culturelle, des manières d'être au monde. De même, précédant les travaux spécifiques à la culture occidentale,

[11] Cf., Héritier F., 2003, « Une anthropologie symbolique du corps », in *Journal des africanistes*, tome 73, fascicule 2, p. 9-26.

[12] Cf., Saillant F., 2000, *Identité, invisibilité sociale, altérité. Expérience et théorie anthropologique au cœur des pratiques soignantes*.

sur le passage de l'accouchement traditionnel à sa prise en charge médicalisée [13], les observations des ethnologues, sur le terrain, concernant la naissance (Lévi-Strauss, 1958 ; Mead, 1927,1935), intégraient déjà les pratiques et savoir-faire spécifiques à l'accouchement, aux questionnements propres à l'anthropologie dite « culturelle ».

À titre d'exemple, les usages décrits par Claude Lévi-Strauss, dans son ouvrage *Anthropologie structurale* (Lévi-Strauss, 1958), concernant les Cuna de la République de Panama en Amérique centrale, chez qui les femmes, souligne-t-il, « accouchent plus aisément que celles des sociétés occidentales » (*Ibid*., p. 205), mettent en évidence des méthodes d'accompagnement des parturientes à mi-chemin « entre notre médecine organique et des thérapeutiques psychologiques comme la psychanalyse. » (*Ibid*., p. 218). En effet, dans le cas d'accouchements laborieux, « la manipulation des organes et [l'] administration de remèdes » (*Ibid*., p. 217) sont complétées par des chants, destinés à décrire l'avancée du travail, à personnifier les douleurs comme des animaux féroces habitant l'utérus et devant en être chassés, et à soutenir la parturiente dans ses efforts.

> « Et c'est ce passage à cette expression verbale qui provoque le déblocage du processus physiologique, c'est-à-dire la réorganisation, dans un sens favorable, de la séquence dont la malade subit le déroulement. » (Lévi-Strauss, 1958 : 218).

À ce sujet, Claude Lévi-Strauss insiste sur l'efficacité réelle de cette « approche symbolique », accélérant de fait la dilatation du col et la descente de l'enfant. (Lévi-Strauss, 1958 : 219).

> « La malade, ayant compris, ne fait pas que se résigner : elle guérit. Et rien de tel ne se produit chez nos malades, quand on leur a expliqué la cause de leurs désordres en invoquant des sécrétions, des microbes ou des virus. » (Lévi-Strauss, 1958 : 218).

La démonstration faite ici peut interpeller les professionnels de santé d'aujourd'hui sur les conséquences de faits sociaux tels que l'accès grandissant à l'information, la vulgarisation des savoirs médicaux et l'augmentation globale du niveau d'études des parturientes ; autrement dit les orienter sur ce qu'ils considèrent comme une intellectualisation excessive des patientes, potentiellement nocive au bon déroulement du processus physiologique de l'accouchement.

[13] Cf. Travaux sur le mouvement des femmes pour la santé au Québec dans les années 1970 et sur la médicalisation de la naissance en Amérique du Nord (Ehrenreich et English, 1976 ; Saillant, 1985 ; Saillant et O' Neill, 1987), travaux d'anthropologie et d'histoire sur la naissance, la maternité et la fécondité en France et en Europe (Belmont, 1989 ; Loux, 1983 ; Lallemand, 1981 ; Tillard, 2002 ; Jacques, 2007 ; Fouquet et Knibiehler, 1983 ; J.-P. Peter, 1976 ; Gélis, Laget, Morel, 1978 ; Minkowski, 1982, entres autres).

Ainsi, des problématiques soulevées par l'étude de l'accouchement moderne en Occident peuvent trouver en partie leurs résolutions à travers l'étude des sociétés traditionnelles.

Les travaux anthropologiques consacrés à l'accouchement dans les sociétés traditionnelles offrent la possibilité d'une comparaison, d'une mise en perspective à la manière de Françoise Loux à propos des « traditions et soins d'aujourd'hui » (Loux, 1983), avec les données se rapportant à la prise en charge de la naissance telle que nous la connaissons actuellement. Elles permettent également le constat de pratiques communes aux accoucheuses traditionnelles, de par leurs approches, leurs techniques et leur accompagnement de la femme en travail (Saillant, O'Neill, 1987 ; Hancart Petitet, 2011 ; Pourchez, 2011).

La prise en compte du ressenti de la parturiente, la reconnaissance de ses positions « instinctives », comme étant les plus favorables à la descente de l'enfant – préoccupations que redécouvrent aujourd'hui les professionnels de santé impliqués dans la mise en valeur de l'accompagnement physiologique en milieu hospitalier – étaient et sont encore[14] au cœur des compétences des accoucheuses traditionnelles.
Les auteurs réunis dans l'ouvrage *L'art des matrones revisité* (Hancart Petitet, 2011), insistent sur le fait qu'une grande majorité de femmes reconnaît l'aspect indispensable de la biomédecine dans la prise en charge des dystocies complexes de l'accouchement et souhaite se rendre à la maternité lorsque des soins de qualité y sont donnés. Mais ce que donnent également à voir les études sur les matrones, ce sont d'une part l'importance de la reconnaissance du savoir-faire et du soutien aux accoucheuses traditionnelles dans des contextes d'inégalité d'accès aux soins, et d'autre part, l'attachement des femmes à la dimension sociale et affective de l'accompagnement.

L'analyse de Rose Dufour, développée dans son article intitulé « Accoucher dans un igloo » (Dufour, 1987 : 96), illustre la perte des savoirs empiriques propres aux accoucheuses ainsi qu'aux femmes elles-mêmes. Les entretiens, réalisés auprès de mères ayant accouché seules dans leur igloo, témoignent de leurs capacités à « identifier la présentation de leur bébé » et à la « corriger si nécessaire », par des changements de positions, des palpations abdominales ou des

[14] « Les dernières statistiques publiées à ce sujet laissent penser qu'en Afrique et en Asie du Sud et du Sud-est, en particulier, [...] une grande proportion des accouchements ont toujours lieu à domicile avec l'aide des matrones. », Hancart Petitet (sous la direction de), 2011 : 10.

manipulations délicates, comme de repousser à l'intérieur le pied de l'enfant en siège afin de faciliter son passage (Dufour, 1987 : 96).

> « C'est la femme qui accouche, c'est donc elle qui doit savoir quoi faire et comment faire. L'autonomie et la confiance en sa capacité d'accoucher sont des caractéristiques de la femme inuit dans la société ancienne. Si elle peut être aidée par d'autres femmes, qui sont qualifiées en ayant elles-mêmes eu des enfants, c'est d'abord sur elle-même que la femme doit compter pendant son accouchement. » (Dufour, 1987 : 109.)

La solidarité féminine, le rôle des aînées de la famille, mère, belle-mère ou grand-mère, sont également des points récurrents dans l'étude des sociétés traditionnelles (De Suremain, 2007 :95) et posent la question de leur disparition ou de leur adaptation par les nouvelles générations.

Face au déploiement de la biomédecine, apparaissent, simultanément, un appauvrissement considérable des savoirs féminins et des pratiques favorisant leur transmission ainsi que des ajustements permettant leur préservation. C'est ce que montrent nettement les recherches anthropologiques à ce sujet, telles que celles de Laurence Pourchez sur les savoirs féminins des Mascareignes, de Marie-Josée Routhier auprès des Attikamèques de Manouane, ou encore de Monique Cournoyer sur « les femmes cries de la baie James », en Amérique du Nord.

Dans le premier cas, Laurence Pourchez note, d'une part, une « perte de crédibilité du modèle strictement occidental » (Pourchez, 2002 : 64) avec le temps, ainsi qu'une persistance des pratiques phyto-thérapeutiques, dont les usages se sont modifiés parallèlement au contexte sanitaire, illustrant par là un processus d'adaptation et non de déculturation (Pourchez, 2010 : 21). En ce qui concerne les femmes de Manouane, l'auteur remarque la reconstitution d'un « réseau d'entraide et de solidarité » en réponse à « une institution qui dépersonnalise l'accouchement » (Routhier, 1987 : 69). Enfin, Monique Cournoyer souligne que :

> « En se tournant vers l'accouchement tel que l'ont vécu leurs mères et leurs grands-mères, les femmes d'aujourd'hui pourraient trouver les clés leur ouvrant des perspectives de solution pour l'avenir. » (Cournoyer, 1987 : 112).

L'historienne Hélène Laforce, quant à elle, dans ses travaux sur l'évolution des conditions d'accouchement au Québec, interprète ainsi l'attirance des jeunes mères pour « les "vacances" que représentait l'hospitalisation » comme une réponse à leur isolement nouveau, à la privation

du soutien d'une femme expérimentée lors de la mise au monde et de l'environnement familial lors des suites de couches, autrefois très marqué. Elle ajoute,

> « On retrouve aujourd'hui ce besoin d'un soutien psychologique amical dans les revendications des femmes pour l'accouchement à domicile ou même lorsqu'elles demandent la présence de personnes proches lors de leur accouchement dans les institutions hospitalières. » (Laforce, 1987 : 42).

Le constat de cette solitude maternelle nouvelle n'est pas spécifique aux études nord américaines. Il n'est pas exclusivement dû aux changements de modes de vie (éloignement géographique des familles plus fréquent). Françoise Loux, dans son approche de la société française traditionnelle, note que l'hospitalisation croissante des parturientes, en plus d'avoir éloigné les grands-mères qui autrefois « insérai[en]t cet événement au sein de la lignée familiale » et prenaient en charge la maisonnée pendant les jours suivant la naissance, s'est accompagnée d'une acculturation au discours médical.

> « Une psychanalyse mal vulgarisée s'est faite en quelque sorte l'alliée des manuels de puériculture et des médecins pour condamner la grand-mère, détentrice de "superstitions" et confier la nouvelle mère aux conseils médicaux "scientifiques" et "objectifs". Les conséquences ont été l'isolement accru des femmes. » (Loux, 1983 : 141).

– L'expérience des femmes en milieu hospitalier.

Le déplacement du domicile au milieu hospitalier a sans aucun doute demandé aux femmes une adaptation, et ce quel que soit leur milieu culturel d'origine. À ce sujet, les études quantitatives ont, semble-t-il, été bien plus nombreuses que les approches qualitatives interrogeant tant les mères que les professionnels de santé concernés.

> « En effet, d'un côté, on s'attache surtout, par le biais de recherches empiriques de type quantitatif, à mettre en relation les conduites et attitudes des femmes enceintes (nombre de visites chez le médecin, par exemple) avec leur milieu social immédiat ; de l'autre, on est d'abord préoccupé par les structures et les pratiques médicales entourant la naissance, dont on étudie les caractéristiques passées et actuelles. Le premier type de littérature nous donne donc surtout des données brutes sur les comportements des femmes au cours de la grossesse — celle-ci étant définie comme un acte médical ; cependant, on ne trouve aucune analyse sur la signification sociale de ces comportements,

> ni sur les diverses dimensions (affectives, sociales, corporelles) du vécu des femmes. Dans le second type de littérature, on apprend essentiellement comment se manifeste, concrètement, la médicalisation de la maternité (nombre d'interventions, etc.). Cependant, là encore, on est peu renseigné sur la façon dont les femmes vivent cette expérience. En fait, c'est là la principale limite de l'ensemble de la littérature sociologique que d'évacuer le vécu des femmes et surtout le sens même que celles-ci donnent à la maternité. » (Quéniart, 1987 : 244).

Travaillant sur le cas des femmes ayant eu des césariennes, Maria De Koninck note également le déficit de données relatives à l'expérience maternelle (De Koninck, 1987 : 269).

C'est ce que s'accordent à dire également Francine Saillant et Michel O'Neill dans l'introduction de l'ouvrage collectif *Accoucher autrement* :

> « L'hypertrophie de la technique qui est entre autres résultante de la rationalisation croissante des sociétés modernes, tend à donner une image uniforme du comportement des femmes donnant naissance à un enfant. » (Saillant, O'Neill, 1987 : 29).

C'est la raison pour laquelle, une approche qualitative, « plus adéquate à la saisie de l'intérieur d'une expérience complexe » (Quéniart, *op. cit.* : 245), s'inscrivant de surcroît dans le champ de l'anthropologie de l'expérience, semble nécessaire concernant la maternité et plus précisément l'événement de l'accouchement[15].

Dans cette perspective, Didier Fassin rappelle l'apport essentiel de l'anthropologie de l'expérience au champ de la santé :

> « L'anthropologie de l'expérience, qu'elle s'intéresse aux récits des malades (Kleinman, 1998) ou aux représentations des médecins (Good, 1994), s'efforce de dépasser les limites de la maladie, qui, dans l'anthropologie médicale, demeure trop souvent prisonnière d'une construction biomédicale ; en s'intéressant à la souffrance des patients et à la rationalité des professionnels, on mobilise des catégories d'analyse et des modes de compréhension qui débordent le registre clinique. » (Fassin, 2000 : 98).

L'étude de l'expérience en milieu professionnel médical a été développée à plusieurs reprises, auprès des infirmières (Collière, 1988, 1990 ; Vega, 1999, 2000, 2003), des chirurgiens

[15] Comme le note Anne Quéniart, « alors que la langue anglaise dispose de deux termes, soit "maternity" et "motherhood", le terme français "maternité", désigne à la fois le "devenir mère" (gestation, parturition) et "l'être mère" (qui recouvre une bonne part de l'existence des femmes dans l'espace de la famille) », il mérite donc d'être précisé (Quéniart, 1987 : 243).

(Pouchelle, 2003), des brancardiers (Peneff, 1992). Les travaux de Marie-Christine Pouchelle, notamment, ont mis en évidence le fonctionnement propre à l'institution hospitalière qui, « pour des raisons historiques et structurelles, [oscille] entre la charité et la violence » (Pouchelle, 1998). L'étude de l'univers propre aux sages-femmes a, jusqu'à ce jour, été davantage abordée par l'approche historique[16].

Les enquêtes de satisfaction, sur lesquelles s'appuient les institutions, pour juger de l'appréciation des mères envers le modèle hospitalier, méritent d'être considérées avec prudence. D'une part, parce que le processus complexe d'adaptation aux discours et pratiques biomédicales, évoqué précédemment, est le résultat de politiques de santé imposées par les États, d'autre part, parce qu'il s'est accompagné d'une appropriation par les femmes des notions de normalité et de risque (Quéniart, *op. cit.* : 253), qui ont modifié les attentes et les attitudes des soignées envers les professionnels de santé.

> « Les enquêtes menées auprès des usagères de l'hôpital doivent être utilisées avec discernement, car, en périnatalité, comme dans bien d'autres domaines, les milieux qui sont valorisés socialement sont recherchés et jugés satisfaisants. Les résultats du récent sondage de la Corporation des médecins (1985) sur les services d'obstétrique, où les taux de satisfaction des usagères sont élevés, s'expliquent à la fois par l'importance qu'elles attachent à l'événement et à son succès ainsi que par la force qu'exerce le cadre de comportement, pour qu'elles jouent le mieux possible leur rôle de bonne patiente et pour qu'elles adoptent les valeurs dominantes du système. » (Saillant, O'Neill, Desjardins, 1987 : 359).

France Laurendeau cite également ce sondage, initié par la Corporation professionnelle des médecins du Québec en 1985, dans lequel 98,6 % des accouchées interrogées se déclaraient satisfaites de leur accouchement à l'hôpital, et montre, en s'appuyant sur des « analyses plus poussées de ce sondage », les mauvaises interprétations qui en sont faites ainsi que l'attitude des femmes qui, malgré de nombreux désagréments, ne se déclarent pas pour autant insatisfaites (Laurendeau, 1987 : 139).

Il s'avère intéressant également que l'intérêt pour l'expérience des accouchées soit accompagné d'un regard sur les rapports qu'elles entretiennent avec les institutions en général, l'hôpital en

[16] Cf. les travaux de Mélanie Gabe (2012) et Natalie Sage-Pranchère (2011).

particulier, comme « cadres de comportement[17] » opposés à l'univers domestique. À ce propos, Denise Piché, dans son travail sur « le lieu d'accouchement » (Piché, 1987 : 353), explique l'utilité des recherches portées sur les individus et leur environnement, au travers desquelles, « la relation personne-milieu y est vue comme un processus dynamique et interactif par lequel l'action humaine forge l'environnement et est façonnée par lui. » (*Ibid.*).

Dans cette perspective, les pratiques, « l'organisation abstraite », les rôles et les conduites supposés prévalent sur le simple « aménagement des lieux », dans l'expérience des patientes.

Du côté des professionnels de santé travaillant en milieu hospitalier, les conditions d'accueil des femmes et des nouveau-nés ne se sont pas imposées sans questionnements. Dans les années 1970, est né, sous l'impulsion de Bernard This, psychiatre et psychanalyste, et Danièle Rapoport, psychologue clinicienne, le Groupe de recherche et d'étude sur le nouveau-né (GRENN), réunissant des professionnels de santé (sages-femmes, obstétriciens, pédiatres, psychologues, psychiatres...) ainsi que des experts d'autres disciplines. Face à une hyper-médicalisation naissante, il s'agissait de faire entendre et de discuter des données scientifiques, ignorées par le monde médical, sur l'environnement de la naissance, les besoins de la femme en couches et du nouveau-né, de remettre en question les conditions d'hospitalisation de l'accouchement (Herbinet, 2013).

Ces dernières décennies, l'apport de la sociologie dans le domaine de la naissance a été également non négligeable. Béatrice Jacques tout d'abord, par une « sociologie de l'accouchement » (Jacques, 2007), a mis en évidence l'influence du discours biomédical dans la construction des représentations maternelles de l'enfantement. L'analyse des relations entre les professionnels de santé et les parturientes met en avant dans cette étude les difficultés pour les femmes de trouver leur place dans une institution hospitalière vacillant entre un partage admis des tâches, organisé autour des notions de physiologie et de pathologie de l'accouchement et un conflit sous-jacent entre médecins et sages-femmes, basé sur des revendications identitaires.

Plus récemment, les sociologues Philippe Charrier et Gaëlle Clavandier[18] se sont penchés sur l'évolution des mentalités et des sciences et la multiplication des professions de santé périnatales dans le contexte français. Leur analyse met en évidence l'investissement politique et social autour de la naissance, l'impact de la maîtrise de la fécondité et de la planification

[17] « Soit l'ensemble permanent ou récurrent de rôles et de règles qui prévalent dans un endroit à un moment et qui expliquent que les gens, selon le rôle qu'ils jouent, sont enclins à agir de façon similaire (Barker, 1968). » (Piché, 1987 : 354).
[18] Charrier P. et Clavandier G., 2013, *Sociologie de la naissance*, Armand Colin.

croissante des naissances par les couples sur leurs attentes et leurs exigences envers le système de santé. Bien qu'un rapport normé à l'enfantement, un attachement au paradigme sécuritaire et un refus « d'assumer une naissance en dehors de tout cadre » soient majoritaires, le débat sur les maisons de naissance est, selon les auteurs, représentatif d'une remise en question et d'une posture alternative bien présente.

Les travaux de Solène Gouilhers-Hertig et de Danièle Carricaburu[19], exposés plus loin dans la discussion des données de terrain, insistent également sur l'impact des notions biomédicales du risque et de la sécurité sur les pratiques des femmes et des professionnels de santé, autrement dit sur « le paradoxe entre une diminution considérable des risques relatifs à l'accouchement depuis sa médicalisation et le maintien omniprésent du risque dans les représentations » (Gouilhers-Hertig, 2014 : 2).

C'est ici qu'une approche épidémiologique des représentations (Sperber, 1996) peut mettre en évidence les processus d'intégration mentale de certaines notions et représentations propres à la biomédecine, devenant par « contagion d'idées », admis comme des comportements ancrés culturellement. En outre, les conditions de la naissance imposées par son hospitalisation semblent avoir accentué la dissymétrie de la relation soignant-soigné et la capacité des femmes à interagir sur l'environnement et les conditions de la mise au monde de leurs enfants (De Herdt, Bastiaensen, 2009).

– Du point de vue de l'anthropologie des institutions.

Les travaux des historiens tel que Jacques Gélis (Gélis 1979, 1988), ont apporté d'importantes précisions sur l'évolution de la prise en charge de la naissance dans notre société. Ils évoquent notamment les débuts de la médicalisation et le passage, de la sphère intime et de la vie privée des femmes, à l'univers médical, dès la fin du XVII^{e}. D'un événement qui se passait jadis dans le cadre domestique, l'accouchement est devenu un acte médicalisé, localisé au sein des institutions hospitalières, induisant du même coup, de nouvelles conditions de travail pour les sages-femmes. Le sujet, ici, mérite donc d'être abordé également sous l'angle de l'anthropologie des institutions.

[19] Gouilhers-Hertig S., *Vers une culture du risque personnalisée : choisir d'accoucher à domicile ou en Maison de naissance*, 2014 et Carricaburu D., *De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition*, 2007.

Pour Marc Abélès, le terme institution,

> « Condense deux acceptions différentes : d'une part le processus qui conduit à produire ces règles, de l'autre l'organisation qui en découle et qui intègre ses membres dans un système de contraintes. […] Les institutions mettent en œuvre un rapport fonctionnel entre des moyens et des fins. Se reproduisant sous une forme organisée, plus ou moins complexe, l'institution porte en elle un rapport assumé ou problématique à son origine et à sa fondation. » (Abélès, 1995 : 73).

Explorer l'histoire des sages-femmes, l'évolution de leur formation et de leurs interactions avec les autres professions médicales périnatales peut apporter un éclairage sur les conditions actuelles de l'accompagnement de la naissance. L'apport de l'anthropologie ici, au travers des concepts spécifiques à l'anthropologie des institutions, de la fécondité et de la santé, permettra de cerner, avec le plus de justesse possible, les enjeux profonds de cette configuration de l'offre de soins.

Car bien que toutes les sages-femmes ne travaillent pas en milieu hospitalier, une majorité de femmes y accouchent. Comme le rappelle Bernadette Tillard,

> « La place de l'hôpital est devenue centrale en un siècle. Or, cette réalité s'est établie sans que pour autant l'ensemble des soignants accepte que cette place technique s'accompagne d'un rôle symbolique. » (Tillard, 2002 : 10).

La compréhension de cette institution, de son fonctionnement interne ainsi que de sa « culture » propre demeure indispensable à l'appréhension des conceptions et pratiques des femmes concernant le vécu de leurs grossesses et accouchements.

Irène Bellier, dans son « approche anthropologique de la culture des institutions » (Bellier, 1997), définit comme suit la culture institutionnelle :

> « Dans la tension qui s'instaure entre l'ordre établi (les idées qui le fondent) et la pratique individuelle (les idées qui l'animent) se définit cet espace culturel qui singularise l'institution. » (Bellier, 1997 : 3).

Il existe en effet une réelle « tension », concernant aussi bien les sages-femmes que les médecins, entre leurs philosophies, leurs approches médicales, leurs conceptions du soin, et « l'ordre établi », autrement dit entre le pouvoir médical et ceux qui l'incarnent, entre le médico-légal, les protocoles qui en découlent et les volontés individuelles.

Au cœur des pratiques médicales, les patients quant à eux, et particulièrement les femmes, comme celles rencontrées dans le cadre de cette recherche, ignorent bien souvent les rouages et les luttes qui animent l'institution qui les accueille pour la naissance de leur enfant.
L'approche choisie ici, sera celle de l'anthropologue telle que le décrit Irène Bellier :

> « À la différence du théoricien des organisations, ce n'est pas l'efficacité de l'institution qui préoccupe l'anthropologue mais la façon dont à partir des pratiques et des discours de ses représentants et agents, l'institution génère des idées et définit un espace politique » (Bellier, 1997 : 17).

Effectivement, l'évolution des pratiques biomédicales, des moyens matériels et technologiques, valorisée par un discours sécuritaire et techniciste, a permis à l'institution médicale de générer une conception de la grossesse quasi-pathologique dans l'esprit des femmes. L'hôpital apparaît alors comme le lieu le plus adapté et le plus sûr pour mettre son enfant au monde. L'institution hospitalière est fondée sur des rapports hiérarchiques, tant en termes de statuts et donc de reconnaissance qu'en termes symboliques et de domination.

> « Le fait que l'institution soit conditionnée par les rapports qui la fondent pèse sur les individus qui la servent. Cela contribue à définir leur culture […] Mais la culture d'un individu ne se résume pas à celle de l'institution et l'institution ne se résume pas à la culture qu'elle représente. » (Bellier, 97 : 14).

Ce point de vue n'est pas sans rappeler celui développé par Clifford Geertz, dans son chapitre « Faits et droit en perspective comparée » de *Savoir local, savoir global* (Geertz, 86 : 243-345), qui permet de comprendre, par comparaison objective avec d'autres institutions, comme celles du droit ou de la justice, que chacune est porteuse de postulats, de valeurs, de conceptions de la réalité propre. De même que dans chaque lieu de l'institution il existe de grands groupes de pensées, chaque individu est porteur d'une culture propre, qui, selon les intensités, est prompte à influencer ou à être influencée par celle de l'institution qu'il intègre.
En outre, les interactions entre les institutions de santé et les patients ont connu des bouleversements, notamment au travers de drames sanitaires, qui ont accentué les principes de précaution et d'évaluation. Les associations d'usagers occupent aujourd'hui une place à part entière dans l'établissement des expertises et des politiques de santé publique (Tabuteau, 2005). Ces mutations propres au système de santé, entraînent une forme de redistribution des rôles et

des pouvoirs à même de déstabiliser les représentations profanes des institutions et des compétences professionnelles.

2- Le choix d'une anthropologie interprétative appliquée voire impliquée.

Il peut être difficile de recueillir la parole des individus et de considérer leurs pratiques avec le souci d'être au plus près de la réalité multiple du terrain.
Au cœur des pratiques médicales s'entremêlent les notions de *cure* (versant biomédical du soin) et de *care* (dimension humaine du soin)[20]. Comme le souligne Francine Saillant et Éric Gagnon, ces notions, souvent « utilisées pour parler "d'un trop technique" et "d'un pas assez humain" » (Saillant, Gagnon, 1999 : 8), ne sont pas si distinctes qu'il y paraît.

> « Les soins, en tant que pratiques d'accompagnement, représentent pour une grande part un travail de connexion entre soignants et soignés en quête d'unité. » (Saillant, Gagnon, 1999 : 12).

Les professionnels de santé intervenant auprès des parturientes se situeraient donc malgré eux dans une recherche d'équilibre entre la technique et l'accompagnement, l'intervention et le respect de la physiologie. Une certaine disparité dans les pratiques des uns et des autres, (plus ou moins investis dans un versant ou dans l'autre du soin) apparaît donc inévitable.
Ceci étant, l'objectif de l'anthropologie interprétative, comme le souligne C. Geertz, est plus proche de « l'herméneutique », au sens de « entendre les entendements » que d'une « théorie et méthodologie de l'interprétation » (Geertz, 1986 : 4).
À la manière de Spitzen, il nous faut donc saisir « le fil intellectuel de la pensée », le sens que les choses ont pour les gens, ce qu'ils recherchent, pourquoi ils font tel ou tel choix (Geertz, 1986 : 100). Tant en ce qui concerne les femmes que les professionnels de santé, il s'agit de mettre en parallèle les différents points du vue exprimés pour avoir une idée la plus large possible de l'éventail des pratiques et de leurs fondements.

> « L'anthropologie peut être utile ici à peu près de la même façon qu'elle l'est en général : en fournissant des cas hors du commun, elle met ceux qui sont proches dans un contexte modifié. Si nous regardons les opinions des gens qui tirent des conclusions différentes de la nôtre par le simple

[20] Cf. Intervention de Laurence Pourchez lors de la première journée internationale de l'indépendance de la médecine (JIIM), le 1er décembre 2012, à l'Université de la Réunion.

> écoulement de leur vie, apprennent des leçons différentes à l'école des coups durs, nous deviendrons assez vite conscients du fait que le sens commun est une chose à la fois plus profonde et plus problématique qu'elle le ne semble vue d'un café parisien ou d'une salle de professeur d'Oxford. » (Geertz, 1986 : 111).

C'est ce que nous nous efforcerons de faire en rapprochant la conception de la naissance que peut avoir une femme qui refuse de faire suivre sa grossesse, considérant son état « naturel », « normal » et donc sans risque apparent, à celle d'une gynécologue-obstétricienne, responsable de pôle, pour qui la grossesse et plus encore l'accouchement ne peuvent être considérés physiologiques qu'*a posteriori* ; en palpant la subjectivité des points de vue, du sens commun, qu'elle prenne forme dans un foyer modeste ou dans une salle de garde de maternité.
L'intérêt de l'anthropologie interprétative, notamment appliquée à la santé, n'est donc pas de juger mais d'instaurer une discussion constructive avec les professionnels de santé afin qu'ils perçoivent les effets positifs d'une telle approche dans l'accompagnement.

> « Nous voir comme les autres nous voient peut ouvrir les yeux. Voir les autres comme partageant une nature avec nous-mêmes est la moindre politesse. Mais c'est à partir de ce qui est beaucoup plus difficile : nous voir parmi les autres comme un exemple local des formes que la vie humaine a prises ici et là, un cas parmi les cas, un monde parmi les mondes, que vient la largeur d'esprit sans laquelle l'objectivité est congratulation de soi et la tolérance imposture. » (Geertz, 1986 : 21).

Dès les années 1940, les anthropologues publiant dans la revue *Applied Anthropology*, s'inscrivaient dans une logique de promotion de la recherche scientifique en vue d'encourager l'application de ces principes aux problèmes pratiques de relations humaines, d'organisation des affaires politiques, sociales et culturelles (Herkovitz, 1950 : 297). S'appuyant sur ses prédécesseurs, Roger Bastide, eut pour objectif de préciser les outils nécessaires à « la domination des forces sociales » (Bastide, 1949 : 6).
La démarche de l'anthropologie appliquée a depuis été le sujet de nombreux travaux novateurs, notamment dans le domaine de la santé. C'est la raison pour laquelle la référence à des auteurs contemporains m'a semblé ici plus pertinente et plus adaptée au cadre de l'anthropologie de la santé que l'approche de Bastide, pour qui « l'objectif de l'anthropologie appliquée » consiste en une « acculturation planifiée » (Bastide, 1971 : 64).

Selon Marc-Éric Gruénais,

> « Il y a anthropologie appliquée dès qu'il y a collaboration entre médecin et anthropologue ou encore dès qu'un médecin évoque l'anthropologie. » (Gruénais, 2008 : 195).

C'est ici que se situe certainement la possibilité d'entrevoir une application réelle des données de cette recherche, dans l'interpellation des professionnels de santé concernés et dans le désir d'une collaboration à venir pour leurs propres intérêts et ceux de leurs patientes.

Claude Lévi-Strauss, contrairement à nombre de ses confrères influencés par le colonialisme alors prédominant, se positionnait en faveur d'une anthropologie appliquée à l'échange des connaissances, l'enrichissement culturel, en faveur des populations. Selon lui, la discipline, « par sa distanciation sociale », « son appareil théorique et pratique » était appelée à apporter sa contribution à la formation des professionnels et notamment des praticiens de la santé, confrontés aux mélanges des populations, à l'expansion de la culture occidentale, au développement des moyens de communication (Lévi-Strauss, 1958 : 415-416).
C'est dans cette perspective, que Françoise Loux préconise une sensibilisation aux méthodes, axée sur l'observation fine et l'analyse qualitative, de l'anthropologie, lors de la formation des soignants (Loux, 1983 : 19, 23).

II/ Le positionnement scientifique : Appréhender le sujet de recherche au regard des positions, enjeux et objectifs actuels de l'anthropologie de la santé.

> « Il ne faut pas prendre le mot santé dans l'acceptation substantialiste que lui donnent les médecins et même beaucoup de philosophes (bonne ou mauvaise santé), mais bien dans une perspective constructiviste qui en fait un objet socialement élaboré [...], au fond c'est la santé à la fois comme enjeu de société et comme analyseur du social. » (Fassin, 2001 : 15).

1- Diversité des champs de recherche dans le domaine de la santé.

Bien que les termes d'« anthropologie de la santé » et d'« anthropologie médicale » (ou « anthropologie de la maladie ») soient couramment entendus comme équivalents (Olivier de Sardan, 2010), la notion de santé semble prendre plus précisément en compte les diverses dimensions de la parturition que celle de médecine ou de maladie et primera donc dans cette étude doctorale.

La santé, en tant que champ de réflexion, se trouve de plus en plus investie par diverses disciplines des sciences humaines et sociales, psychologie, sociologie, démographie, anthropologie. Cet attrait est tout à fait positif car révélateur d'une prise de conscience de la complexité de l'Homme par l'ensemble des sciences.
Dans un véritable souci de compréhension de la notion de santé au-delà des définitions données par la biomédecine, cette ouverture des champs de recherche était nécessaire. C'est pourquoi, de même que le milieu médical se doit d'être à l'écoute des questionnements émis en sciences sociales, l'anthropologie se devait de prendre en considération dans ses réflexions, l'ensemble de leurs contributions.
L'anthropologie a maintes fois démontré l'aide précieuse qu'elle peut apporter, au sein d'une réflexion interdisciplinaire, notamment dans la lutte contre les inégalités sociales et pour une plus grande compréhension et acceptation de l'autre, de la différence. Le respect de l'individu dans son intégralité, l'égalité dans l'accès aux soins, sont des enjeux majeurs de la santé aujourd'hui.

De plus, l'interdisciplinarité est de plus en plus souvent évoquée dans les travaux de recherche en anthropologie de la santé. Il semble en effet, que l'aspect appliqué voire « impliqué[21] » de la discipline qui « ne doit pas perdre de vue que la théorie doit évoluer au gré d'une dialectique théorie *versus* pratique » (Massé, 2010 : 6), la pousse à être à l'écoute de toutes les facettes de l'environnement dans lequel les individus vivent et évoluent, car chacune a un impact sur le mode de vie, le bien-être, la santé.

Gilles Bibeau, dans un article intitulé « quel humanisme pour notre ère biotechnologique » insiste sur ce fait :

> « En plus des approches par le culturalisme et par le bio-environnemental, l'anthropologie médicale doit pouvoir s'ouvrir beaucoup plus qu'elle ne l'a fait dans le passé, à l'étude du politique, de l'économie et du social, dans une attention à l'impact de la hiérarchie sociale et de la position des individus sur le profil de santé des individus et des groupes. » (Bibeau, 2010 : 14).

Il est également nécessaire selon lui, de « reconnaître dans l'humain les interactions continues entre (les) dimensions biologique et politique, sociale et symbolique » (Bibeau, 2010 : 9).
Afin de servir ces intérêts, il peut être utile de se centrer sur l'étude des liaisons entre la santé physique et mentale des individus et leur environnement, sur l'émergence des biotechnologies, et de s'interroger sur l'impact exercé sur les nouvelles formes de prise en charge clinique.
Dans « L'Anthropologie et la santé publique », Didier Fassin se demande « quelle peut-être la nature de la contribution des sciences sociales à la pratique de la santé publique ? » :

> « La spécificité de son apport (…) est de disposer d'une certaine sensibilité au monde social et de pouvoir mettre en œuvre des instruments de compréhension de la société. La sensibilité relève d'une façon d'être au monde social, mélange de familiarité et d'intérêts cultivés, alors que la compréhension de la société fait appel à une méthode d'interprétation des faits et des événements qui est celle des sciences sociales. » (Fassin, 1994 : 8).

En anthropologie, l'approche émique[22] définie entre autres au travers des travaux de Raymond Massé, met également l'accent sur l'empathie présente dans l'observation participante et dans l'écoute active des personnes interrogées.

---

[21] Cf. Albert Bruce, « Anthropologie appliquée ou "anthropologie impliquée" ? », in *Les applications de l'anthropologie,* sous la direction de J.-F. Baré, 2008.
[22] « C'est-à-dire respectueuse du point de vue de la population cible elle-même. » (Massé, 1993, *Réflexions anthropologiques sur la fétichisation des méthodes d'évaluation*, p.14).

Au-delà de ses « nouveaux concepts », l'anthropologie reste attachée à ses questionnements fondamentaux sur la place de l'Homme entre universalité et diversité.

> « L'anthropologie appliquée à la santé continue et doit continuer à offrir aux décideurs politiques ou communautaires, des outils pour promouvoir la santé et prévenir la maladie, pour assurer un accès équitable aux soins et pour augmenter l'efficacité des interventions préventives et curatives. Toutefois, elle ne doit pas se noyer dans ce seul objectif, tout aussi louable soit-il. La santé constitue toujours un objet privilégié pour investir la réflexion philosophique sur l'humanité, le sens de la vie, les valeurs éthiques profondes sur lesquelles reposent les rapports sociaux dans un contexte de diversité culturelle. » (Massé, 2010 : 15).

La santé ne concerne pas uniquement la médecine mais bien toutes les dimensions, psychologique, sociale, religieuse, culturelle de l'Homme. En cela elle est directement touchée par cette évolution des sociétés vers une pluriculturalité et se révèle être un domaine de réflexion anthropologique particulièrement vaste.

2- Vers un pluralisme médical.

Le monde évolue, des frontières se dessinent, d'autres s'effacent. Les frontières séparant les individus détenant un fort pouvoir décisionnel et ceux vivant avec le sentiment d'impuissance face aux lois qui dirigent le monde qui les environne, celles séparant une minorité dominante politiquement et économiquement et une majorité cadrée, utilisée, sont de celles qui s'accentuent. Les frontières entre le moderne et le traditionnel en revanche, ou entre les conceptions et pratiques culturellement différenciées se dissipent, laissant la place à des possibilités de rencontres, de cohabitation. Dans le domaine de la santé, les espaces de soins sont directement concernés par cette nouvelle pluralité des pratiques et des croyances individuelles au sein de la société. Raymond Massé, dans « Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé » présente cette évolution qui interpelle l'anthropologie de la santé.

> « L'opposition classique entre guérisseurs traditionnels et médecins fait de moins en moins sens face aux multiples déclinaisons des spécialités biomédicales d'un côté et à l'ouverture croissante aux médecines alternatives et complémentaires de l'autre. » (Massé, 2010 : 2).

L'univers social et culturel du malade se construit avec des connaissances aux sources multiples, aux représentations où se combinent les traditions les plus anciennes et les

acquisitions les plus récentes. Les travaux de Jean Benoist permettent d'éclairer les relations complexes qui relient la théorie et la pratique biomédicale avec la réalité vécue par les patients baignés dans un monde multiculturel.

> « Les décisions des malades, les conduites qu'ils adoptent, les choix qu'ils font pour leurs enfants s'enracinent dans cet univers-là bien plus que dans la stricte orthodoxie de la pensée médicale ou du message transmis par les praticiens. » (Benoist, 1998 : 7).

Le recours à plusieurs méthodes thérapeutiques par les patients, allié à l'ouverture de certains praticiens aux médecines complémentaires, élargit ainsi l'éventail des possibilités et relativise l'omnipotence attribuée à la biomédecine. C'est ce que constate également Raymond Massé lorsqu'il écrit :

> « L'étude ethnomédicale des croyances liées à la maladie et aux pratiques des soins, d'orientation surtout culturaliste, doit composer avec les modèles multifactoriels (économiques, sociaux, politiques, culturels) des déterminants de la santé et avec la santé globale. Bref, les frontières classiques rigides entre santé et maladie ou culture et politique deviennent de plus en plus floues. » (Massé, 2010 : 3).

La grossesse, qui n'est pas considérée en général par les femmes comme une maladie, mais dont certains maux nécessitent d'être soulagés, peut justifier de la part des parturientes un usage plus fréquent des médecines dites « douces »[23].

Il est important selon Jean Benoist, pour les professionnels de la santé, de prendre conscience de la réalité des pratiques de soins adoptées par leurs patients, afin d'adapter au mieux leur contribution au processus de guérison, dont il est nécessaire de le rappeler, le patient est co-acteur.

> « Pour bien des médecins, prendre conscience du pluralisme, découvrir l'existence et la fréquence de conduites qui s'écartent de leurs références médicales courantes est déstabilisant. […] Le mode de pensée dominant chez les médecins pousse alors à conclure que des conduites en contradictions avec les connaissances actuelles, que les alternances des malades entre des références opposées, tiennent d'abord à des entorses logiques, à des errements enracinés dans l'ignorance. Les anthropologues

[23] Cf. Fouquet Lucie, *Les femmes enceintes et les médecines non conventionnelles*, mémoire de fin d'études de sage-femme, Université François Rabelais, UFR de médecine, École régionale de sages-femmes de Tours, sous la direction de Catherine Thomas et Maï Le Du, 2014.

> n'ont évidemment pas le même point de vue, et ils cherchent à accéder aux formes de pensée et de connaissance qui sont alors en action. » (Benoist, 1996 : 13).

Dans un article intitulé « Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ? », Patricia Hudelson présente la biomédecine comme un système culturel dont les médecins ont intégré les valeurs, les croyances, le langage et les techniques. Elle ajoute :

> « En raison de leur formation, les médecins font partie d'une culture qui leur est propre et à laquelle les non-médecins sont étrangers. […] Même si l'efficacité de la biomédecine est incontestable, elle n'est pas toujours la plus adéquate culturellement. […] Il existe autant de manières de définir la maladie et d'y apporter une réponse qu'il y a de cultures. » (Hudelson, 2002 : 36).

Lorsqu'elle n'entre pas en résonance avec les croyances des patients, des femmes dans le cas particulier de la grossesse, la biomédecine peut voir ses effets amoindris par ses interférences avec l'état psychique, l'histoire personnelle, la sensibilité ou les convictions de la patiente ou du couple. Dans un milieu pluriculturel où la biomédecine cohabite avec des pratiques traditionnelles, la parole du spécialiste peut se trouver en contradiction avec les savoirs des patients. Au moment d'une naissance, la prise en charge médicalisée peut alors être source de stress, d'incompréhension. Dans un travail sur la disparition des matrones en Martinique, Paola Lavra écrit[24] :

> « La pluralité des recours et des réponses données aux angoisses et aux besoins des femmes témoigne ainsi des ré-interprétations actuelles d'un univers dont les matrones ont longtemps garanti la cohésion et la cohérence. » (Lavra, 2011 : 110).

3- Évolution de la biomédecine et de l'approche anthropologique critique à son égard.

Les orientations classiques de l'anthropologie telles que l'étude de l'altérité, la défense des identités des groupes ethniques minoritaires ou dominés, le relativisme culturel, l'approche holistique, sont présentes dans l'observation critique de la périnatalité. Le regard particulier de l'anthropologie sur le vécu de la naissance, du point de vue des femmes mais également des

[24] Contribution à l'ouvrage *L'art des matrones revisité*, 2011.

professionnels, permet de mettre au jour l'influence des rapports sociaux et de pouvoirs inégalitaires face à la santé.

Dans le domaine de la périnatalité, l'évolution des mentalités vers une prise de conscience concernant le bien-être psychique et émotionnel de la mère et du nouveau-né, au-delà de la sécurité matérielle et de la diminution des risques de complications, est réelle.

L'important travail des historiens de la naissance en France permet de mieux cerner la relation complexe de l'offre et de la demande autour des soins périnataux et l'évolution des mentalités et des conceptions entourant la naissance.

Jusqu'au XVII^{e} siècle, en France, les accouchements avaient exclusivement lieu à domicile en présence d'une matrone. Bien que soumis aux risques importants de mortalité dûs aux menaces d'hémorragie, à l'impuissance des matrones face à des accouchements impossibles (mauvaise présentation, étroitesse du bassin) et au contexte sanitaire de l'époque, la naissance était caractérisée par un climat chaleureux, intime et de solidarité féminine. Vécue comme un véritable rite de passage (Loux, 1983), la naissance d'un premier enfant était entourée par la présence amicale et sécurisante des mères de l'entourage proche. Elle participait également à l'intégration de la mère et de son enfant à la communauté et était un temps favorable à la transmission de savoirs féminins relatifs à la fécondité et aux soins aux tout-petits.

> « L'accouchement, tout comme la mort, se passe là où vit au jour le jour et depuis des années une lignée familiale, dont le destin s'identifie à une maison, à un village dont on fait partie et d'où l'on ne bouge guère. En donnant le jour à son enfant, chaque mère est reliée à toutes les mères qui, avant elle, ont fait naître leurs enfants au même endroit ; maillon d'un vaste cycle vital qui dépasse son individualité propre, elle est intégrée, avec son enfant, pour le meilleur et pour le pire, dans une large communauté de vivants et de morts. » (Morel, 2007 : 22).

L'arrivée des hommes à la fin du XVII^{e} siècle dans cet univers féminin marque la première « mutation essentielle » (*ibid.*) que va connaître la naissance (la seconde étant le passage du domicile familial à l'établissement hospitalier). D'abord difficilement acceptée, leur présence, suite à des interventions chirurgicales réussies pour des accouchements difficiles, va devenir pour les femmes de milieux aisés, synonyme de sécurité. Les conditions de la naissance en présence d'un accoucheur sont alors à l'inverse de celles connues jusqu'alors. Seule en sa présence, la femme se verra imposer « la position la plus commode pour lui et la plus dépendante pour elle » sur le dos, dans un lieu aéré, toutes attitudes donc, « qui vont totalement à l'encontre des traditions anciennes qui valorisent la solidarité féminine, la chaleur et l'enfermement. » (Morel, 2007 : 24).

> « Grâce à la pratique instrumentale, l'accouchement cesse d'apparaître comme un acte naturel. […] C'est un premier pas vers la médicalisation de la naissance. » (Morel, 2007 : 24).

À partir de 1760, vont être mises en place des formations de sages-femmes qui vont peu à peu s'imposer dans le paysage de l'accouchement puis, être de mieux en mieux formées et compétentes dans l'accompagnement. Cependant, Marie-France Morel souligne que :

> « Pendant les deux premiers tiers du XIX^e^ siècle, malgré une meilleure formation des soignants, les hôpitaux restent encore des lieux effrayants qui n'accueillent que les filles-mères ou les pauvresses. Les naissances y sont bien plus dangereuses qu'à domicile. » (Morel, 2007 : 25).

Ce n'est qu'au XX^e^ siècle que l'hôpital va peu à peu offrir l'image d'un lieu sécurisant, « aseptisé, où l'on pratique une médecine qui soigne et qui guérit » (*Ibid*.).
D'autres facteurs sont identifiés dans cette progression vers une médicalisation de la naissance. Il s'agit de l'aide financière proposée par l'État pour la prise en charge de l'hospitalisation ainsi que des allocations de maternité visant à encourager la reprise de la natalité dans une phase de dépeuplement critique pour l'économie du pays. Le processus de professionnalisation des sages-femmes à également participé à cette scientifisation et cette médicalisation de la naissance (Sage- Pranchère, 2011).

Les premières méthodes, par une préparation psychique et physique, visant à diminuer les douleurs de l'accouchement, seront proposées dans les années 1950. Rapidement, les techniques analgésiques, l'utilisation d'hormones, la surveillance par monitoring vont permettre une maîtrise de l'accouchement, dont la femme ne sera plus actrice.

> « L'évolution qui a conduit les femmes à quitter leur foyer pour venir accoucher en milieu médicalisé a duré plusieurs siècles et a eu des causes très variées : l'intérêt nouveau des médecins pour l'obstétrique et leur entrée en force dans les chambres d'accouchées ; la volonté des femmes de ne plus mourir en couches et de ne plus souffrir ; les mutations des théories médicales après Pasteur et la transformation des hôpitaux en établissements de haute technicité ; la médicalisation de la société et, particulièrement de la naissance et de la petite enfance. […] Mais le lieu où la femme accouche et où naît son enfant est bien plus qu'un simple espace de soins. Il participe à la symbolique et au mystère qui sont au cœur de toute naissance humaine. Il conditionne un certain nombre de gestes, d'attitudes et de différentes formes de sociabilité. » (Morel, 2007 : 28).

Il semble nécessaire effectivement que les professionnels de santé d'aujourd'hui s'ouvrent, avec leur bagage culturel biomédical, aux cultures des gens qu'ils rencontrent, qu'ils soignent. Que dans cette relation entre les soignants et les soignés, les efforts d'adaptation et de compréhension vers la culture de l'autre, vers sa logique de pensée et de fonctionnement, se rééquilibrent. Pour que l'action de soins soit entière, la relation médecin-patient ne peut demeurer en effet unilatérale : il est nécessaire que s'instaure entre les deux parties – l'une et l'autre étant actrices dans le processus de soins – un climat de confiance, de communication, dont les effets ne peuvent être que bénéfiques.

> « Sans vouloir être nostalgique du bon vieux temps, force est de constater que la chaleur amicale et sécurisante des anciens accouchements à la maison s'est perdue avec le passage à l'hôpital : le lieu anonyme et aseptisé, le face-à-face distant avec un personnel inconnu et interchangeable, l'interventionnisme médical de plus en plus pesant sont peu faits pour rassurer, même si la prise en charge de la douleur y est efficace et le danger de mort presque totalement écarté. Il faut souhaiter que la richesse affective d'autrefois puisse réapparaître aujourd'hui sous d'autres formes qui restent à expérimenter. » (Morel, 2007 : 28).

Afin d'approfondir ce travail de respect des parturientes, dans leur physiologie, leur intégrité, leur histoire personnelle, leur différence, la vision apportée par l'anthropologie peut aider les professionnels de santé à une meilleure appréhension des différences « culturelles » au sens large, et donc à une meilleure compréhension de leurs patientes.

> « De puissants courants théoriques de l'anthropologie médicale se sont construits sur la pensée de Virchow et ont démontré que le fonctionnement interne du corps, du niveau cellulaire à l'organisme complet, ne peut être compris que si on prend compte à la fois l'histoire de la personne et l'environnement dans lequel elle vit. L'anthropologie médicale a montré que l'être humain se construit dans l'intrication d'une triple histoire : celle de l'espèce, celle d'un groupe ethnico-culturel particulier et celle d'une personne singulière au sein d'une histoire familiale, une triple histoire qui est indissociable de la dynamique des interactions qui relient une personne à une pluralité d'environnements. Une telle vision de l'humain et de la biologie contraste avec celle qui prévaut aujourd'hui dans le discours de la médecine prédictive. » (Bibeau, 2010 : 10).

De façon complémentaire, l'apport des praticiens, de par leurs expériences, est, selon Marie-Françoise Collière, réciproque.

> « Les situations de soins sont en soi un champ anthropologique. Aussi les infirmières, les sages-femmes et autres soignantes peuvent-elles faire apparaître des connaissances que seules les situations de soins révèlent. » (Collière, 1990 : 9).

Raymond Massé, dans sa réflexion sur les nouveaux objets de recherche en anthropologie de la santé, nous rappelle que :

> « […] Les critiques de la déshumanisation et de la spécialisation excessive des soins qui accaparait une large place de la critique de la biomédecine dans les années 1960-1970 (invoquant des considérations de bienfaisance et de déontologie médicale) se complexifient avec le raffinement de modèles bioéthiques qui prennent en considération une pluralité de normes et de principes éthiques (responsabilité, autonomie, précaution, transparence, solidarité, justice sociale, etc.) Les revendications pour le respect de ces principes bioéthiques prennent progressivement le relais des revendications politiques classiques comme lieu de critique du système biomédical et de la santé publique invitant l'anthropologie et les autres sciences sociales à élargir le spectre de leurs analyses critiques. » (R. Massé, 2010 : 3).

La biomédecine s'humanise, et si la volonté est réelle de considérer chaque individu avec cette même compassion, le regard anthropologique peut permettre au milieu médical de trouver les outils nécessaires à une plus grande compréhension des patients.

> « Étant donné la diversité croissante des patients, il devient de plus en plus important pour les médecins de comprendre les facteurs sociaux et culturels qui influencent leur santé et leur prise en charge. Dans un contexte multiculturel, une prise en charge centrée sur le patient pose des défis spécifiques et exige que les cliniciens aient une « compétence transculturelle clinique », c'est-à-dire qu'ils optent un comportement adapté et disposent de connaissances et de techniques appropriées. Les concepts et les points de vue de l'anthropologie médicale permettent de mieux cerner la nature interculturelle de la consultation médicale et de concevoir et appliquer des méthodes qui assurent un suivi médical judicieux. » (Hudelson, 2002 : 35).

Patricia Hudelson résume les compétences transculturelles cliniques en trois grands axes. Tout d'abord elle mentionne les « attitudes », comprenant la reconnaissance et l'acceptation de la diversité des patients, l'empathie, la curiosité et le respect pour tous les patients. Le second axe correspond aux « connaissances », de soi-même, de sa culture, de ses préjugés, mais également des « populations cibles » et du système, de son fonctionnement, de ses procédures. Enfin sont notées les « méthodes », comprenant les outils de communication transculturelle, la collaboration avec des traducteurs professionnels et les collaborations transprofessionnelles.

4- Pour une phénoménologie[25] des pratiques de soins.

Patricia Hudelson, redéfinit le sens du mot « culture » afin d'en cerner tous les enjeux en tant que concept-clé dans la compréhension de la nature interculturelle de la relation médicale :

> « Pour les anthropologues, la culture désigne ce que les gens doivent apprendre, par opposition à l'héritage biologique. La culture se compose des connaissances, des valeurs, des croyances et des règles de vie qui sont communes à des individus et leur permettent de vivre et de travailler ensemble en communiquant de manière efficace. La culture n'est pas la même chose que l'ethnicité ou la nationalité. La culture se fonde sur les expériences uniques des individus dans la mesure où ceux-ci partagent des trajectoires communes. D'autres facteurs comme l'âge, le sexe, la trajectoire migratoire, la classe sociale, l'éducation, la profession, peuvent représenter des sources de variabilité culturelle intranationale ou intraethnique. […] Imaginer les sociétés comme des mosaïques formées de nombreuses cultures entremêlées et en perpétuelle évolution peut être utile aux cliniciens dans la mesure où cette image aide à éviter les stéréotypes et favorise la recherche des caractéristiques culturelles pertinentes pour chaque patient. » (Hudelson, 2002 : 36).

L'auteur réunit par la suite dans un tableau les raisons qui, pour elle, justifient l'importance de l'intérêt envers le modèle explicatif du patient :

> « Comprendre la signification de la maladie pour le patient ; identifier les inquiétudes et attentes du patient ; comprendre les comportements du patient (non adhérence, utilisation d'autres thérapies, rendez-vous manqués) ; adapter l'information et les explications au patient ; créer une alliance thérapeutique et négocier au plan de traitement mutuellement satisfaisant ; améliorer la compréhension mutuelle entre médecine et patient ; fournir les outils pour une meilleure analyse de la situation ; suggérer des options de traitement supplémentaires. » (Hudelson, 2002 : 39).

En plus des « compétences transculturelles cliniques » que peut aider à développer l'approche anthropologique, la recherche dans le domaine de la santé permet d'approfondir une réflexion sur l'humain, en tant que sujet mais également acteur du monde social.

[25] L'approche phénoménologique permet d'étudier les phénomènes subjectifs en s'appuyant sur le discours des personnes concernées. « La phénoménologie est un courant philosophique, dont l'objectif est d'observer et de décrire le sens attribué à une expérience, à partir de la conscience qu'en a le sujet qui la vit. » Claire Ribau *et al.*, « La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues », in *Recherche en soins infirmiers* 2005/2 (n° 81), p. 21-27.

Selon Raymond Massé, l'anthropologie doit :

> « […] demeurer un lieu de réflexivité face aux systèmes de soins et aux politiques de santé. Mais elle doit aussi s'imposer comme conscience critique de la finitude de l'homme borné d'un côté par sa vulnérabilité à la maladie et de l'autre par son potentiel de créativité pour soigner et promouvoir l'illusion de la santé parfaite. L'anthropologie de la santé ouvre sur une anthropologie de l'humain, dans ce qu'il a de plus fragile : l'existence ; mais aussi de plus noble, la solidarité dans la lutte contre la souffrance et les inégalités. » (Massé 2010 : 15).

Une approche phénoménologique de la souffrance, des processus de soins et de guérison, amène à voir les positions de soumission, d'acceptation ou d'opposition et de rejet des patients face aux pratiques biomédicales et à en comprendre les raisons.

Face à l'évolution rapide de la science, à l'utilisation de nouvelles technologies et biotechnologies en médecine, l'anthropologie permet, pour Raymond Massé, de répondre à l'« enjeu vital d'une analyse de la redéfinition de l'être au monde » (Massé, 2010 : 11).

Il ajoute, au sujet du dépistage génétique par exemple, propos tout à fait transposables à d'autres cas de « réduction du risque » par la biomédecine telle que la prise en charge des grossesses, que :

> « L'anthropologie montre que ces nouvelles technologies de dépistage ont un impact profond sur le vécu des bien-portants, conscients désormais d'être porteurs de facteurs de risque dans le cadre de maladies évitables. Ces technologies entraînent une modification du rapport au risque et du sens de ce que signifie le contrôle sur sa vie. » (Massé, 2010 : 11).

Quels changements opèrent sur les mentalités, sur les pratiques individuelles, « la réduction du risque », l'annihilation de la douleur, voire parfois du ressenti, offertes par la biomédecine dans la prise en charge des accouchements ? Comment est repensée la naissance comme rite de passage ?

Les changements liés à l'évolution des techniques de reproduction ne seront pas abordés ici, non pas pour un manque d'intérêt, mais au contraire, pour l'ampleur du travail que la question représente.

III/ « Il faut connaître l'Histoire pour comprendre »[26].

1- L'histoire de la profession de sage-femme avant la seconde guerre mondiale.

> « Évoquer la naissance d'autrefois, c'est inévitablement s'interroger sur la naissance d'aujourd'hui. » (Gélis, 1988 : 490).

Bien avant d'être connues puis reconnues en Europe, les sages-femmes existaient, se formaient et constituaient des corporations ; dans l'Égypte ancienne où les sages-femmes-prêtresses, réputées et respectées, étaient formées à la médecine obstétricale dans les temples puis dans les « maisons de vie », dans la Grèce antique, chez les Hébreux depuis fort longtemps et plus tard dans la Rome antique, ces héritières des prêtresses, à la frontière entre le monde spirituel et le monde savant et médical de ces époques et lieux respectifs, ont accompagné les femmes pour la naissance de leurs enfants.
En Europe, les connaissances thérapeutiques populaires, majoritairement féminines ont connues un destin moins glorieux.

> « Avec les invasions barbares (Dès le Ve siècle), il allait y avoir une régression générale. […] Les invasions détruisirent les institutions de la transmission du savoir ainsi que le savoir oral. » (Montazeau, Bethuys, 2012 : 5).

Le Moyen Âge ne fut pas une période clémente pour les guérisseuses, ni pour les femmes en général, dont les connaissances thérapeutiques inquiétaient tant les hommes d'État, les hommes d'Église que les médecins. (*ibid.* : 7).

> « La chasse aux sorcières qui s'étala du XVe siècle au début du XVIIe siècle, fut plus le fait du pouvoir d'État que de l'Église. […] Les sorcier(e)s, guérisseur(se)s allaient être traité(e)s comme des hérétiques. Les femmes payèrent le plus lourd tribut à ces massacres. » (Montazeau, Bethuys, 2012 : 7).

[26] Propos de Françoise, sage-femme libérale à la retraite.

Les savoirs empiriques entourant la naissance ne furent certainement pas épargnés. Toutefois, les accoucheuses restent présentes et seront, aux XI^e^ et XII^e^ siècles, reconnues officiellement en tant que « matrones jurées ». Cependant, l'historien Jacques Gélis souligne que « Les statuts et règlements pour les sages-femmes de Paris des années 1560 révèlent une même volonté de faire surveiller plus étroitement les accoucheuses par les praticiens. » (Gélis, 1988 : 42).

Dans les campagnes, jusqu'à la fin du Moyen Âge, les matrones ayant l'autorisation d'exercer sont désignées par un curé et sélectionnées pour leur qualité de « bonne chrétienne » et non sur leur expérience ; leurs pratiques sont fortement critiquées. En ce qui concerne la situation en milieu urbain, « depuis le Moyen Âge, on ne pouvait avoir une activité professionnelle hors du cadre strict des corporations de métiers » (Gélis, 1988 : 42) ; or, les femmes n'ayant pas le droit de former de corporation, les sages-femmes se trouvèrent dans l'obligation, et ce à partir de 1660, de se rattacher à celle des chirurgiens « à qui elles devaient obéissance », perdant ainsi l'autonomie qui était la leur (*ibid.*).

> « En leur interdisant de former leur propre corporation et en les rattachant à celle des chirurgiens, on les avait placé dans une situation de dépendance dont il leur était bien difficile de sortir. » (Gélis, 1988 : 128).

Dans les années 1750, Madame La Chapelle puis Madame Le Boursier du Coudray, toutes deux sages-femmes de renom, affligées par les conditions de la naissance dans les campagnes, amèneront l'enseignement de l'obstétrique au-delà des grandes villes pour le rendre accessible aux matrones et sages-femmes désignées. Le gouvernement de l'époque « persuadé, dès 1760, qu'on ne triomphera de "l'obscurantisme des matrones" que grâce aux cours d'accouchements » (Gélis, 1988 : 115) apportera son concours en accordant une « autorisation à instruire dans tout le royaume » à Mme du Coudray en 1759, ce qu'elle fera jusqu'en 1783, quelques années avant son décès. Certains médecins soutiennent la démarche de Mme du Coudray et acceptent d'assurer la permanence des cours après son passage. Cependant, note Jacques Gélis, « les institutions, c'est l'évidence, ont joué contre les sages-femmes » (Gélis, 1988 : 128) en imposant des hommes comme démonstrateurs. En effet, plus nombreux semblaient être les médecins s'opposant à la formation des sages-femmes, ces derniers ayant même formé un parti pour interdire les enseignements de Mme du Coudray (Gélis, 1988 : 117).

> « De plus en plus de médecins affirment qu'ils pourraient avantageusement les remplacer, au moment précisément où l'on commence à présenter les accoucheurs sous le jour le plus avantageux. » (Gélis, 1988 : 103).

Cet avis ne sera pas celui des femmes qui, pour la plupart, préféreront la présence d'une accoucheuse, sage-femme où matrone, à celle d'un médecin pour les accompagner dans cette expérience.

> « On comprend que les femmes fassent bloc autour de celle qui est à leurs yeux la personnification de leur résistance à une morale qu'on veut leur imposer, à une règle de vie, à un comportement venu souvent de la ville. » (Gélis, 1988 : 104).

Les sages-femmes résisteront également en dénonçant, bien que moins ardemment que le feront les sages-femmes anglaises, les pratiques de ceux qu'elles nomment « les bouchers », qui avaient jusqu'alors « moins d'expérience et de connaissances que les accoucheuses » (Gélis, 1988 :106). « Mais comme les statuts plaçaient celles-ci dans la dépendance de ceux-là », précise Jacques Gélis, « il était toujours aisé de faire retomber sur la sage-femme le poids de la responsabilité. » (Gélis, 1988 : 106).

À partir de 1803, sera imposé à l'enseignement des sages-femmes, la formation en milieu hospitalier, sous la direction d'une maîtresse sage-femme. En 1806, Napoléon crée la chaire d'obstétrique, à la maternité de Port-Royal à Paris, dont le premier titulaire sera un médecin, Baudelocque. En 1807, les études de sages-femmes passent de six mois à un an, puis à deux ans en 1892. C'est à cette période, souligne Françoise Thébaud, que « les hommes éliminèrent progressivement les femmes des fonctions enseignantes, mais devant la pudeur des parturientes, leur laissèrent la pratique jusqu'en 1882, date de la création par l'assistance publique d'un corps de médecins accoucheurs. » (Thébaud, 1986 : 55). La création de ce corps de médecins accoucheurs placera, en effet, dans l'organisation des structures, les sages-femmes sous tutelle masculine et privera les sages-femmes indépendantes d'une partie de leur clientèle.

Remonter aussi loin dans l'histoire de la profession pour parler des sages-femmes d'aujourd'hui, est-ce bien nécessaire ? Bien que le sujet ne soit pas approfondi ici, un bref rappel historique permet de comprendre à quel point l'histoire de cette profession et celle des femmes dans leur ensemble, est profondément marquée par la domination masculine (Bourdieu, 1998), tout comme la reconnaissance envers celles qui accompagnent les naissances et donc la

vie est, particulièrement en Occident, imprégnée des rapports de pouvoir instaurés par les « hommes de l'art ». En effet, après avoir tenté d'éliminer les savoirs féminins relatifs à la naissance, le corps médical, majoritairement masculin, appuyé de l'Église puis de l'État, les a placés, ainsi que les praticiennes détentrices de ces savoirs, sous son autorité.

Cette évolution des pratiques, bien qu'elle soit marquée par des dates précises, s'est faite très lentement, avec des nuances, voire même des différences notables entre les pratiques concernant la haute bourgeoisie et la vie quotidienne des campagnes. L'historien Jacques Gélis retrace dans ses travaux cette histoire et met en évidence la persistance des savoirs et des conduites traditionnelles dans les pratiques populaires.

> « C'est bien parce qu'elles étaient le reflet d'une vision du monde et d'une conscience de la vie originale que ces croyances et ces pratiques ont pu subsister. Constamment menacées pendant la période moderne, alors que s'accroissaient le pouvoir de l'État et de la médecine, elles n'ont pu survivre qu'en s'adaptant. […] Sur le long terme, l'affrontement était inégal ; il prit la forme d'une lutte entre la ville novatrice et la campagne arriérée, "superstitieuse". La "superstition" ! Le mot est pernicieux. À la fois commode, parce qu'il dispense d'une réflexion, et méprisant, il a occupé une place essentielle pendant des siècles dans le discours ecclésiastique, médical, ethnographique et historique. […] En dénonçant la "superstition", on refusait de prendre en considération un système de pensée différent, de reconnaître la logique d'une conduite motivée par d'autres concepts, de retrouver le réseau de connivences qui fonde une culture. » (Gélis, 1984 : 16).

L'exode rural n'a fait qu'accentuer cette évolution, cette attirance des femmes vers la modernité et la crainte des anciennes pratiques.

> « Aux siècles classiques, l'imaginaire de la naissance reste celui d'une société rurale dont sa cosmologie est fondée sur les rythmes saisonniers, l'attachement au sol et la références aux ancêtres. […] Installé à la ville, on ne se défait pas aisément de ses habitudes : on garde le langage commun, les mots, les métaphores du parler campagnard. On conserve les attitudes de corps, les coutumes alimentaires. Puis, à la génération suivante, la ville joue son rôle de creuset ; les enfants n'ont plus les mêmes références, le même passé, ils ne connaissent pas cette terre des ancêtres qu'est le terroir villageois ; ils ont d'autres horizons, d'autres croyances, d'autres comportements. La conscience rurale de la vie et du corps qui imprégnait si fortement l'ensemble de la société il y a un peu plus d'un siècle nous est devenue aujourd'hui largement étrangère. […] conscience de la vie, conscience du corps, image de la naissance, c'est tout un. » (Gélis, 2008 : 15).

Jusqu'à la fin de l'entre-deux-guerres, la naissance reste peu médicalisée et les enseignements se perfectionnent. Les connaissances en anatomie et en obstétrique s'accentuent et font l'objet d'échanges et de discussion entre praticiens, tant au bénéfice des accoucheurs qui les enseignent qu'à celui des sages-femmes.

Dès les années 1920, la volonté de l'État de réduire la mortalité maternelle et infantile est grandissante et s'allie à l'objectif des médecins de l'époque, faire des maternités des « hauts lieux de soins ». Les sages-femmes ne sont alors perçues par ces derniers que comme des « auxiliaires dociles » (Knibiehler, 2007 : 26).

Les médecins organisent d'ailleurs, au lendemain de la libération, la formation en nombre de nouvelles auxiliaires, infirmières, puéricultrices, visiteuses à domicile qui ont pour mission de « rabattre les femmes vers les hôpitaux » (*ibid.* p. 26). Il est bon de remarquer que des professions similaires, concurrençant les sages-femmes pour une partie de leurs actes liés aux soins périnataux, faisaient déjà parler d'elles au sein de la profession dans les débuts des années 1900. À ce sujet, Mme Bourgeois, secrétaire du syndicat général des sages-femmes de France en 1906, faisait part de ses inquiétudes dans la revue officielle du syndicat, n° 199 du 5 juin 1906 :

> « Il est enfin à remarquer qu'un certain nombre d'emplois, tels que dame inspectrice, dame visiteuse, déléguée, etc., sont obtenus par des personnes justifiant simplement d'un diplôme d'infirmière, et que, pour postuler à ces emplois une sage-femme est obligée d'obtenir ce dernier diplôme. Cependant les connaissances exigées d'une sage-femme sont supérieures à celles d'une infirmière. Nous demandons donc à être admises, comme celles-ci et sans qu'il soit nécessaire de passer de nouveaux examens[27]. »

Avec la mise en place des assurances maladies et des allocations maternité, les droits aux soins sont acquis pour tous, ce qui représente une véritable révolution. Du côté des sages-femmes cela amène quelques difficultés. Après avoir lutté contre la pratique des matrones puis la concurrence grandissante des médecins, les sages-femmes devront faire face au déplacement des femmes vers les maternités.

En 1930, une assurance maternelle permet aux femmes de la classe moyenne de se faire soigner gratuitement[28]. La loi précise que « l'accouchement normal sera fait par le médecin ou la sage-

[27] Article de Mme Bourgeois F., secrétaire du syndicat général des sages-femmes, revue *La Sage-femme*, n° 199 du 5 juin 1906, p.83.

[28] « La loi des assurances sociales est entrée en application. Depuis le premier juillet [1930], les assurés versent leurs cotisations, depuis le 1er octobre, ils ont droit aux soins. », *La Sage-femme et le Puériculteur*, n° 458 du 10 octobre 1930, p.1.

femme, au choix de la parturiente[29] » et qu'en cas de dystocie, « la sage-femme appellera le médecin[30]. »

Seulement, dans les faits, les choses ne seront pas si simples. Plusieurs consultations chez un médecin seront obligatoires et les sages-femmes ne seront pas autorisées à signer les feuilles de maladie destinées à la caisse d'assurance, « C'est là une faute administrative que les caisses d'assurances sociales n'hésitent pas à qualifier d'exercice illégal de la médecine[31]. »

S'appuyant sur la loi du 30 novembre 1892 qui définit l'étendue et les limites de la pratique des sages-femmes, le corps des médecins ne cesse de réduire leurs possibilités d'exercice en leur interdisant d'une part l'utilisation d'instruments et d'autre part l'emploi de la plupart des médicaments[32], bien que certains professionnels persistent à dénoncer le fait que « les limites juridiques » de la profession de sage-femme soient « en absolue contradiction avec les enseignements donnés à la faculté, avec la pratique et avec le bon sens[33]. »

Soulignant que « le tort des lois est de ne pas suivre les progrès[34] », les sages-femmes regrettent de voir à ce point leur autonomie et leur reconnaissance diminuer. Dans la même logique, quelques années plus tard, en 1932, les allocations familiales seront mises en place, en contrepartie d'un suivi obligatoire de la grossesse et ce dans une logique nataliste. La Sécurité sociale imposera, en 1946, la consultation d'un médecin pour la déclaration de grossesse.

> « Les difficultés des sages-femmes libérales remontent en grande partie, au moment de l'instauration du système de Sécurité sociale en France. En 1945-1950, lors de la création de la Sécurité sociale, la signature de la déclaration de grossesse a été confiée aux seuls médecins, sous le prétexte qu'il fallait, en début de grossesse une visite médicale générale. C'est déjà là, une erreur fondamentale qui a mis, à cette époque, de nombreuses sages-femmes libérales au chômage, qui en a fait "se salarier"

[29] *Ibid*.
[30] *Ibid.*

[31] Dans le nº 12 d'octobre 1931 de la revue *La Sage-femme rurale*, la directrice, Melle Louise Prat (secrétaire générale du Syndicat des sages-femmes de Paris et du département de la Seine, vice-présidente de la Confédération nationale des syndicats de sages-femmes et directrice de *L'Écho des parisiennes*), rappelle, en s'appuyant sur l'exemple d'une sage-femme qui, suite aux soins donnés à une patiente l'ayant appelée « de la part du médecin qui ne pouvait se déranger », fit l'erreur de signer la feuille de soins, que « La femme était une assurée. Elle sortit sa feuille (…) et sur sa demande, sans réfléchir, la sage-femme signa dans la colonne réservée au seul médecin. Vous comprenez la suite : réclamation de la caisse, demande de sanction, enquête du syndicat. […] La sage-femme ne doit jamais signer la feuille de maladie. », p.24.
[32] *La Sage-femme et le Puériculteur*, nº 477, mai 1932,p.24.
[33] M. Fernand Rabier, sénateur du Loiret, dans un article intitulé « La natalité et les attributions professionnelles des sages-femmes », in *La Sage-femme et le Puériculteur*, nº 429, 10 Mai 1928,p.21.
[34] Mme Bourgeois, *La Sage-femme*, nº 199, 5 juin 1906,p.85.

> un plus grand nombre et qui empêche, entre autres choses, la profession de se développer en libérale[35]. »

Ce n'est qu'en 2004, que les sages-femmes ont pu accéder au droit de faire les déclarations de grossesse !

En ce qui concerne la formation, il faudra attendre la loi du 17 mai 1943 pour que la demande des sages-femmes pour une année supplémentaire d'étude, qu'elles exprimaient depuis fort longtemps, jugeant qu'« un complément d'instruction est indispensable si on veut mettre les sages-femmes en état de rendre, aux parturientes qu'elles dirigent, les services que ces dernières sont en droit d'attendre d'elles[36] », soit entendue.
L'Ordre des sages-femmes, crée en 1940 par le gouvernement de Vichy, afin de revaloriser la profession de sage-femme au service de la famille et de la maternité, a été aboli après la libération puis ré-institué par l'ordonnance du 24 septembre 1945. « Placé sous la dépendance du conseil de l'Ordre des médecins » et présidé par un médecin, cette institution représente pour les sages-femmes un « masque » supplémentaire dans leurs relations avec les femmes[37].

> « Ainsi se perpétue au cours des siècles, la coalition du pouvoir politique et du pouvoir médical "séducteur" de l'État, avec la main mise en tutelle des mass médias. » (ANSFL, 1989 : 50).

2- À partir des années 1950, la disparition d'un mode d'exercice.

Dans les années 1950, les accouchements en clinique augmentent, les sages-femmes y ont fréquemment accès pour accompagner leurs patientes. Les cliniques privées sont mieux réputées car plus confortables que les hôpitaux où :

> « Les structures étaient vétustes […] les salles communes restaient de règle et la promiscuité n'y empêchait pas la solitude. […] Les rites pasteuriens les plus désagréables étaient maintenus sans nécessité : lavement, rasage du pubis. Les docteurs traitaient les femmes sans égards. […] La relation entre la maman et le nouveau-né était soumise à des rites rigides. » (Knibiehler, 2007 : 33).

[35] Cf., ANSFL, 1990, « Le respect d'une éthique pour la profession de sage-femme libérale », in *Cahier de recherche* n° 10 B, Association Sages-femmes du monde, 1990.
[36] Marie Roger, « Comment doit être complétée l'instruction des sages-femmes », *La Sage-Femme*, n° 202, 5 septembre 1906, p.129.
[37] Cf. « Le pouvoir masculin (médical et politique) sur le métier de sage-femme », in *Être sage-femme libérale, hier, aujourd'hui, demain*, ANSFL, 1989, p. 50.

Avec le recul, les sages-femmes libérales comprendront à quel point « l'approche de plus en plus répandue de la maternité comme une maladie ou un risque » et les excès de médicalisation qu'elle a pu entraîner, sont allés de pair avec « la dévalorisation de la place de la sage-femme libérale praticienne[38]. »

Le triomphe des médecins et l'augmentation des cliniques ont imposé le salariat pour une majorité de sages-femmes :

> « Lorsque dans un certain nombre de pays européens et par suite de modifications dans les assurances sociales, fut stipulée l'hospitalisation générale pour le processus de la naissance, les sages-femmes, en partie aveuglées par la technique, mais aussi dans l'espoir d'heures de travail normales avec un salaire plus adapté, passèrent au service hospitalier. Leur formation s'adaptait à la nouvelle situation, elles devenaient des infirmières obstétriques super-spécialisées[39]. »

Les débuts de l'accouchement sans douleur en 1955 marquent un tournant dans la prise en charge de la naissance. Cette méthode d'accompagnement de l'accouchement aussi appelée psychoprophylaxie obstétricale (PPO) a été importée par le docteur Lamaze, neurologue et obstétricien français, chef de service à la maternité des Bluets, de retour d'un voyage en Russie où la méthode était déjà appliquée.

Jusque-là, l'utilisation d'anesthésiants comme le chloroforme et l'éther, alors largement utilisés en Angleterre depuis les années 1830, ou la scopolamine, préférée, au début du XX^{e} siècle en Allemagne et aux États-Unis, restait très critiquée en France, par de nombreux médecins, malgré la demande croissante des femmes (Morel, 2002).

La psychoprophylaxie obstétricale (ou ASD : Accouchement Sans Douleur), consistant à vaincre la peur, reconnue comme la principale cause de la douleur, par l'explication du processus physique de l'accouchement et par un entraînement physique prénatal[40], sera, après quelques réticences, rapidement adopté, tant par les professionnels que par leurs patientes. Toutefois seuls les médecins seront autorisés au départ à utiliser cette technique. En effet, bien

[38] Cf. « Le respect d'une éthique pour la profession de sage-femme libérale », in *Cahier de recherche* n° 10 B, Association Sages-femmes du monde, 1990, p. 220.

[39] Hanekamp N., « La sage-femme libérale européenne en l'an 2000. Perspectives et réalités », in *Cahier de recherche* n° 10 B, Association Sages-femmes du monde, 1990, p. 205.

[40] Marie-France Morel rappelle à ce sujet, dans *Histoire de la douleur de l'accouchement* (2002), que le principe de l'ASD avait été évoqué dès 1933 par Grandley Dick Read dans son ouvrage *Natural Childbirth*, sans avoir eu de succès en France.

que le docteur Lamaze ait souligné la place que pouvaient retrouver les sages-femmes par cette méthode, aux côtés des parturientes, la majorité des médecins n'y concédèrent pas de suite[41].

Il faudra attendre le début des années 1960 pour que l'enseignement des méthodes d'accouchement « sans douleur » soit dispensé dans les écoles de sages-femmes et ne soit plus réservé aux seules assistantes des médecins le pratiquant.
À cette même période, on constate une réduction significative du nombre total des sages-femmes et particulièrement de celles établies à leur compte et ce malgré des besoins grandissants[42].

Dès la fin des années 1970, cette réappropriation naissante de l'accouchement par les femmes s'éteint peu à peu. Les médecins, obstétriciens et anesthésistes réinvestissent le devant de la scène en démocratisant les bienfaits de l'anesthésie péridurale.
Dans le même temps, certaines cliniques développent un accompagnement prenant davantage en compte la liberté des parturientes, comme à la maternité des Bluets à Paris, à la maternité des Lilas ou à Pithiviers, répondant ainsi à certaines catégories d'usagers, issus majoritairement de milieux intellectuels et artistiques. La pratique de l'accouchement à domicile refait surface à cette même période, sollicitée par des femmes souhaitant avant tout échapper aux institutions et préserver l'intimité de cet événement.

> « Être sage-femme libérale, c'est répondre aux parents (qui souvent viennent nous voir de très loin) dans leurs désirs d'être pris en compte comme des adultes responsables. Ils viennent nous voir car ils demandent la présence de la technique et d'une technicienne compétente mais suffisamment discrète pour que cet événement extraordinaire soit vécu par tous comme une première fois[43]. »

En effet, l'article 347 du Code de la santé publique reconnaît à la sage-femme la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse, à la préparation psychoprophylactique de l'accouchement, à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins post-nataux en ce qui concerne la mère et l'enfant. Dans les faits cependant, le salariat et la fonctionnarisation entraînent une perte d'autonomie certaine des sages-femmes

[41] Caron-Leulliez M., George J., in *Actes du colloque de la société d'Histoire de la naissance*, 2004, p. 38.
[42] Cf. Pr Muller, (1965), « La profession de sage-femme. Évolution actuelle et perspectives d'avenir », cours de perfectionnement des sages-femmes de la maternité de Pellegrin, Bordeaux, le 30 septembre, 1er et 2 octobre 1965, édité par Neslé.

[43] Intervention de Françoise Olive, sage-femme libérale, présidente de l'ANSFL aux premières journées nationales des sages-femmes organisées par la Fédération nationale des Associations de sages-femmes, janvier 1985.

hospitalières et l'hostilité envers les sages-femmes libérales s'illustre par le refus des cliniques privées et des maternités publiques de permettre l'accès aux plateaux techniques.
Mais l'histoire se répète effectivement pour les sages-femmes, qui observent une fois de plus « une grande distorsion entre la loi et les faits[44] ».
Face au pessimisme de certains qui affirment que « l'évolution démographique médicale condamne la profession de sage-femme au déclin[45] », les sages-femmes libérales praticiennes rappellent d'une part que, en tant que professionnelles « indépendantes et donc responsables[46] », elles sont dans leur droit puisqu'elles refusent, comme le stipule le Code de la santé publique[47], « de conclure un contrat avec une entreprise commerciale (clinique ou hôpital) qui ne [leur] garantirait pas [leur] indépendance professionnelle » ; d'autre part, qu'en refusant d'entendre la demande des usagers pour un accompagnement global de la maternité, le système de santé perdrait sans nul doute de sa cohérence « tant du point de vue humain, médical, qu'économique[48] ».

Dans les années 1980, la surveillance du fœtus est accentuée : échographies, amniocentèse, diagnostic prénatal et assistance à la procréation, renforcent l'hyper-médicalisation. Les techniques d'anesthésie et de chirurgie se perfectionnent. Les évolutions scientifiques et techniques métamorphosent les conditions de la naissance. Les sages-femmes demandent à ce que leur pratique bénéficie de ces avancées.

> « Nous aimerions une réactualisation annuelle de nos droits de prescriptions et d'actes compte tenu de l'évolution des sciences et des techniques, dans la surveillance et l'accompagnement préventif de la maternité[49]. »

Les décrets de 1972, 1977 puis 1989, favorisant le regroupement des maternités et de leurs équipements signent la fermeture des petites maternités et des cliniques tenues par des sages-femmes. Parallèlement à ces changements, les sages-femmes peinent à préserver leur place auprès des parturientes. Elles font remarquer entre autres choses que leur profession n'est pas inscrite dans les documents destinés aux femmes enceintes, que seul le médecin est désigné

---

[44] *Ibid.*
[45] Propos de M. Briane, député, en 1982, cité par Mme Olive, *ibid.*
[46] *Ibid.*
[47] Décret n° 49-1351 du 30 septembre1943, article 10 paragraphe 3.
[48] Intervention de Françoise Olive, sage-femme libérale, présidente de l'ANSFL aux premières journées nationales des sages-femmes organisées par la Fédération nationale des Associations de sages-femmes, janvier 1985, *op. cit.*
[49] *Ibid.*

pour effectuer l'examen obstétrical et l'examen biologique du début de grossesse alors que cela fait partie intégrante des compétences de la sage-femme.

> « Pourquoi cette discrimination entre sage-femme et médecin en début de grossesse pour le même acte ? Tout se passe comme si l'on voulait éloigner la future mère de la sage-femme[50]. »

En effet, tout semble fait pour diriger les futures mères vers les médecins plutôt que les sages-femmes. Comme le droit, par exemple, pour les médecins d'exiger que les examens des sixième, huitième et neuvième mois soient effectués par un médecin si celui qui a effectué l'examen du troisième mois l'estime nécessaire. Les sages-femmes s'insurgent contre ce « détournement de clientèle officialisé ».

> « Il ne saurait exister de meilleures méthodes pour soustraire la clientèle de la sage-femme libérale. Méthodes cautionnées par les gestionnaires de la santé en France. […] En outre, la densité médicale et l'organisation du système de soins en matière de naissance font que les médecins surveillent à notre place la plupart des grossesses y compris les grossesses normales[51]. »

Le 7 février 1983, Françoise Olive, Joëlle Roubault et Farida Hammani, fondent l'ANSFL, l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales, avec pour mots d'ordre « pour un accompagnement global de la naissance, nous avons choisi d'être sages-femmes libérales. ». En effet, après la fermeture des structures gérées par des sages-femmes puis celle des « cliniques ouvertes », qui permettaient encore, par le décret du 5 septembre 1960[52], la pratique des accouchements par des sages-femmes libérales au sein de certains établissements, l'ANSFL sonne l'alarme face à la disparition de leurs lieux d'exercice.

> « Les sages-femmes rencontrent d'énormes difficultés en raison d'absence de lieux pour effectuer les accouchements de leurs patientes, ce que nous appelons "l'outil de travail". » (ANSFL, 1986 : 58).

Leur analyse est la suivante :

---

[50] *Ibid.*
[51] *Ibid.*
[52] Décret n° 60-939 du 5 septembre 1960 et décret n° 63-1201, article 4, du 2 décembre 1963 : « En clinique ouverte […], les femmes en couches sont hospitalisées à titre payant et peuvent faire appel aux médecins, chirurgiens, spécialistes de leur choix, ainsi qu'aux sages-femmes, à condition que ces dernières n'appartiennent pas au personnel titulaire de l'établissement. »

> « De nombreuses cliniques privées refusent aux sages-femmes la possibilité de pratiquer des accouchements, car le forfait des sages-femmes étant inférieur à celui des médecins, il apparaît que les sages-femmes ne sont pas rentables ! En réalité, il s'agit le plus souvent d'éliminer une concurrence gênante pour les médecins gestionnaires ou propriétaires de ces cliniques. Dans le secteur hospitalier public, la situation n'est pas meilleure puisque de nombreux directeurs d'hôpitaux ont déjà fermé le « secteur clinique ouverte » en maternité pour les sages-femmes libérales. » (ANSFL, 1986 : 58).

> « L'absence d'outils de travail constitue le principal obstacle au développement de la profession en même temps qu'il la dévalorise. L'absence d'outils de travail dans les cliniques et les hôpitaux favorise la demande d'accouchements à domicile par des couples désirant être suivis et accouchés par la même personne qui a surveillé leur grossesse. » (ANSFL, 1986 : 58).

Suite au constat d'une médicalisation abusive, le Parlement européen fait paraître en 1980, la charte des droits de la parturiente, afin non seulement de rappeler aux usagers leurs droits face à une prise en charge qui leur est de plus en plus imposée par les structures mais également dans l'optique d'accorder une meilleure reconnaissance à la profession de sage-femme mise à l'écart par cette même prise en charge. La formation connaît alors de nouvelles modifications, le baccalauréat est exigé à partir de 1983 et en 1985, les études passeront de trois à quatre ans. Associées à une réduction « du nombre de sages-femmes à former en fonction des besoins », ces réformes inquiètent les membres de l'ANSFL, qui d'une part voient dans la diminution des effectifs, un danger et « un manque d'analyse de l'utilité de la profession de sage-femme dans l'accompagnement global de la maternité », et d'autre part se demandent si les élèves sages-femmes auront la possibilité, avec cette année supplémentaire de formation, d'aborder la pratique libérale. (ANSFL, 1986 : 207-208).

IV/ Accompagner la naissance aujourd'hui, pourquoi ? Comment ?

1- Évolution de la prise en charge de la naissance.

La pratique et la place des sages-femmes ont reflété à chaque époque, la prise en charge de la naissance par la société et au-delà, la condition de la femme qui devient mère. Les nombreuses évolutions qui ont marqué la formation et la pratique des sages-femmes sont étroitement liées à l'évolution de la prise en charge médicalisée des parturientes (Sage-Pranchère, 2011). Depuis l'apparition des médecins accoucheurs (Gélis, 1979), le corps médical n'a cessé de s'approprier le temps de la grossesse, de l'accouchement et par la suite les soins aux tout-petits. « Ceux-ci [les médecins-accoucheurs] s'imposent à la faveur de la révolution obstétricale qui touche la France après les découvertes pasteuriennes et permet une forte réduction de la mortalité maternelle » nous dit Françoise Thébaud (Thébaud, 1986 : 55). Les travaux des historiens montrent l'impact majeur de l'amélioration des conditions de vie et des connaissances des sages-femmes dans cette évolution démographique.

> « L'action sanitaire de la sage-femme s'intègre donc, a part entière, au faisceau de facteurs qui déterminent l'importante baisse des mortalités maternelle et infantile tout au long du XIXe siècle. Avant même la révolution pasteurienne, l'intervention de la sage-femme réduit la mortalité maternelle pendant et immédiatement après l'accouchement. Le perfectionnement continu de la réanimation néonatale augmente les chances de survie des enfants nés en état de détresse respiratoire. Apres 1880, le recul de la fièvre puerpérale grâce a l'application minutieuse des principes de lutte contre les germes infectieux est aussi, en milieu hospitalier ou a domicile, a mettre en grande partie au compte des sages-femmes. » (Sage-Pranchère, 2011 : 603)

Cependant les gynécologues-obstétriciens semblent avoir largement bénéficié de cette notoriété basée sur les facultés de la biomédecine à lutter contre la mortalité.
Marie-France Morel, travaillant sur l'histoire de la maternité, rappelle, lors du colloque de la Société d'Histoire de la naissance consacré à « Féminisme et naissance », qu'« il faut définitivement tordre le cou à cette idée fausse » que « toutes les femmes mouraient en couches autrefois [53] ». La surmortalité féminine réellement dûe aux conditions d'accouchement

[53] *Féminisme et naissance*, Actes du colloque organisé par la Société d'Histoire de la Naissance, les 22 et 23 septembre 2007, à Châteauroux, p. 22-23.

concernait d'ailleurs, jusqu'au début du XX^{e} siècle, essentiellement les hôpitaux. (*Op. cit.*, p. 23).

Œuvrant au service des politiques natalistes de l'État et dans un objectif d'autorité et d'enrichissement, certains médecins ont plus d'une fois tenté de remettre en question la place et les compétences des sages-femmes (Knibiehler, 2005 : 5 ; Thébaud, 1986 : 163). La médicalisation s'est rapidement développée au détriment de celles-ci et des futures mères jusqu'à l'aube des années 1960 où la pratique de l'accouchement sans douleur (ASD), jusque-là réservée aux seuls médecins, s'inscrit dans la formation des sages-femmes (février 1961).
L'acceptation de la psychoprophylaxie, méthode permettant aux femmes de gérer la douleur des contractions et les peurs liées à l'accouchement par une meilleure connaissance et écoute de leurs corps, au sein des maternités, peut être vue aujourd'hui comme une méthode « renforçant l'autorité professionnelle sur les femmes enceintes et les acculturant aux pratiques médicales » (Vuille, 2015). Cependant elle semblait être une occasion de redonner aux sages-femmes leur place d'accompagnantes auprès des parturientes dans l'expérience de la naissance.
Dès la fin des années 1970, l'opinion des médecins, obstétriciens et anesthésistes, au départ un peu réticents envers ce qu'ils considéraient comme « une demande de confort », s'est modifiée pour accorder le droit à la péridurale pour toutes les femmes, remettant de nouveau en cause le rôle des sages-femmes dans l'accompagnement de la naissance.

Aujourd'hui encore les relations entre ces deux professions sont envenimées par des rapports de domination. Le savoir et le pouvoir des spécialistes investissent désormais tout le processus de la procréation obligeant les sages-femmes, « gardiennes de l'eutocie », à redéfinir leur rôle auprès des femmes, voire à renoncer à ce que certaines considéraient à juste titre comme l'essence de leur métier : l'accompagnement des femmes dans la naissance de leurs enfants.
À présent, une majorité de sages-femmes a intégré les nouvelles compétences et la nouvelle place qui leurs sont attribuées. Le suivi de grossesse, la préparation à la naissance et la rééducation périnéale sont les activités principales des sages-femmes libérales, seules une quarantaine d'irréductibles perpétuent la pratique des accouchements en France, en plateau-technique ou à domicile. Pour les sages-femmes hospitalières qui sont présentes lors des accouchements, les gestes techniques entourant la pratique des accouchements dirigés et la gestion administrative imposée par les protocoles hospitaliers réduisent le temps à consacrer à l'accompagnement des parturientes.

2- La préparation et l'accompagnement à l'accouchement.

> « À sa manière d'accueillir le nouveau-né, une société révèle ses ressorts profonds, sa conscience de la vie. Au cours des deux derniers siècles, cet accueil a beaucoup évolué dans les sociétés occidentales. Les causes majeures en sont connues : baisse spectaculaire de la mortalité des femmes en couches et des nouveau-nés ; enfants moins nombreux dont se préoccupe désormais le corps médical et l'État. » (Gélis, 2008 : 9).

Si la préparation à l'accouchement ne faisait pas partie autrefois du rôle des matrones, l'accompagnement de la femme en travail, lui, constituait bel et bien le cœur de leur pratique.

> « Tout dépend de la confiance que la matrone inspire ; la confiance est le fondement de sa légitimité ; c'est là le maître-mot, celui qui revient constamment dans la bouche des femmes. […] Car la confiance ne se décrète pas. La bonne matrone rassure, met à l'aise. Elle sait faire les gestes qu'il faut ; elle prononce les mots de réconfort et d'encouragement qui aident la femme. À défaut d'être toujours efficace, elle a le sens de la relation ; et d'avoir été mère de nombreuses fois lui permet sans nul doute de comprendre le sens d'un regard ou d'un gémissement. Elle est la femme sage qui accompagne et qui délivre. » (Gélis, 2008 : 180).

Indispensable à cet accompagnement, la confiance réciproque entre la sage-femme et la parturiente, est encore recherchée par les femmes d'aujourd'hui.

Avant la « découverte », « l'importation », par le docteur Lamaze de l'accouchement sans douleur, les femmes ne bénéficiaient pas de cours de préparation à l'accouchement. Cependant, les savoirs empiriques transmis entre femmes ou par l'intermédiaire des aînées, constituaient, on peut l'imaginer, une autre forme de préparation à l'événement.
Avec l'essor de l'accouchement en structure, les femmes ont été mises à l'écart des accouchements de leurs pairs et le corps médical les a écartées peu à peu des pratiques de leurs aînées en privilégiant les connaissances biomédicales au détriment du savoir empirique des mères et des grands-mères.

L'apprentissage dispensé par le docteur Lamaze et ses confrères permettait aux femmes, bien que la méthode fût discutable, de comprendre les bases de la mécanique obstétricale et d'accéder ainsi à un savoir sur leur corps qui leur était jusque-là inconnu. À l'intention de

comprendre et par là de maîtriser cette physiologie, s'ajoutait un discours sur les capacités propre aux femmes de traverser sans crainte et en toute liberté l'épreuve de la naissance.
Par le succès de la méthode aux yeux des professionnels et par la satisfaction exprimée des femmes, les premiers cours de préparation à l'accouchement, remboursés par la Sécurité sociale, furent accessibles aux futures mères, tout d'abord sous les termes de « méthodes d'accouchement sans douleur », puis à partir de 1958, de « psychoprophylaxie obstétricale » ou PPO. Avec la généralisation de la péridurale, on parlera alors de « préparation à la naissance », pour enfin connaître la PNP, la « préparation à la naissance et à la parentalité », telle qu'elle est transmise aujourd'hui par plus de 86 % des sages-femmes libérales. (Azizoudine Kinney, 2011).

Les sages-femmes, en accédant à la formation, ont pu donner les cours et accompagner les femmes en salle de travail selon la méthode. Une façon pour elles de retrouver ce rôle d'accompagnante auprès des femmes que le prestige de la technique et de la blouse blanche leur avait dérobé.
Bien que la crainte de l'accouchement soit théoriquement effacée par l'efficacité reconnue des méthodes analgésiques, elle reste perceptible dans le discours des femmes et dans leurs questionnements exprimés lors des cours de préparation. De plus, bien que les femmes aient accepté, puis réclamé, de façon majoritaire la péridurale, leurs hésitations persistent, entre le désir d'être en accord avec le discours médical et l'inquiétude face à d'éventuelles douleurs liées à la piqûre et aux effets secondaires (Tillard, 2002 : 119). Paradoxalement, elles semblent également être restées attachées au rôle d'accompagnante de l'accouchement naturel des sages-femmes.

Ces changements de pratiques et de mentalités des futures mères ont obligé les sages-femmes à redéfinir leur rôle et leur approche de ces « cours ». Il s'agit donc désormais de « séances de préparation à la naissance et à la parentalité ». Une juste démarche intégrant au-delà de l'accouchement, qu'il soit physiologique ou dirigé, un accompagnement de l'événement dans sa totalité, répondant aux interrogations des futurs parents à propos de la grossesse, de l'accueil en maternité et du retour au domicile.

La question est alors de savoir si la préparation proposée, majoritairement par les sages-femmes libérales, les maternités manquant fréquemment de temps et de personnel pour cela, est en phase avec l'événement tel que vont le vivre les futurs parents au sein de la structure d'accueil ?

Les jeunes sages-femmes, baignées le temps de leur formation dans un univers technique et une approche médicalisée de la naissance, sont nombreuses à s'interroger sur leur relation avec les femmes qu'elles rencontrent. Certaines font le choix d'approfondir leurs questionnements par le biais de leur mémoire de fin d'études, orienté sur le vécu des parturientes à l'hôpital ou sur le choix de l'accompagnement global.

Dans le mémoire présenté et soutenu par Sandrine Beau, en 2008, à l'École de sages-femmes de Bourg-en-Bresse, intitulé « Regards de sages-femmes sur l'accompagnement global à la naissance », le calcul est fait du nombre de sages-femmes qu'une patiente peut être amenée à rencontrer au cours de sa grossesse et jusqu'à la fin de la période des suites de couches,

> « En moyenne, une patiente avec une grossesse sans pathologie, qui ne dépasse pas son terme et qui accouche avec la sage-femme présente lors de son admission en salle de naissance, pourra rencontrer tout de même entre sept et dix sages-femmes différentes ! » (Beau, 2008 : 41).

Sont également évoquées dans ce mémoire, la discontinuité et l'organisation morcelée du travail des sages-femmes entre les différents services de la maternité, entraînant pour les couples, la multiplication des interlocuteurs[54]. Les séances de préparation, au sein d'une grande structure, y font l'objet d'observations. Limitées normalement à six femmes, ces séances sont souvent saturées en nombre, accueillant parfois plus d'une dizaine de patientes. De plus, encadré par une sage-femme que les futurs parents ne connaissent pas (qui n'a pas effectué le suivi de la grossesse, qui ne sera pas présente à l'accouchement et qui ne sera probablement pas revue par la suite...), ces séances ne semblent pas appropriées à l'expression des doutes et des craintes entourant la naissance (Beau, 2008 : 39).

Dans la plupart des cas, c'est une sage-femme libérale qui dispensera les cours de préparation. Absente le jour de l'accouchement, elle est pourtant, pour les futurs parents, celle avec qui se construira en premier lieu, la relation de confiance indispensable à l'appréhension de cet événement. Les sentiments de sécurité et de confiance qu'elle inspire doivent donc se transférer sur le lieu d'accueil et les personnes présentes le jour J.

Le mémoire de fin d'étude de sage-femme, proposé par Angélique Azizoudine Kinney, intitulé « Évaluation qualitative de la préparation à la naissance et à la parentalité », confirme les

[54] Ce point est, entre autres, souvent relevé, lors des entretiens effectués dans le cadre de recherches d'étudiantes sages-femmes (Painblanc, 2005 : 106 ; Lafont, 2010 : 5 ; Touchard, 2011 : 43).

données recueillies lors des entretiens réalisés avec des sages-femmes libérales, selon lesquelles, les femmes sont en attente d'explications détaillées sur l'accueil qui leur est réservé en maternité, le déroulement des événements en salle de travail et particulièrement sur les techniques et le matériel utilisés lors d'une prise en charge médicalisée : examens, surveillance, pose de la péridurale et complications éventuelles. Face à cet inconnu, pour les primipares et à l'éventuelle répétition des difficultés vécues pour un premier accouchement pour d'autres, le besoin d'être rassurées est omniprésent. La rencontre et les échanges avec d'autres mamans sont également recherchés et appréciés par les patientes lors de ces séances. Un temps entre femmes, qui plus est en présence d'un professionnel pouvant répondre à leurs questionnements et angoisses, qui se fait rare au sein des réseaux professionnels et familiaux aujourd'hui.

3- L'accompagnement en milieu hospitalier.

> « Le lieu de la naissance n'est plus celui où l'on vit et les techniques sans cesse affinées ont remplacé l'attention d'un entourage familier. Cette rupture avec les lieux et l'ancienne société de la naissance constitue le point d'aboutissement d'une évolution commencée il y a plusieurs siècles; elle coïncide avec la disparition de valeurs séculaires, d'une manière d'être et de penser, d'un système de références que la révolution industrielle a ébranlé puis fait disparaître, sans pour autant les remplacer. » (Gélis, 1984 : 169).

L'introduction rapide de nouvelles techniques de surveillance de la grossesse et de l'accouchement a modifié peu à peu le rapport des femmes à ces événements.
Bien que les sages-femmes hospitalières aient unanimement apprécié la sécurité offerte par l'environnement médicalisé, elles ont également été nombreuses à percevoir les changements que cet environnement a imposés dans leurs relations avec leurs patientes.

L'arrivée de la péridurale en ce sens a profondément modifié le rôle et l'attitude des sages-femmes en salle de travail. Certes, elles n'ont pas les compétences pour poser une péridurale mais leurs propos, leur présence ou leur absence, leur soutien ou leurs incitations sont prépondérants dans le choix de la parturiente.
Les sages-femmes ont été en premier lieu « émerveillées par le calme, le silence, la sérénité qui régnaient enfin dans les maternités » (Knibiehler, 2007 : 115). Ce point du vue sur la péridurale est partagé par la plupart des sages-femmes travaillant en milieu hospitalier depuis les années 1980, rencontrées lors des entretiens, et les plus jeunes sont encore bien souvent rassurées, non

par la connaissance des anciennes conditions de travail, mais davantage par habitude, par le déroulement des accouchements sous péridurale.
En effet, malgré une certaine prise de conscience de la banalisation des actes médicaux, de nombreux automatismes perdurent.

> « Une sage-femme témoigne des nombreux exemples d'anesthésies "bon débarras" posées trop tôt par des collègues excédés pour faire taire une patiente agitée. Elle dénonce une sorte de coalition qui impose la péridurale : l'anesthésiste qui la décide dès le huitième mois, ou dès l'arrivée de la patiente, alors qu'il n'a aucune compétence en obstétrique, le futur père qui ne veut pas voir souffrir sa compagne, l'obstétricien qui veut travailler dans le confort et le silence, le ministre de la santé qui a reconnu "un droit à la péridurale". […] À ses yeux, ce service s'apparente plus au commerce qu'au soin. » (Knibiehler, 2007 : 117).

Cette standardisation des actes destinés au départ à faire face à des déroulements dystociques du travail est, dans certains établissements, fortement présente.
Divers mémoires de fin d'études d'étudiant(e)s sages-femmes[55] abordent précisément le cas du travail dirigé par Syntocinon (nom commercial de l'ocytocine de synthèse).

> « La directive active du travail a été introduite dans la fin des années 1960, en Irlande, par O'Driscoll *et al.* pour prévenir le travail prolongé (supérieur à 24 h.) chez la nullipare. En France, c'est Lacomme qui a introduit cette notion à la même époque : "il faut atténuer la douleur et agir sur la contractilité utérine pour obtenir une progression régulière au minium de puissance". Ainsi la direction du travail s'est progressivement imposée dans la pratique obstétricale grâce notamment à l'essor de l'analgésie péridurale. » (Richard, 2010 : 10).

À présent, l'utilisation du Syntocinon dépasse largement le soutien d'accouchements dystociques pour permettre une optimisation du déroulement du travail, suite à un déclenchement par rupture des membranes ou lorsque la parturiente souhaite accoucher sous péridurale.

---

[55] Cf. entre autres : Manon Polaniok, (2015), *Pratiques professionnelles concernant l'utilisation du Syntocinon lors du travail spontané*, mémoire de fin d'études de sage-femme, Faculté de médecine et maïeutique, Université catholique de Lille ; Clémence Loscul, (2013), *Utilisation du Syntocinon au cours du travail spontané : Évaluation des pratiques professionnelles à la maternité de Port-Royal*, mémoire de fin d'études de sage-femme, École de sage-femme de Baudelocque, Université Paris-Descartes ; Sarah Richard, (2010), *Utilisation du Syntocinon au cours du travail spontané : indications et conséquences materno-fœtales*, mémoire de fin d'études de sage-femme, École de sage-femme, Université de Nantes ; Mylène Colmant, (2010), *Le travail dirigé par Syntocinon. Évaluation menée à la maternité de Bar-le-*Duc, mémoire de fin d'étude de sage-femme, Université Henri Poincaré, Nancy I, École de sage-femme Albert Fruhinsholz.

L'ensemble des travaux à ce sujet souligne les effets pharmacodynamiques du Syntocinon, ses indications et contre-indications ainsi que le non respect des protocoles d'utilisation entraînant de nombreux effets indésirables reconnus.

Administré trop tôt, de façon surdosée, ou dans le non-respect du délai recommandé entre deux injections, les professionnels semblent ignorer parfois les complications que peut entraîner un mauvais usage de l'ocytocine. Par exemple, après avoir obtenu une dynamique utérine satisfaisante, la réinjection de Syntocinon n'est justifiée qu'en cas d'anomalies utérine, fœtale, maternelle, de la dilatation ou du liquide amniotique, or « dans 53 % des cas, le débit de Syntocinon est augmenté après avoir obtenu une bonne dynamique utérine, sans indications précisées ». L'auteur peut donc affirmer que « les recommandations ne sont pas respectées dans la majorité des cas. Des risques sont donc pris inutilement par les professionnels. » (Colmant, 2010 : 58).

Même si les statistiques montrant l'incidence d'une utilisation du Syntocinon sur l'augmentation des risques d'épisiotomie ou de césarienne restent faibles, l'altération du rythme cardiaque fœtal ou de l'oxygénation fœtale évaluée par une acidose ou une pré-acidose au PH ombilical sont des anomalies fréquentes.

L'étude montre entre autres, la corrélation entre l'augmentation du débit de Syntocinon en cours de travail et l'instrumentalisation par forceps, autrement dit que « les professionnels pourraient entraîner un accouchement non physiologique en dirigeant un travail qui ne devrait pas l'être » (Colmant, 2010 : 46), et rejoint celles mentionnées par le rapport du Ciane[56] (Ciane, 2013) :

> « Le rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle en 2010 fait état de 9 décès maternels suite à déclenchement "sans indication précise". […] La publication de l'INSERM de 2011 qui établit une association indépendante entre administration d'ocytocine pendant l'accouchement et le risque d'hémorragie graves du post-partum […] souligne que l'ocytocine est administrée dans 60 % des accouchements par voie basse, ce qui révèle une pratique de routine, alors qu'on sait que cette pratique multiplie par 2 à 6 le risque d'hémorragie post-partum grave. » (Ciane, 2013 : 13).

Le Ciane, cité ici à plusieurs reprises, est un collectif regroupant des associations d'usagers dont l'implication tant auprès des professionnels de santé que dans le débat public reflète

[56] Collectif inter-associatif autour de la naissance.

l'intérêt des couples et des parturientes envers les questions relatives aux conditions de la naissance.

De même, le déclenchement, qui se décide officiellement pour des raisons médicales bien précises semble relever bien souvent de décisions plus officieuses : pour répondre à la demande des patientes qui souhaitent faciliter l'organisation de l'événement en fonction du travail du conjoint, de la garde des aînés, par un souci, plus ou moins conscient de contrôler leur grossesse du début à la fin, ou encore pour faciliter le temps de travail des équipes hospitalières. La césarienne, qui demeure une opération chirurgicale importante, peut également être pratiquée par convenance.

La clinique pasteurienne avait repoussé le père. L'accouchement sans douleur l'a fait revenir. Pour certaines sages-femmes, sa présence renforce celle de la technique. On peut comprendre en effet que le discours médical, appuyé par l'acceptation de la femme, puisse renforcer l'avis du père en faveur de la péridurale.
Dans la plupart des établissements, faute de personnel, la surveillance par le monitoring remplace l'accompagnement humain. Les sages-femmes pratiquent un toucher vaginal toutes les heures pour surveiller la dilatation du col, puis laissent le couple dans la salle de travail. Certes la présence du père est favorable, mais celui-ci se retrouve dans une situation d'attente, tout comme sa compagne, du verdict annoncé par la sage-femme à chacun de ses passages.
La présence accrue des doulas[57] auprès des parturientes est d'ailleurs significative du manque à combler. Très mal acceptées par les professionnels de santé, elles sont en revanche demandées par les femmes. Bien que certaines soient ambiguës dans leur rôle auprès des femmes, ce qui

[57] « "Doula" est un mot qui vient du grec ancien. Certains le traduisent par "celle qui sert la mère" mais c'est un euphémisme. En grec, *doula* signifie la femme esclave et aux temps de Socrate et de Périclès, le terme désignait la domestique qui s'occupait des tâches de la maison et en particulier des soins de sa maîtresse : sa beauté, sa santé, les soins, et naturellement la grossesse et l'accouchement. » Les doulas sont des « accompagnantes à la naissance » qui ont « pour vocation d'accompagner et de soutenir la future mère et son entourage pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, grâce à [leur] expérience et à [leur] formation, et cela uniquement en complément du suivi médical choisi par les parents. » Elles se situent comme les héritières des « Godsibs » que l'on retrouve « jusqu'au XVI^e siècle en Angleterre » et de « la femme qui aide », « femme locale, elle-même mère, à qui on faisait appel pour aider la femme et sa famille pendant l'accouchement aux côtés de la sage-femme. Elle soutenait la femme et maintenait la chambre et le lit propre. C'était elle qui donnait le premier bain au bébé et qui soutenait la mère dans son allaitement. » Une première rencontre officielle entre doulas s'est tenue en France en 2003 pour aboutir à la création de l'association « doulas de France » en 2006. Des associations similaires existent dans d'autres pays. (cf. le site internet des doulas de France : doula.info).

renforce notamment le conflit avec les professionnels de santé, elles ont une place d'accompagnante, de conseillère auprès des femmes qui manquent de repères ou d'écoute dans leur suivi de grossesse. Elles sont la mère, la sœur, l'amie, qui ne peuvent être présentes ou à qui l'on n'ose plus confier ses opinions de peur d'être jugée.

> « Si d'un côté les médecins s'emparent de la grossesse et si d'un autre côté, les doulas s'emparent de l'accompagnement psycho-social, que restera-t-il aux sages-femmes ? » (Knibiehler, 2007 : 185).

La question mérite d'être posée.
En effet, bien que la présence de celles qui « accompagnent les futures mères dans le labyrinthe des consultations, examens complémentaires, entretiens, puis qui assurent par leur présence la permanence dans (des) services taylorisés[58] » soit comprise, à défaut d'être toujours acceptée, les sages-femmes s'interrogent cependant sur les dérives possibles que peut représenter l'émergence de cette nouvelle profession.
Toutes les personnes se proclamant « doula » ne semblent pas respecter le Code de déontologie cadrant cet accompagnement des futurs parents, dans l'écoute et le respect de leurs choix, mais opteraient davantage pour une incitation plus ou moins consciente, vers des choix définis par elles-mêmes de façon totalement subjective ; comme par exemple leurs positionnements propres en ce qui concerne la prise en charge de la mère ou les soins aux nouveau-nés, plaçant parfois les couples en situation de conflit avec l'équipe médicale.

Conjointement, il est important de souligner l'évolution de la prise en charge hospitalière en termes d'accueil, de confort, de respect des rythmes de la mère et du nouveau-né dans les services de suites de couches de nombreux établissements, la démarche de labellisation IHAB (Initiative Hôpital Amis des Bébés) étant souvent le facteur décisif du changement opéré. Ces changements ne sont pas des moindres et méritent d'être mis en avant. Cependant, force est de constater que, cet accent mis sur le respect de la physiologie du nouveau-né, par le soutien à l'allaitement maternel, la mise en valeur du peau à peau et le respect du contact mère-enfant après la naissance, ne va pas de soi en ce qui concerne la physiologie de l'accouchement, le respect du temps du travail et le soutien que requiert un accouchement physiologique.

[58] Bethuys J., *Sages-femmes du côté des femmes, sages-femmes du côté des médecins*, in *Actes du colloque*, Société d'histoire de la naissance, 2007.

4. L'accouchement Physiologique.

L'historien Jacques Gélis, au travers des documents et des témoignages sur les accouchements d'autrefois, relève les différences de positionnements entre la matrone et le médecin-accoucheur :

> « Le temps de l'accouchement n'est pas le même pour la matrone et l'accoucheur. Pour la matrone, c'est un temps court ; afin de prévenir l'accident, elle accélère le travail. L'accoucheur au contraire veut qu'on patiente, qu'on laisse faire la nature sans rien précipiter. La matrone répond en affirmant que la nature n'attend pas, qu'il est un temps pour la moisson et pour la récolte des fruits, et qu'à trop attendre on prend le risque de tout perdre, la mère et l'enfant. Il ne faut pas laisser passer l'heure. Ainsi l'attitude de la matrone reflète-t-elle à la fois la crainte de la complication et la perception physique des rythmes auxquels l'homme est soumis et qu'il doit respecter. » (Gélis, 2008 : 215).

Cette observation est surprenante en ce sens où il semble que les attitudes se soient inversées avec la médicalisation. La matrone, autrefois habituée à agir avec peu ou pas de moyens, préférait prévenir plutôt que de guérir. Aujourd'hui, la sécurité offerte par les conditions sanitaires, l'hygiénisme, une surveillance accrue tout au long de la grossesse et des connaissances pointues en mécanique obstétricale, permettent aux sages-femmes pratiquant des accouchements de garder une certaine sérénité et une confiance dans l'observation et le respect du temps de l'accouchement. En milieu hospitalier au contraire, les protocoles poussent à toujours plus de prévention, voire un devancement des éventuelles complications, par l'utilisation de techniques, au risque que celles-ci soient iatrogènes. À cette démarche – « à l'hôpital, on ouvre les parapluies avant qu'il ne pleuve ! », me dira une sage-femme lors d'un entretien – s'ajoutent les impératifs de rendement.

Outre le temps de l'accouchement, la physiologie concerne également l'environnement de la femme en travail, la mécanique obstétricale, et la prise en charge physique et psychologique de la mère et du nouveau-né. À ce niveau-là également, la position des femmes, dans tout les sens du terme, s'est opposée et s'oppose encore parfois aujourd'hui à celles des praticiens. Si la liberté de mouvement de la femme en travail est un sujet en pleine évolution dans les maternités, cela n'a pas toujours été le cas.

Bien au contraire, l'introduction des médecins lors des accouchements à été synonyme d'immobilité pour la femme en travail, pour des raisons de convenance personnelle, d'une part,

l'observation et la réception du nouveau-né étant facilitées par la position allongée, et par convenance d'autre part, ces derniers jugeant les autres positions « indécentes » (Gélis J., 2008 : 204).

Les femmes ne se sont pas soumises d'emblée aux exigences des médecins. Elles ont continué à accoucher dans des positions dites « verticales », accroupies, debout, à quatre pattes, pendant des générations, en suivant tantôt les conseils de leurs aînées, tantôt leur corps tout simplement. Selon Jacques Gélis :

> « Les médecins-accoucheurs se montrent irrités de cette mauvaise volonté. […] Ils expliquent le maintien des positions verticales par le seul entêtement des femmes à vouloir respecter une tradition ; ils ne perçoivent pas que les positions sont le reflet d'une culture qui refuse de disparaître. Enfanter en s'accroupissant ou en se tenant debout devant l'âtre implique une certaine conscience du corps et de la vie, une manière à soi d'accueillir le nouveau-né. Il y a là, tout un ensemble cohérent de références et de sensibilités qui, après avoir longuement résisté à la médecine et au progrès, va sombrer dans le grand naufrage de la culture rurale, à partir de 1914. » (Gélis, 2008 : 214).

Certes, on a pu observer le caractère culturel des positions d'accouchement par leur présence plus ou moins marquée selon les régions. Mais la liberté de mouvement, la nécessaire écoute du corps de la femme pour favoriser la descente de l'enfant semble quant à elle universelle et profondément instinctive, naturelle, contrairement à la position gynécologique, caractéristique de l'approche biomédicale.

> « L'étude des sociétés tribales vient confirmer l'idée que la position accroupie, comme pour aller à la selle, est certainement la position la plus instinctive, il n'est donc pas étonnant qu'elle ait été pratiquée en France dans les sociétés rurales des siècles passés. L'accroupissement assure une bonne expulsion parce qu'il permet à la mère de bien faire valoir ses douleurs ; en outre, si l'enfant sort brusquement, il ne risque pas de tomber de haut et de se blesser, le cordon est rarement rompu et l'inversion utérine n'est pas à craindre, sauf exception. […] Enfin, cette position est celle où la femme semble avoir le moins besoin d'aide, où elle peut mieux surveiller son périnée et dégager elle-même, si besoin, la tête de son enfant. L'accroupissement est la position de la femme seule, chez elle ou surprise aux champs. En temps ordinaire cette position ne facilite pas le travail de l'assistante, qui a du mal à modérer la progression du fœtus et à surveiller le périnée de la mère. Aussi lorsque l'aide est possible, la femme abandonne-t-elle cette position, d'autant plus qu'elle impose la semi-nudité de la parturiente. » (Gélis, 2008 : 201).

Jacques Gélis rappelle que la compréhension des mécanismes physiologiques a affirmé l'efficacité des pratiques traditionnelles. De plus, ses travaux illustrent la résistance des femmes des milieux ruraux face aux modifications imposées par les médecins comme la position couchée ou l'absence d'autres femmes pendant l'accouchement (Gélis, 2008).

En effet, l'adaptation à la vie en ville, allait de pair avec une soumission à la mode, à la norme véhiculée par les classes supérieures de la société.

> « Déjà au début du XVII^e^ siècle, Louise Bourgeois avait perçu l'originalité du phénomène d'intégration à la grande ville, par l'acceptation d'une nouvelle position d'accouchement ; en notant qu'une femme originaire de l'Anjou, installée à Paris, continuait à accoucher à genoux, "à la manière de son pays", elle soulignait la permanence des pratiques chez les migrants récents et en même temps le recul des comportements ruraux dès la seconde génération. » (Gélis, 2008 : 206).

L'investissement de la naissance par les médecins s'est également accompagné de l'instrumentalisation, puis de la banalisation de celle-ci. La chaise d'accouchement, par exemple, déjà utilisée par les matrones dans de nombreuses cultures pour soulager la parturiente le cas échéant, a rapidement été imposée en France par les médecins, parfois sans réelle justification, ni médicale, ni de confort (Gélis, 2008).
La position gynécologique sur une table d'accouchement, ne présentant pas plus de justification valable, demeure cependant la position exigée d'une majorité de femmes aujourd'hui, la péridurale entraînant de fait, l'immobilité de la patiente. Nombreuses également sont les sages-femmes qui l'imposent plus ou moins directement aux femmes refusant pourtant la péridurale, par la pose d'un monitoring et d'une perfusion.

Les conditions favorables à un accouchement physiologique largement démontrées, notamment par les travaux de Michel Odent, sont aujourd'hui connues et reconnues par une majorité des professionnels. Ces conditions, qui commencent par la mise en place d'un environnement intime et rassurant pour la future mère, conjuguant chaleur, faible luminosité, calme et respect de la liberté de mouvement pendant le travail, favorisent la sécrétion d'ocytocine nécessaire à l'accouchement, la délivrance et au premier contact mère-enfant. De nombreux établissements offrent aujourd'hui un cadre plus adéquat, en adaptant les salles de naissance classiques ou en ouvrant des salles dites « natures ».

La charte des droits de la parturiente établit en 1988 par le Parlement européen souligne pour sa part le caractère spontané et naturel de l'accouchement, qui devrait être considéré de ce fait comme un événement physiologique naturel. Le libre choix du lieu et des modalités de l'accouchement y est réaffirmé et la connaissance des pratiques de l'accouchement à domicile encouragée et diffusée.

5- L'accompagnement global et l'accouchement à domicile.

Dans l'étude menée en 2005 par Marion Bazin pour son mémoire de fin d'étude de sage-femme intitulé, « L'accompagnement global et les difficultés rencontrées par les sages-femmes qui le pratiquent », 76 % des sages-femmes interrogées disent avoir déjà été sollicitées par des patientes pour un accompagnement global. Ces données rejoignent les études faites à ce sujet par d'autres étudiantes sages-femmes (Lafont, 2010, et Touchard, 2011), ainsi que les propos recueillis ici auprès des sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global, qui toutes, reconnaissent avoir des difficultés à répondre à la demande grandissante des couples pour ce type d'accompagnement et ce par le simple bouche-à-oreille. En effet, le nombre des demandes augmente alors que le nombre des sages-femmes pouvant y répondre diminue. 37,5 % des sages-femmes ayant arrêté de pratiquer des accouchements à domicile, toujours selon les données de Marion Bazin, « ont cessé, faute de trouver une associée » (Bazin, 2005 : 53) afin de soulager les contraintes dûes à l'astreinte qui sont liées à la pratique. Dans cette étude, seulement 9 % des sages-femmes interrogées envisageraient de pratiquer l'accompagnement global mais souhaiteraient pour cela, une revalorisation du forfait accouchement, une assurance à un tarif abordable, un accès facilité aux plateaux-techniques ou à des maisons de naissances. Au-delà de l'aspect organisationnel et médico-légal, la plupart des sages-femmes libérales reconnaissent les bénéfices de l'accompagnement global sur le déroulement de l'accouchement. Les résultats obtenus par Bénédicte Lafont[59], en 2010, sont à peu près similaires et soulignent qu'« un quart des sages-femmes [libérales] interrogées ne se sentent pas compétentes pour la pratique en plateau-technique ». Une pratique des accouchements « trop lointaine », la crainte d'être dépassée par les protocoles ou de gérer seule le stress dû à la prise en charge globale des patientes, sont les principales raisons évoquées. Parmi celles ayant fait des démarches en vue

[59] Lafont B., 2010, *Accès des sages-femmes libérales aux plateaux-techniques*, mémoire de fin d'études de sage-femme, Université Claude Bernard, Lyon I, École de sage-femme Hôtel-Dieu.

d'obtenir un accès à un plateau-technique, une majorité se verra dans l'obligation d'abandonner ce projet, soit en raison du refus de la maternité sollicitée, soit à cause du « blocage » de quelques membres de l'équipe hospitalière.

Dans son travail de fin d'études sur l'accouchement à domicile, en 2005, soutenu à l'École de sage-femme de Strasbourg, Cathy-Anne Pireyn-Piette[60] énonce, quant à elle, les motivations qui animent les couples dans leur choix du domicile pour mettre au monde leurs enfants. Les besoins d'intimité, de respect et de proximité sont avant tout recherchés, ainsi que la réduction du stress et l'implication du couple dans les conditions de la naissance. Les femmes évoquent le respect de la physiologie de l'accouchement, le désir d'aborder ce moment sans avoir à « se conformer aux règles de quelqu'un d'autre ». D'autres points y sont abordés, qui rejoignent également ceux recueillis ici.

> « Elles disent que le travail semble moins long car la mère peut continuer encore un long moment ses activités de la journée avant que le travail ne requière sa complète attention et que rester à la maison élimine le stress de la décision de "quand partir ?". En effet, pour elles, partir trop tôt peut stopper le travail et partir trop tard impose un grand inconfort pendant le trajet et le risque d'accoucher en route. » (Pireyn-Piette, 2005 : 5).

Le sujet de l'autonomie et de la responsabilité recherchées par les couples, est également développé dans un autre mémoire, celui de Anne-Sophie Painblanc (*opus cit.*), ainsi que le refus de la systématisation, de l'infantilisation et d'une « certaine forme de violence morale » imposée par l'organisation hospitalière.
Certains mettent également en avant un accouchement précédent en milieu hospitalier mal vécu ou au contraire une expérience positive d'accouchement à domicile, la peur de l'hôpital et le rejet des protocoles n'étant, contrairement à ce que l'on pourrait penser, que peu évoqués. C'est plutôt, pour ces femmes, l'idée que si un doute survient sur le bon déroulement de l'accouchement, elles auront préparé un éventuel départ pour la maternité, mais que temps que tout se déroule bien, elles n'ont pas lieu d'y aller. De plus, elles se disent rassurées par l'atmosphère de leur domicile et apprécient de se sentir libres, ainsi que les autres personnes présentes, de pouvoir se déplacer, manger, se reposer comme bon leur semble, pendant le début du travail.

[60] Pireyn-Piette C.-A., 2005, *Accouchement à domicile : risque ou modèle ?*, mémoire de fin d'études de sage-femme, Université Louis Pasteur, École de sage-femme de Strasbourg.

Pour les sages-femmes qui optent pour cette pratique, préserver l'eutocie en respectant au mieux la physiologie et en demeurant dans une continuité de soins est une des premières raisons de ce choix. Vient ensuite la possibilité par l'accompagnement global de mettre en pratique et d'améliorer tous leurs savoir-faire en préservant un haut niveau d'autonomie et d'indépendance et en diminuant le stress dû à la gestion de plusieurs parturientes à la fois.

6- Empowerment et expérience des parturientes.

En ce qui concerne l'expérience des parturientes, un rapprochement peut être fait, non sans une certaine prudence, avec la notion d'*empowerment.* Ce concept, apparenté tour à tour à diverses notions telles que la citoyenneté, la prise de conscience, la participation, le pouvoir d'agir personnel ou collectif (Deslauriers, 2007), serait apparu dans les années 1960-1970. Cependant ses origines ne semblent pas clairement définies, tantôt attribuées à des mouvements sociaux nord-américains, féministes ou afro-américains (Calvès, 2009), tantôt au domaine de la santé (Deslauriers, 2007), pour intégrer par la suite le vocabulaire des champs du travail social, de la psychologie et du développement[61].

Le choix de l'utilisation de ce terme dans le cadre de l'analyse des données est dû à sa lecture dans le compte-rendu des débats autour de la récente question des maisons de naissance[62], mettant l'accent sur les effets bénéfiques d'une participation active des parturientes lors de l'accouchement. À la manière des mouvements féministes des pays du Sud, l'*empowerment* se définit ici : « comme un pouvoir créateur qui rend apte à accomplir des choses », « un pouvoir intérieur qui renvoie à la confiance en soi et à la capacité de se défaire des effets de l'oppression intériorisée » (Calvès, 2009 : 739).

En outre, la réappropriation des conditions de la naissance par les futurs parents semble en adéquation avec la démarche visant à « renforcer sa capacité à agir sur les facteurs déterminants de sa santé » (Dumont, Aujoulat, 2002 : 3) qui caractérise les travaux sur l'éducation thérapeutique du patient (*op. cit* : 4). Ces travaux soulignent entre autres choses, la recherche personnelle de connaissances, la capacité à « manager son stress », l'amélioration des

[61] « Plusieurs traductions de la notion d'*empowerment* sont actuellement utilisées dans les milieux de pratique et de recherche. Chacune de ces traductions illustre généralement l'angle d'analyse retenu par ses utilisateurs. » (Le Bossé, 2003 : 9).

[62] CALM, 2014, *Mon corps m'appartient... et pour accoucher?,* Compte-rendu des débats, table ronde organisée par le CALM-Association pour la maison de naissance des Bluets, le 21 mai 2014, dans le cadre de la SMAR (semaine mondiale pour l'accouchement respecté).

sentiments de « confiance en soi », « d'estime de soi », de « satisfaction », « d'auto efficacité », « de contrôle interne », « d'espoir » et « d'épanouissement » comme étant « les conséquences et donc potentiellement les indicateurs d'*empowerment* » déterminants pour l'état de santé des patients (*op. cit* : 11).

Quant au choix, majoritaire, de l'accouchement en milieu hospitalier, il est avant tout justifié par le besoin de sécurité, auquel répond la maternité, par la présence continue d'un personnel compétent en cas de problème. Est ensuite évoqué le besoin de prise en charge puis de retrait de la vie quotidienne. En dernier lieu on retrouve la peur d'une complication, le besoin de repos ou encore le besoin d'analgésie.

> « Pour ces femmes, choisir l'hôpital procure le sentiment d'avoir fait au mieux pour garantir la sécurité physique de leur bébé et d'elles-mêmes et leur permet d'aborder de manière sereine l'accouchement. […] La technicité, le professionnalisme sont pour elles des facteurs de sécurité. Elles tiennent ainsi compte de la réputation de l'équipe médicale et vérifient la présence constante d'anesthésistes, gynécologues, pédiatres en qui elles placent toute leur confiance. » (Pireyn-Piette, 2005 : 10).

De leur côté, les sages-femmes hospitalières justifient leur choix d'exercice par,

> « La conviction de faire courir le moins de risque possible à la femme et son enfant ; un emploi du temps régulier, planifié ; moins de stress dû à la gestion d'imprévus sans aide extérieure ; un salaire plus intéressant et surtout régulier ; un besoin d'échange, de coopération et contact avec des collègues ; un besoin d'être soutenu par la profession toute entière. » (Pireyn-Piette, 2005 : 11).

En observant les raisons évoquées par les femmes et les sages-femmes dans leurs choix de l'hôpital ou du domicile, l'auteure distingue donc clairement deux types de femmes et de sages-femmes, pour qui les besoins identifiés, pour accoucher sereinement pour les unes et travailler dans de bonnes conditions pour les autres, ne sont pas les mêmes, d'où la nécessité d'une diversification de l'offre de soins.

Lorsque la question du risque, dans le cadre des accouchements à domicile, est abordée avec les sages-femmes hospitalières, l'évocation de l'hémorragie de la délivrance est récurrent. Or, il est rappelé dans ce mémoire, que les chiffres affirment qu'« il y a moins d'hémorragie de la délivrance à la maison, malgré deux fois moins de délivrance médicamenteuse. » (*Ibid.* : 65).

> « Lorsqu'une femme saigne pendant une délivrance difficile du placenta, c'est qu'elle n'a pas atteint au bon moment un pic d'ocytocine suffisant. Si l'on en croit les études faites sur le déroulement d'un accouchement physiologique, qui soulignent entres autres l'importance de la chaleur et de l'évitement des distractions de la femme en travail, il s'avérerait que l'hémorragie soit donc la conséquence d'un environnement inadéquat. […] Dans les salles de naissances, il semble raisonnable d'injecter systématiquement dès la naissance une ocytocine synthétique pour compenser les méfaits d'un environnement inapproprié. » (Pireyn-Piette, 2005 : 65).

C'est ce que soulignent également plusieurs études citées dans le rapport du Ciane, (Collectif inter-associatif autour de la naissance), « Assurance responsabilité civile professionnelle pour les sages-femmes pratiquant les accouchements à domicile en activité libérale » (Ciane, 2013).

> « Les hémorragies sont la première cause de mortalité maternelle en France, avec 116 décès entre 2001 et 2006. Selon le rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) de 2010, sur les 68 cas expertisés, 42 font suite à un accouchement par césarienne ou extraction instrumentale, qui ne concerne pas le domicile ; et parmi les grossesses à bas risque, 2 n'avaient pas été suivies et 9 ont été déclenchées sans indication précise. Ces derniers accouchements ne concernent pas non plus les accouchements à domicile avec une sage-femme. Une étude publiée par l'INSERM postérieurement au rapport CNEMM 2010 met en évidence que l'injection d'ocytocine pendant le travail, pratiquée dans les 2/3 des accouchements, est un facteur de risque indépendant d'hémorragies graves du post-partum avec une augmentation de 2 à 6 des risques. L'administration d'ocytocine pendant le travail n'étant à notre connaissance pas pratiquée à domicile, le risque d'hémorragies graves attendues lors d'accouchements à domicile est moindre que celui observé en milieu hospitalier. Par ailleurs, une grande étude britannique publiée en 2012 étudie le risque d'hémorragie post-partum entre des accouchements prévus à l'hôpital et des accouchements prévus à domicile, excluant tous les accouchements à risque (accouchement inopiné, avant terme, par césarienne, par déclenchement). Le risque d'hémorragie de plus d'un litre de sang est multiplié par 2,5 lorsque l'accouchement est prévu à l'hôpital. » (Ciane, 2013 : 11).

À noter également que les critères de prise en charge des grossesses à bas risque ne sont pas les mêmes selon les pays. Le cas des femmes présentant un utérus cicatriciel par exemple, n'est pas toujours retenu.

De plus, à la lecture de ces études, on note une satisfaction plus grande chez les femmes dans le cas des accouchements à domicile, même lorsqu'il y a eu transfert, mais également une réduction du nombre d'interventions médicales, un bénéfice sur la morbidité maternelle et ce pour un taux de mortalité et morbidité néonatal équivalent.

En ce qui concerne la question de l'assurance pour les sages-femmes libérales pratiquant les accouchements, le document rédigé par le Ciane et co-signé par l'ANSFL, l'UNSSF, l'ONSSF, le CNSF et le collectif « naître chez soi » à destination des assureurs en responsabilité civile médicale et du bureau central des tarification (BTC), souligne les différences majeures qui caractérisent les pratiques hospitalières et libérales en matière d'accouchement, et en fonction desquelles les risques assurantiels ne peuvent être assimilés. En effet, « [le bureau a considéré que ces sages-femmes encouraient] une responsabilité équivalente à celle d'un gynécologue obstétricien et que le risque ne pouvait être jugé moins élevé. Il a donc fixé une tarification similaire à celle des praticiens » (Rapport 2009 du BTC, in Ciane, 2013 : 2). Or, les études ont montré un « risque assurantiel moindre » pour ce qui est des accouchements à domicile. Clairement, les risques liés aux grossesses pathologiques, au déclenchement, à la césarienne, aux extractions instrumentales, à la prématurité, à l'analgésie péridurale, ne concernent en rien la pratique de l'accouchement à domicile. De plus, certains risques, au premier abord, partagés par les deux modes de prise en charge ne le sont pas, selon de récentes études, de façon équitable. Le risque d'embolie amniotique par exemple, « deuxième cause obstétricale directe de mortalité maternelle » (Ciane, 2013 : 9), est augmenté par la pratique du déclenchement (*Amniotic fluid embolism incidence, risk factors and outcomes : a review and recommendations*, Knight M. *et al*., BMC Prenancy Childbirth, 2012), « pratique ne concernant pas l'accouchement à domicile ». De même pour le risque de procidence du cordon[63], qui engage le pronostic vital de l'enfant, pour lequel un transfert dû à un accouchement à domicile pourrait accroître les difficultés ; les auteurs précisent :

> « Cependant, on note qu'une majorité des procidence du cordon surviennent dans les cas que l'on ne rencontre pas à domicile. Par exemple, dans une étude rétrospective sur 57 procidence du cordon, 42 % ont eu lieu suite à une rupture artificielle des membranes (acte courant en maternité mais non à domicile) et 12 % pour des grossesses gémellaires (non prises en charge à domicile). » (Ciane, 2013 : 10).

Sont également cités, les « risques iatrogènes liés aux procédures médicales justifiées par les contraintes d'organisation », inexistants lors d'un accouchement à domicile, comme « le déclenchement ou l'accélération du travail par ocytocine ».

[63] La procidence du cordon correspond à la descente du cordon ombilical avant le fœtus lors de l'accouchement. Une procidence du cordon peut se manifester par l'apparition à la vulve d'une anse du cordon ombilical. Elle risque de provoquer une compression du cordon entre les parois osseuses du bassin et le fœtus, arrêtant la circulation du sang et privant le fœtus d'oxygène.
(Cf. http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/procidence_du_cordon/15533)

Les auteurs concluent que, « on relève un risque accru en établissement hospitalier lié à des actes justifiés par des contraintes organisationnelles sans indications médicales. » (Ciane, 2013 : 13).

Internet s'avère également être un lieu d'échanges et d'expression où s'illustrent une critique et un questionnement grandissants à propos de l'offre de soin en général et des pratiques hospitalières en particulier.
Par ces biais les femmes qui le souhaitent accèdent à une information riche (bien que pouvant être rendue confuse par la multitude des discours) et une connaissance leur permettant d'argumenter en faveur de leur droits. En conséquence, les modalités de communication entre les praticiens et les patientes s'en trouvent modifiés.

7- L'enjeu majeur de la communication.

Dans le contexte de la naissance, les questions de communication entre médecins et patients, en l'occurrence entre les gynécologues, les sages-femmes, les pédiatres et les mères, ont des répercussions évidentes entre les mères et l'enfant qu'elles portent, mais également dans le couple, pilier de la famille nucléaire. Les recherches anthropologiques menées au plus près des familles (Tillard, Robin, 2010) révèlent la place de l'univers familial dans le vécu de la prise en charge médicale, et les divergences entre l'attitude en présence du praticien et les pratiques dans l'univers domestique. De même Jean Benoist, constate au sujet de la pédiatrie, que :

> « La communication entre les mères et les pédiatres est souvent distordue par la présence dans l'esprit de chacun de ce qui lui semble des évidences, et qui n'en sont pas pour l'autre. Le pédiatre a souvent beaucoup de mal à percevoir les conceptions qui orientent l'interprétation que l'on donne à ses propos, et plus encore ce qui détermine chez les mères le choix entre le dit et le non-dit, le territoire qu'elles reconnaissent comme celui du médecin et un autre où elles ne l'invitent pas à venir. » (Benoist, 1998 : 10).

Patricia Hudelson dans l'article « Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ? » (Hudelson, 2002 : 35), note les éléments qui, dans la consultation médicale peuvent être influencés par les « cultures » respectives du médecin et du patient : les styles de

communication (verbale et non verbale) ; les perceptions de causes, de mécanismes, de la gravité, des conséquences de la maladie et des traitements adéquats ; la signification et l'importance données à la maladie ; les attentes à l'égard des services et des professionnels de santé ; les attentes à l'égard de la relation patient-soignant (type de communication, prise de décision, secret professionnel…).

Ainsi apparaît le rôle que peut avoir l'anthropologie de la santé sur le travail d'accompagnement des patients par les professionnels de la santé. En permettant une meilleure connaissance et une meilleure compréhension de l'autre, en l'occurrence du patient, la communication, essentielle dans la relation médecin-patient, ne peut être qu'améliorée.

Au regard de l'analyse historique de l'évolution de la médecine, il semble que le savoir d'autorité détenu par les professionnels de la santé se modifie. Ainsi le discours médiatique sur la médecine, la littérature scientifique accessible au public, les réseaux d'échanges, prennent le relais et construisent en partie le discours sur la santé.

S'appuyant sur ces nouveaux savoirs, les patients sont plus enclins à communiquer avec les soignants à propos des pratiques qui sont les leurs. Le besoin d'établir une relation de confiance et d'échanges avec les professionnels de santé est renforcé en vue d'une meilleure compréhension de ces pratiques. Ici, l'analyse linguistique des interactions patient-médecin trouve sa place.

> « Étant donné le rôle crucial que joue la dimension langagière et interactionnelle dans les pratiques médicales, les caractéristiques de l'échange entre le médecin et le patient constituent un point d'entrée essentiel pour l'observation des disparités dans la relation de soins du côté du prescripteur comme du patient. » (P. Vergely, A. Condamines, C. Fabre, A. Joselin-Leray, J. Rebeyrolle, L. Tanguy, 2010).

Cependant, Jean Benoist, par son travail sur la pédiatrie observe que :

> « La grande proximité des mères françaises avec les connaissances scientifiques […] ne les empêche pas d'avoir leurs conceptions personnelles, basées sur la combinaison d'éléments hérités du savoir de leurs mères et grands-mères, des livres de puériculture et de leur expérience propre. Par certains aspects, la perception des mères françaises pourrait être plus proche des perceptions populaires thaï ou burkinabé que du savoir médical des pédiatres. » (Benoist, 1998 : 10).

L'attention des femmes envers la progression des savoirs scientifiques est allée de pair avec l'intérêt de la biomédecine pour le suivi des grossesses et de l'accouchement. Les pratiques des

femmes s'appuient à la fois sur des savoirs transmis de façon intergénérationnelle, sur des données plus ou moins récentes issues de la littérature en général, des ouvrages de puériculture en particulier (Delaisi de Parseval et Lallemand, 2001), et bien souvent sur un « bricolage » basé sur l'expérience personnelle, la transmission entre pairs. Il existe donc des décalages, parfois temporels, parfois culturels, entre les habitudes des équipes hospitalières et celles des patientes (Tillard, 2002).

Suivant les époques, les femmes ont investi différemment leurs grossesses et leurs accouchements, entre espoir et crainte et ce en fonction du contexte démographique et social (Berthiaud, 2009). Le profil des femmes qui les ont accompagnées a également connu de grandes mutations. Les matrones ont laissé la place aux sages-femmes instruites et de plus en plus qualifiées en obstétrique (Sage-Pranchère, 2007), et dont le rôle s'est inscrit entre l'accompagnement et l'acte médical.
La présente étude se concentre alors sur les compétences des sages-femmes d'aujourd'hui et sur l'accompagnement qu'elles sont en mesure d'offrir à leurs patientes.

Chapitre 2 : Problématique et hypothèse.

I/ Questions de recherche et problématique.

Après avoir exposé l'intérêt porté ici aux questions de santé entourant la naissance, le cadre théorique, le contexte historique et social de la profession de sage-femme, ainsi que les modalités d'accompagnement de la naissance, il apparaît nécessaire d'en dégager les principaux questionnements et de présenter les outils méthodologiques adoptés en vue de répondre aux hypothèses posées ci-après.

1- L'Accouchement et l'accompagnement à la parentalité au cœur de la problématique.

Se mettre dans la peau de ses enquêtés n'est pas chose aisée. Cela dit, il arrive que les expériences décrites soient également (en tout ou en partie) partagées par l'anthropologue, faisant ainsi du chercheur, un acteur de sa recherche et de l'enquêté, « un interlocuteur participant directement à la construction du sens de la recherche[64] ». Tel est le cas dans cette étude en ce qui concerne l'expérience de l'accouchement et a fortiori de l'accompagnement de la naissance et de la parentalité.

[64] Cf. « Penser avec ses enquêtés : réflexions sur les pratiques de recherches engagées », par Sophie Agulhon, article publié le 20 novembre 2014, sur le site « Les aspects concrets de la thèse ». https://act.hypotheses.org/4273#more-4273

Afin d'expliciter les questions de départ et les premières rencontres qui ont forgé cette étude ainsi que le cheminement vers sa problématique, je me dois de faire la lumière sur cette « part d'ombre » (Pouchelle, 2014) de la recherche qu'est mon parcours personnel.
J'ai fait la découverte de ce que l'on appelle le suivi global de la maternité lors de ma première grossesse. Les échanges avec ma sage-femme m'ont permis à l'époque de maîtriser mes inquiétudes concernant l'accouchement, assez pour confirmer mon choix d'un accouchement sans analgésie et d'en comprendre les fondements. Un accouchement rapide et sans aucune forme de complications a alors marqué mon entrée dans la maternité et ma reconnaissance envers la profession telle que l'exerçait ma sage-femme. De surcroît, les récits d'anciennes patientes, faisaient grandir en moi l'envie d'approcher de plus près ce qui se jouait dans cette relation femme / sage-femme, qui pour cette professionnelle était « normale », « au cœur de son métier » et qui pourtant semblait si peu fréquent.
Trois ans plus tard, pour ma seconde grossesse, j'avais alors déménagé et il m'était impossible de bénéficier à nouveau de cet accompagnement. Forte de cette expérience, j'optais donc pour un suivi plus « classique », déterminée à revivre malgré tout cette naissance aussi simplement que la première fois. Elle le fut encore davantage.

À cette période j'étais déjà amenée à entendre, dans le cadre de mes recherches de Master II, de nombreux récits d'accouchements, souvent plus douloureux et qui malgré moi me plaçaient dans la case des « femmes qui accouchent facilement ».
Était-ce le cas ou avais-je eu la chance d'avoir bénéficié d'un accompagnement pour mon premier accouchement qui m'avait préparée à vivre la (les) naissance(s) de cette façon ?

C'est donc en interrogeant ma propre histoire, le vécu de mes accouchements, que j'ai construit mes premières grilles d'entretiens, que l'on nomme communément « exploratoires », pour les mères que j'allais rencontrer.
Quelle idée de la naissance et de l'accouchement avaient-elles avant de vivre cette expérience pour la première fois ? Quelles étaient leurs craintes, leurs attentes ? Comment avaient-elles choisi leurs suivis de grossesses ? Leurs lieux d'accouchement ? Comment avaient-elles préparé et vécu ces naissances ?

C'est en s'appuyant sur ces premiers témoignages que j'ai tenté de retracer et de questionner le parcours d'une future mère.

À l'annonce d'une première grossesse, émergent ou s'affirment de nombreuses interrogations, notamment sur le « devenir parent », le déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Une fois la nouvelle annoncée, vont souvent s'ajouter aux pensées intimes, les discours extérieurs. Les témoignages et avis des proches, de la famille, des amis, viendront confirmer ou infirmer les convictions personnelles, les opinions forgées par l'expérience et/ou les lectures. Viendra alors le temps de se prononcer sur les modalités du suivi de la grossesse puis sur le lieu choisi pour l'accouchement. Les réponses à ces questions se forgeront, en fonction de chaque femme de manière plus ou moins complexe, plus ou moins rectiligne. Accoucher au plus proche de son lieu de vie est généralement favorisé[65]. Oui, mais où ? Avec qui ? Comment ?

Pour certaines femmes, un accouchement se déroule « automatiquement » à la maternité, accompagné d'une équipe médicale, avec les moyens techniques modernes destinés à assurer la sécurité de la mère et de l'enfant. Pour ces femmes, la question de l'offre de soins ne se posera pas ou peu, puisqu'il existe en France près de 600 maternités dans lesquelles sont présentes plus de 13 000 sages-femmes[66] (données concernant l'année 2011). Parmi elles, celles qui souhaiteront affiner leur orientation en fonction du niveau de l'établissement, afin d'éviter la complexité organisationnelle d'une grande maternité et être rassurées par l'aspect plus humain d'une petite structure se confronteront à une réduction des possibilités. En effet, ces quarante dernières années, deux tiers des maternités en France ont disparu[67], réduisant ainsi considérablement le choix dans certaines régions.

Pour d'autres, une réflexion s'impose concernant les conditions de leur accouchement. Ces futures mères s'interpellent sur les bien-fondés de l'hospitalisation et de la médicalisation. D'un point de vue théorique, elles trouveront de quoi approfondir leurs considérations, grâce à une littérature, qui, sous l'impulsion de spécialistes tels que Michel Odent, Bernard This, Frédérick Leboyer ou encore Ina May Gasquin[68], dans les années 1970, ne cesse de s'accroître sur les thèmes de « la naissance sans violence », de « l'accouchement naturel ». D'un point de vue pratique en revanche, les possibilités de mettre en application ces connaissances et leur

[65] Philippe Charrier, « Diversification des lieux de naissance en France : le cas des Maisons de naissance », in *Recherches familiales*, 2015/1 (n° 12), p. 71-83. DOI 10.3917/rf.012.0071 relève les choix sélectifs des femmes concernant les maternités où elles souhaitent accoucher mais rappelle également leur choix pour un déplacement peu conséquent, citant ici les travaux de Lionel Doisneau, *Une femme accouche en moyenne à 14 kilomètres de son domicile*, Insee Première, n° 903, 2003.

[66] « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », in *Études et résultats*, n° 791, Drees, mars 2012.

[67] Cf. Rapport d'information, fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux maternités, par M. Jean-Marie Vanlerenberghe, Sénateur, Session ordinaire n° 243, 21 janvier 2015.

[68] Cf. Odent M., (1976, 2001, 2004) ; This B., (1972, 1977) ; Leboyer F., (1974), Gasquin I.-M., (2012).

éventuel projet de naissance s'avéreront extrêmement réduites. En effet, à ce jour[69], la seule alternative possible à un accouchement en structure, soumis à des protocoles médicaux contraignants, réside dans l'accompagnement global de la grossesse et de l'accouchement par une sage-femme libérale. Or, sur près de 23 000 sages-femmes françaises, seules une soixantaine proposent ce type de suivi, pour plus de 820 000 naissances par an que compte notre pays. De plus, toutes les femmes souhaitant accoucher « autrement », ne se projettent pas dans un accouchement à domicile. L'étau se resserre alors d'autant plus pour ces dernières sachant que seules une vingtaine de sages-femmes sont en mesure d'accompagner leurs patientes à proximité d'un plateau technique médicalisé en cas de besoin.
Au vu de cette configuration de l'offre de soin, le principe du libre choix du praticien semble remis en question en ce qui concerne l'accompagnement de l'accouchement. De même, la question se pose quant aux conséquences d'une telle uniformisation sur le parcours de soins et sur le vécu des futures mères.

Comme réponse à mon interrogation lointaine, à savoir si effectivement j'appartiendrais à une catégorie de femmes qui « accouchent facilement » ou si mon vécu est intrinsèquement lié à mon parcours de soins, j'ai opté pour la seconde.
Car mon terrain est double. Je me suis intéressée ici aux femmes, aux possibilités qui leurs sont offertes et à la manière dont elles ont investi et vécu leurs accouchements. Leurs parcours sont multiples et leurs regards sur la naissance sont ancrés dans la singularité de leur(s) histoire(s). Cependant je ne peux ignorer, d'une part la distinction que les femmes elles-mêmes expriment entre leurs expériences d'accouchements en structure et celles vécues accompagnées globalement, et d'autre part l'écho que ces témoignages font à mon propre vécu.
Directement impliqué(e)s dans ces récits de naissances, les sages-femmes représentent l'autre facette, primordiale, de ce terrain de recherche. Ces dernières reconnaissent les facteurs biologiques et physiologiques interagissant sur la parturition. « Les femmes ne sont pas égales face à la douleur », « il y a effectivement des femmes qui accouchent très rapidement et d'autres pour qui ça sera beaucoup plus difficile ». Elles partagent également toutes la conviction « qu'il n'y a pas deux accouchements pareils », que « beaucoup de paramètres entrent en jeu » ; le vécu de la grossesse, la préparation physique et psychologique de la mère, ses antécédents, sa condition physique et sociale, son environnement ainsi que les facteurs

[69] L'expérimentation des Maisons de naissance en France, depuis longtemps discutée, est entrée en vigueur depuis juillet 2015.

directement lié à l'enfant (tels que la position fœtale) ou au déroulement du travail (rupture spontanée des membranes, ralentissement ou accélération du travail...).
Cependant, de par leurs expériences professionnelles, elles attestent de l'évolution des conceptions et des attitudes des femmes concernant la parturition, parallèle à celle de sa prise en charge par le système de santé mais également des conséquences directes du suivi, de l'accompagnement et de la préparation sur le déroulement physiologique de l'accouchement.

Aujourd'hui plus que jamais, l'équilibre social et psychologique de la mère préoccupe les institutions et les professionnels de santé œuvrant à la prévention des troubles concernant la relation mère-enfant et le développement de ce dernier.
L'idée de préparer et d'accompagner les femmes dans cet événement s'est concrétisée dans les années 1970 avec les premiers cours de préparation à l'accouchement remboursés par la Sécurité sociale. Par la suite, l'évolution des pratiques obstétricales a nécessité une adaptation et une reformulation des objectifs et des outils de la préparation.

> « Historiquement, la préparation à la naissance était centrée sur la prise en charge de la douleur. Elle s'oriente actuellement vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance[70] ».

Autrement dit, la préparation autrefois fondée sur la psychoprophylaxie obstétricale en vue d'aider les femmes, par la compréhension notamment du processus de l'accouchement, à gérer les douleurs de l'enfantement, est devenue la PNP, la Préparation à la Naissance et à la Parentalité, recentrée sur l'accueil du nouveau-né et le « devenir parents ».

La Haute Autorité de Santé recommande :

> « Une approche plus humaniste de la naissance qui favorise la participation active de la femme et du couple dans leur projet de naissance. Cette approche prend en compte les désirs, les émotions, les perceptions de chaque femme ainsi que son contexte de vie et son environnement. Elle contribue à renforcer l'estime de soi, le sens critique, la capacité de prise de décision et la capacité d'action de la femme ou du couple[71]. »

[70] *Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)*, HAS, novembre 2005, p. 6.
[71] *Ibid.*

Concrètement, les outils identifiés sont : la personnalisation de l'accompagnement, une continuité de la démarche de soins, le travail en réseau des professionnels de santé, le repérage précoce d'éventuelles difficultés psycho-sociales et l'implication de la femme ou du couple dans un projet de naissance[72]. L'objectif de cette préparation est donc « le développement de compétences parentales et personnelles, nécessaires pour agir en vue d'accueillir et prendre soin de son enfant ».

La réflexion menée autour du « projet de naissance » est ainsi abordée en tant que support au bon déroulement des événements en vue d'améliorer la satisfaction maternelle et la relation mère-enfant, fondement du développement de ce dernier.

Selon les termes de l'HAS, le projet de naissance se définit comme tel :

> « Le projet de naissance est la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale. Il inclut l'organisation des soins avec le suivi médical et la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce à domicile, le recours en cas de difficultés. » (HAS, 2005 : 6).

Du côté des usagères, le projet de naissance et les cours de préparation correspondent respectivement à la possibilité d'exprimer leurs souhaits en ce qui concerne la prise en charge de l'accouchement par l'équipe hospitalière et à des séances à même de leur apporter les moyens d'appréhender et de maîtriser le déroulement du jour J.

Les mémoires de fin d'études de sage-femme d'Angélique Azizoudine Kinney [73] sur « L'évaluation qualitative de la préparation à la naissance et à la parentalité » et de Lucile Barraud[74] porté sur la satisfaction des patientes ayant rédigé un projet de naissance, apportent des précisions quant à la nature de ces attentes. Elles sont avant tout d'ordre technique et pratique et traduisent une connaissance des gestes pratiqués en milieu hospitalier.

Pour les patientes, se « préparer à la naissance » de leur enfant, c'est rechercher une « réassurance psychologique », une « diminution de l'anxiété » et des « stratégies de

[72] *Ibid.* p. 5-6.

[73] *Ibid.*

[74] Barraud L., 2013, *Enquête de satisfaction auprès des patientes ayant rédigé un projet de naissance*, mémoire de fin d'études de sage-femme, École de sages-femmes de Clermont-Ferrand.

management de la douleur[75]. » Quant à celles qui font la démarche de joindre à leur dossier médical un projet de naissance, chaque étape de l'accouchement est soigneusement détaillée.
Pour la prise en charge du pré-travail, les demandes des femmes rédigeant un projet de naissance concernent principalement, l'assurance de pouvoir se mouvoir, notamment par l'absence d'un monitoring continu et de perfusion, le refus d'une analgésie et les moyens matériels et humains de faire face à la douleur « naturellement », le refus du déclenchement et de substances médicamenteuses non justifiées. Les « souhaits pour l'accouchement » se concentrent, par ordre d'importance, sur le clampage tardif du cordon ombilical, la présence du père, le refus de l'épisiotomie, le choix de la position, le refus de la délivrance dirigée et le refus de l'expression abdominale[76]. Des réclamations spécifiques à l'environnement, aux soins du post-partum et du nouveau-né sont également fréquentes, comme par exemple, « l'explication et le consentement avant chaque acte », le refus de la présence d'étudiants, l'attente de la première mise au sein avant les soins, le refus du bain, de l'aspiration, des collyres et vitamines donnés au nourrisson ou encore le refus des biberons de compléments et les demandes de sorties précoces.
Une dichotomie se révèle ainsi entre la vision transmise dans les textes définissant la préparation à la naissance et à la parentalité, décentrée sur l'accueil du nouveau-né dans sa famille, et les préoccupations de certaines parturientes, qui quelquefois usent de leur droit à discuter d'un « projet de naissance », focalisées sur l'accouchement comme épreuve ultime de leur maternité.

Historiquement, les sages-femmes incarnent la naissance, elles en sont les spécialistes. Leur profession se définit autour de la surveillance et de l'accompagnement des grossesses et accouchements physiologiques.
Quelle place ont-elles aujourd'hui dans la naissance ? Auprès des femmes en couches ? Comment se définit leur rôle dans l'accompagnement de l'accouchement et de la parentalité ?

Rares sont les femmes qui, dans le cadre d'une grossesse normale, choisissent leur sage-femme au même titre qu'elles choisissent leur médecin traitant pour les soigner (et auquel elles

[75] Azizoudine Kinney A., *Évaluation qualitative de la préparation à la naissance et à la parentalité : le point de vue des patientes. De l'accouchement sans douleur à la préparation à la naissance et à la parentalité*, 2011, Université Paris-Descartes, École de sages-femmes de Baudelocque, p. 45.

[76] Barraud L., 2013, *Enquête de satisfaction auprès des patientes ayant rédigé un projet de naissance*, *op. cit.* p. 17.

accordent leur confiance pour les diriger vers un spécialiste ou un hôpital en cas de pathologie dépassant sa compétence).
Les obstacles principalement identifiés sont : les modifications majeures de l'offre de soins par la fermeture des petites maternités, le salariat massif des sages-femmes, et la concentration de l'activité des structures sur l'accouchement déléguant le suivi des grossesses et la préparation aux sages-femmes libérales.
Malgré ces circonstances, des femmes et des sages-femmes se retrouvent dans leurs aspirations d'un suivi global de la maternité. Leurs expériences attestent des possibilités d'une alternative à l'accompagnement standard. Leurs récits révèlent également les difficultés dues à la marginalisation de leurs choix et de leurs pratiques, influant directement sur les conditions de travail de ces professionnelles et le vécu de la naissance par leurs patientes, tels que les problèmes de communication avec les autres praticiens rencontrés au cours de leur parcours de soins.

Les données recueillies à propos des sages-femmes, sur leurs rôles auprès des femmes, leurs pratiques, semblaient pouvoir constituer dans un premier temps un corpus suffisant pour répondre aux interrogations de cette recherche. Néanmoins la relation soignant-soigné implique un investissement de la part du patient. De même, la configuration de l'offre de soins périnatale semble dépendre autant des choix professionnels des praticiens que de ceux des femmes concernant leur accompagnement.

La problématique de cette recherche doctorale est donc d'explorer, à travers des témoignages de sages-femmes et des récits d'accouchements, la façon dont les conditions actuelles de médicalisation de la naissance peuvent interférer avec les compétences des sages-femmes pour l'accompagnement physiologique de l'accouchement et l'expérience de la naissance telle que souhaitent la vivre certaines femmes.

2- Du choix du suivi au besoin d'être accompagné.

> « Le propre de la recherche qualitative est d'être souple et de découvrir-construire ses objets au fur et à mesure que la recherche progresse. » (Pires, 1997 : 7).

Partis du constat du caractère particulièrement restreint de l'offre de soins en France concernant les conditions d'accouchement, mes premiers questionnements se sont donc portés sur les différents types d'accompagnement proposés et sur le choix minoritaire des femmes pour un suivi global de la maternité.

L'accouchement en structure, de façon plus ou moins médicalisée, a connu une nette progression en France depuis les années 1930, pour devenir la norme dans les années 1960. Il semble depuis répondre aux attentes et au choix d'une majorité de femmes puisque près de 99 % d'entre elles choisissent d'y accoucher.

Toutefois, on peut constater que beaucoup de femmes demeurent mal informées, voire ignorent complètement qu'il existe une alternative à l'accouchement en structure. De plus, de nombreuses femmes accouchent en structure parce qu'aucune sage-femme ne pratique l'accompagnement global dans leur région. De leur côté, les sages-femmes libérales, peu nombreuses à proposer un tel suivi, ne peuvent répondre à toutes les demandes. Enfin, bien que l'étude menée par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) en 2006, ait affirmé un taux de satisfaction des patientes en milieu hospitalier de 95 %, les études quantitatives réalisées plus récemment en 2012 par le CIANE (Collectif inter-associatif autour de la naissance) relèvent que plus de 40 % des parturientes ont jugé leurs souhaits concernant leur prise en charge non respectés et que 84 % d'entre elles estiment ne pas avoir bénéficié d'un soutien nécessaire lors de leur accouchement[77]. À noter également qu'aux revendications des usagers des maternités s'ajoutent celles des professionnels de santé y travaillant, particulièrement les sages-femmes, concernant leurs conditions de travail.

Par la suite, les rencontres avec des femmes, des mères, ont permis de mettre en évidence le fait qu' au-delà de la prise en charge purement médicale (que la plupart jugent indispensable au bon suivi de leurs grossesses et à la détection d'éventuelles pathologies), ces dernières étaient en recherche d'un autre type d'accompagnement.

Les femmes ont clairement exprimé le désir d'une présence, d'un accompagnement particulier pendant leur grossesse, une proximité, une confiance, plus proche d'une relation amicale, une personne à qui se confier, qu'un contact purement médical soignant-soigné. Certaines femmes sont en demande d'une communication d'égale à égale, de femme à femme, qui ne trouvant pas

[77] Cf., *Souhaits des femmes et vécu de l'accouchement*, étude réalisée à partir de l'enquête du CIANE, 2012.

toujours d'écho dans le lien avec le ou les professionnels de santé qui suivent leur grossesse, se profile parfois au travers de la doula.

Ayant également, à plusieurs reprises, évoqué la présence de ces « accompagnantes à la naissance » avec des sages-femmes, j'ai donc souhaité en rencontrer ainsi que des femmes ayant fait le choix de cet accompagnement particulier en parallèle de leur suivi par une sage-femme.

Ces entretiens, pour lesquels je craignais un éloignement de ma problématique de départ, ont au contraire enrichi ma réflexion et mes données de terrain. Bien qu'elles soient peu nombreuses en France[78], les doulas, par leur présence, répondent à une demande des femmes pour un autre type d'accompagnement et révèlent ainsi des failles, des manques, dans l'offre de soins proposée actuellement (et/ou une modification des comportements des femmes). Le long entretien avec Géraldine, mère de quatre enfants ayant toujours refusé les suivis gynécologiques de ses grossesses, décrit dans l'analyse des données de terrain, par sa singularité, n'a fait que confirmer ce questionnement sur le besoin pour certaines femmes d'un accompagnement plus adapté.

[78] L'association Doulas de France répertorie une soixantaine de doulas, membres de l'association.

II/ Hypothèse de l'étude : La « contingence[79] » des événements et des contraintes.

1- Identifier la nature des facteurs décisionnels.

Comme en témoigne la littérature anthropologique consacrée à la naissance, chaque société s'est adaptée à son environnement, à son histoire, pour développer des pratiques d'accompagnement de la naissance propres à sa culture. L'encadrement de la grossesse, le soutien de la femme en travail, la protection de la mère et du nouveau-né lors des suites de couches constituent un socle commun, dans lequel s'observent de nombreuses similitudes, comme le soulignent les études sur les savoirs et les pratiques des matrones.
L'évolution de la prise en charge de la parturition, particulièrement en Occident, est étroitement liée à l'histoire de la médecine, à la multiplication des professions de santé portant leurs intérêts sur l'enfantement et la petite enfance. La prise de conscience des femmes, sur la nécessité de freiner l'hyper-médicalisation de la naissance en France, a été précédée par des mouvements américains, nord-américains et anglo-saxons.

Les phénomènes de standardisation de la prise en charge périnatale et de prédominance du paradigme biomédical dans l'accompagnement de la maternité peuvent être identifiés comme les éléments déterminant l'offre de soins actuellement de mise en France. Les conséquences les plus visibles en sont une forme d'exclusion d'une partie de la population ne trouvant pas sa place dans ce système de soins ainsi qu'un désaccord d'une part des sages-femmes quant à leurs conditions de travail.

La compréhension de cette normalisation apparente des conditions de la naissance passe par l'approche qualitative des pratiques et des entendements et par l'identification des différents éléments pouvant orienter les décisions individuelles et / ou collectives et par là structurer la configuration de l'offre de soins.

[79] Cf., Becker H. S., 2002, *Les ficelles du métier*, éditions La découverte et Syros, Paris. Dans cet ouvrage, Howard S. Becker emprunte la notion de « contingence » à Everett C. Hughes pour évoquer la succession déterminante d'événements ou de contraintes qui peut constituer l'histoire d'un phénomène ou amener à un état de fait.

Aller à la rencontre des professionnels de santé, qu'ils soient médecins ou sages-femmes, échanger sur leurs pratiques, leur engagement auprès des femmes, la sincérité de leur investissement dans une démarche de soins et d'accompagnement malgré des conditions de travail difficiles, permet de ne pas s'engager de façon hâtive dans la construction d'hypothèses déterministes. Autrement dit, la démarche d'identification de la nature des contraintes qui conditionnent les choix et les pratiques des différents acteurs, pourrait amener à une vision, comme le suggère H. S. Becker, de « la société » ou en l'occurrence du système de santé, comme une « machine », dans laquelle les choix ne seraient déterminés que par « des forces en action[80] », extérieures aux individus. Au contraire, la notion de « coïncidences », signifiant « que les choses ne sont ni parfaitement aléatoires ni absolument déterminées[81] », sera ici privilégiée.

Cependant, admettre « que les choses ne sont que des gens qui agissent ensemble[82] », ne signifie pas nier les interdépendances, les liens de causalité, d'influences, dans la construction d'un phénomène.

La catégorisation des facteurs et des théories qui en découlent, proposée par Hervé Stecq[83], comprend plusieurs éléments applicables au contexte de cette recherche.

On peut en effet distinguer clairement trois types de facteurs : structurels, individuels et interactionnels.

Les facteurs structurels peuvent être sous-divisés en facteurs fonctionnels, dont dépendent les théories du consensus, du lien social ou encore de l'adaptation, et en facteurs culturels, parmi lesquels peut être retenue ici la théorie du sentiment d'appartenance. Lorsque l'on prend en considération la prééminence accordée à la prise en charge médicalisée de l'accouchement, l'idée d'une adaptation ou d'un consensus autour d'une conception biomédicale du risque et de la sécurité peut être interrogée. Le choix pour un accouchement en structure met-il en action une volonté d'adaptation ou un sentiment d'appartenance à une communauté partageant une conception commune de la grossesse et de l'accouchement comme potentiellement risqués ? Parallèlement on peut émettre l'hypothèse que la préférence pour le suivi global de la maternité est créatrice de lien social entre les mères, mais également entre professionnels par la reconnaissance de compétences et de pratiques communes.

[80] Becker, *op. cit*, p 73.
[81] *Ibid.*, p. 62.
[82] *Ibid.*, p. 90.
[83] Steck H., *Rédiger une problématique de recherche en sciences sociales*, Département des Sciences humaines, Université du Québec à Chicoutimi.

Les facteurs individuels peuvent se segmenter en facteurs émotionnels et rationnels ; incluant les émotions pour les uns, de frustration ou au contraire d'adhésion ; les choix pour les autres, rationnels ou encore stratégiques.

Les facteurs interactionnels, quant à eux, appellent pour Hervé Stecq, les théories « de proximité des acteurs », de « la localisation des acteurs » ou encore « du leader » et de « l'influence communicationnelle[84] ».

La revue littéraire des études sur la naissance et l'évolution de la prise en charge périnatale, présentée en amont, offre des données précieuses sur chacun de ces facteurs.

Ainsi les facteurs structurels (fonctionnels et culturels), identifiés dans les conditions de la mise au monde aujourd'hui en France, sont nettement liés à l'histoire de la profession de sage-femme et à l'évolution des pratiques médicales d'une part ; et liés à l'histoire des femmes et du féminisme d'autre part. On peut considérer en effet, que la prédominance de la technique obstétricale dans l'accompagnement du travail de l'accouchement, ainsi que celle du discours scientifique dans l'élaboration du concept de sécurité, relèvent tout autant d'un choix collectif des femmes que des choix des politiques et des professionnels de santé. De ce point de vue, l'adaptation des femmes aux conditions médicalisées de l'accouchement, en dehors de toute pathologie, semble être admise comme un consensus. L'absence de remise en question de ce système standardisé participerait alors, au sentiment d'appartenance à une « culture », celle de la modernité, de la rigueur (et donc de la sécurité) scientifique.

La question est donc posée ici, de la valeur des facteurs individuels sur les conditions d'accueil du nouveau-né et l'expérience maternelle de l'enfantement. Du point de vue des facteurs émotionnels, un sentiment de frustration ou de non-adhésion, tant de la part de femmes que de professionnels, engage une forme de marginalisation, comme le reflète la façon dont est considéré l'accouchement à domicile actuellement.

Les choix rationnels et stratégiques renvoient pour leur part à des décisions concernant leurs modalités de travail, par exemple pour les sages-femmes. De leur préférence pour le modèle hospitalier ou libéral découlent des pratiques d'accompagnement et des interactions différentes avec les autres professionnels et avec les patientes. De même, pour les femmes, les choix, rationnels ou inconscients, stratégiques ou émotifs, sur les conditions de leur accouchement, les placeront dans des réseaux d'opinions, de valorisation pour un mode d'accouchement ou pour un autre.

[84] Stecq H., *op. cit.*

Ces positionnements de la part des individus sont étroitement liés aux facteurs interactionnels de proximité des acteurs et aux influences communicationnelles. Autrement dit, dans le cas de l'accompagnement global par exemple, un intérêt moindre de la part des femmes peut réduire fortement la demande dans une région donnée, et donc restreindre l'engagement des sages-femmes libérales dans cette voie ; à l'inverse, la présence d'une sage-femme offrant ce type de suivi peut, par l'opération d'un réseau de communication entre les femmes d'une même localité, aboutir à une demande croissante.

Les travaux consultés informent sur l'intérêt envers la naissance de la part des mouvements féministes et donc du rapport des femmes d'aujourd'hui à la maternité et à la médicalisation, sur l'histoire des professions médicales ou des relations interprofessionnelles en milieu hospitalier. En revanche les liens de causalité éventuels entre ces différentes dimensions de l'anthropologie de la naissance, entre les différents facteurs décisionnels, ne sont que rarement évoqués.

En abordant les enjeux de la profession de sage-femme et la position des femmes face à la naissance médicalisée, la tentative est donc de les confronter et d'en dégager un sens dépassant celui donné par l'interprétation des faits et des discours.

L'hypothèse engagée au travers de cette recherche est donc la suivante :
Si la France est l'un des pays où la naissance est la plus médicalisée et l'offre de soins la plus réduite pour des résultats périnataux parmi les plus bas en Europe, c'est en raison d'un agencement complexe entre l'offre de soins (facteurs structurels), la prégnance du paradigme biomédical dans les conceptions des femmes et des professionnels concernant la naissance (facteurs individuels) et les conditions de communication entre les acteurs concernés (facteurs interactionnels).

Plus précisément, le travail de terrain présenté ici se fonde sur plusieurs postulats pouvant se résumer ainsi :

- Les relations interprofessionnelles entre les médecins et les sages-femmes sont le fruit d'une histoire complexe basée sur des rapports de pouvoirs.
- La reconnaissance des compétences des sages-femmes dans l'accompagnement physiologique de la naissance met en jeu des intérêts politiques, économiques et sociaux sur lesquels se base aujourd'hui le système de santé périnatal.

- L'engagement des sages-femmes envers leur modalité d'exercice détermine leur autonomie professionnelle et celle de leurs patientes.
- Les choix des femmes concernant leur suivi de grossesse et la prise en charge de leur accouchement sont à la fois culturellement conditionnés par l'offre de soins dominante et potentiellement vecteurs de changement ou d'immobilité pour les conditions de travail des sages-femmes.

2- Les répercussions des facteurs de standardisation sur les conceptions et les pratiques entourant la naissance.

Un des impacts de la médicalisation a été l'imposition en matière de périnatalité, d'un discours unique, celui du corps médical, au détriment des transmissions familiales intergénérationnelles. Cette rupture de la communication entre les femmes, entre les mères et les filles, n'a fait qu'accentuer l'isolement des jeunes mères. Cette solitude est en effet une des conséquences de l'évolution de nos sociétés, bien connue des professionnels de la santé et des travailleurs sociaux, et responsable de l'augmentation des difficultés psycho-sociales telles que les baby-blues, les dépressions post-partum et les difficultés relationnelles mère-enfant.
La question à laquelle restent attachés certains courants féministes, du droit des femmes à disposer de leur corps, perdure au travers des revendications de démédicalisation de la naissance.

Une autre conséquence du discours médical, alliée au développement des nouvelles techniques d'information et de communication, est la vulgarisation du discours scientifique. Plus accessibles qu'autrefois, les connaissances médicales et techniques deviennent un centre d'intérêt à part entière des futures mères. Le risque étant pour les professionnels, un questionnement grandissant des patientes quant à la prise en charge médicalisée qui leur est proposée.
Les choix des femmes concernant le suivi de la grossesse, les conditions d'accouchement ainsi que les modes de maternage varient en fonction de la médiatisation du discours médical, via la presse féminine, la littérature scientifique, les ouvrages et les sites internet destinés aux futures mères.

> « Les médias ont acquis une influence considérable. Les gens sont submergés d'infos. Cette saturation entraîne le sentiment d'avoir tout entendu et tout compris sur le sujet. Ce qui a transformé la demande en exigence, et qui rend difficile le décryptage du désir réel et personnel. […] Il y a tellement de propositions d'aides que je me demande si on n'arrive pas à un handicap pour l'autonomie. […] Il y a dans tous les domaines énormément de propositions qui précèdent les besoins et cette évolution handicape l'autonomie. » (Knibiehler, 2007 : 127).

Les femmes, les principales intéressées, ne sont pas à l'origine des changements, mais participent, en acceptant et en s'adaptant aux innovations scientifiques et techniques, à l'évolution rapide des pratiques médicales. Celles qui au contraire se positionnent à contre-courant, se confrontent alors au « pouvoir médical ».

Les femmes ont longtemps été les gardiennes de savoirs thérapeutiques spécifiques. Aujourd'hui, remarque l'historienne, « quand on est une femme, on n'échappe pas aux médecins, surtout quand on a des enfants. ». Ce à quoi elle ajoute,

> « Il ne faut pas laisser aux médecins le monopole du discours sur le corps et la santé des femmes. » (Knibiehler Y., in Dubesset M. et Thébaud F., 2005).

De plus, la médicalisation, synonyme de progrès, se veut et a fortiori se doit, d'être accessible à tous. Le souhait de bénéficier de tous ses avantages se mêle alors au désir profond de vivre l'événement de la naissance de façon singulière, simple et intime.

> « En somme, les femmes vivent des tensions paradoxales, elles veulent tout et le contraire : accoucher "naturellement", mais ne pas avoir mal. "On se plaint de trop de médicalisation", dit Fabienne, "mais les femmes ne sont pas prêtes à y renoncer. Celle qui arrive trop tard pour "sa" péridurale dira que tout s'est mal passé, même si elle a accouché vite et bien". Et Patricia : "elles ont beau être mieux surveillées, mieux informées, mieux accompagnées, elles sont beaucoup plus inquiètes, plus dépressives que n'étaient leur mères avant, pendant et après la naissance. Plus elles veulent être parfaites, avoir un enfant parfait, conformément au modèles des médias, plus elles doutent d'elles-mêmes, plus elles ont peur. C'est que l'hyper-médicalisation leur révèle toutes les complications possibles." » (Knibiehler, 2007 : 126).

L'accès à une offre de soins diversifiée, permettant aux femmes de choisir de façon autonome le parcours de soins qui leur correspond le mieux, pourrait-il permettre une application concrète des mesures d'accompagnement de la maternité et de la parentalité reconnues et envisagées par

les politiques de santé publique en faveur d'une réduction des risques psycho-sociaux et d'une bientraitance[85] maternelle et infantile ?

[85] Cf. *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux), juin 2008.

Chapitre 3 : Approche méthodologique et contexte de l'étude.

> « La fonction de la méthodologie n'est pas de dicter des règles absolues de savoir-faire, mais surtout d'aider l'analyste à réfléchir pour adapter le plus possible ses méthodes, les modalités de l'échantillonnage et la nature des données à l'objet de sa recherche en construction. » (Pires, 1997 : 9).

I/ Une position réflexive.

La construction de mon objet de recherche s'est fondée en premier lieu sur les nombreuses sources écrites – littérature (historique, anthropologique et médicale), littératures « grises » (mémoires de fin d'études de sage-femme, rapports) et autres lectures (articles de presse, écrits personnels de sages-femmes…) – liées de près ou de loin à ma question de départ. Toutes ces recherches ont permis la familiarisation avec le terrain en parallèle de mes rencontres avec des professionnels de santé, l'élaboration d'hypothèses exploratoires, une mise en perspective diachronique ainsi qu'un élargissement du contexte et des questionnements au fur et à mesure des rencontres.

Le concept d'itération, propre à l'enquête de terrain, correspond tout à fait à l'évolution du travail entrepris. Autrement dit, à l'idée d'un « aller-retour dialectique continu entre le plus local des détails et la plus globale des structures globales » qui caractérise selon C. Geertz, le mouvement intellectuel, le « rythme conceptuel interne » à toute analyse. (Geertz, 2012 : 99).

Plus précisément, l'enquête a progressé, d'une part « de façon non linéaire entre les informateurs et les informations », c'est-à-dire par « itération concrète » (Olivier de Sardan, 1995 : 13), et d'autre part par « itération abstraite » (*ibid.*), la production de données modifiant la problématique et vice versa.

> « Mais l'itération c'est aussi, en un sens plus abstrait, un va-et-vient entre problématique et données, interprétations et résultats. Chaque entretien, chaque observation, chaque interaction sont autant d'occasions de trouver de nouvelles pistes de recherche, de modifier des hypothèses, d'en élaborer de nouvelles. » (Olivier de Sardan, 1995 : 13).

Le choix des interlocuteurs par « arborescence », a permis, c'est ce que souligne justement Jean-Pierre Olivier de Sardan dans sa « politique du terrain », de révéler des réseaux réels dans le milieu étudié (Olivier de Sardan, 1995 : 13). Dans le « milieu sages-femmes », il est évident qu'il existe des réseaux de connaissances, de sages-femmes présentement ou anciennement syndiquées ou particulièrement actives dans le processus de reconnaissance de la profession, de même que chez les sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile en raison de leur petit nombre et du caractère militant de leur pratique. Cette configuration est apparue moins évidente en ce qui concerne les femmes, qui constituent une partie du corpus beaucoup plus hétérogène du point de vue des origines socioprofessionnelles et culturelles, bien que le facteur « accouchement à domicile » relie une partie de ces dernières tant d'un point de vue local, (réseau de femmes ayant accouché avec la même sage-femme) que d'un point de vue global (réseau internet de soutien à l'accouchement à domicile par exemple, qui recense nombre de témoignages).

La « prudence scientifique » (Olivier De Sardan, 95 : 17) voudra donc que les propos tenus par les membres de ces « réseaux » identifiés soient clairement attribués à qui de droit et les interprétations des interlocuteurs, distinguées de mes propres déductions. Ainsi sera prise en compte la subjectivité des propos retenus afin de ne pas « faire dire à l'enquête de terrain plus qu'elle ne peut donner » (Olivier De Sardan, 95 : 17).

De même une posture à la fois réflexive et objective permettra de ne pas nier ma propre subjectivité, ni de la surestimer.

Christian Ghasarian situe ainsi la place de la réflexivité dans la recherche qualitative :

> « Être réflexif est de toute évidence un impératif épistémologique et méthodologique consistant à être conscient des conditions de la production du savoir. C'est aussi un préalable au regard critique, intrinsèque à toute recherche. [...] Analyser les phénomènes sociaux est donc un exercice périlleux, qui est différent de parler de soi, même si cela est inévitable. Dans le même temps, être "partial" et "partiel", si cela est assumé, est une posture sans conteste plus intéressante que de prétendre être neutre et objectif. » (Ghasarian, 2007 : 9).

En effet, la compréhension de toute activité humaine, comme le rappelle également Didier de Robillard (Robillard, 2009 : 7), engage une inévitable interprétation des faits et des discours dans laquelle une attitude intuitive et une empathie renforcée par sa propre expérience, seraient un gage de qualité.

Quelle est ma position face à mon « terrain » ?

Je ne suis pas sage-femme. Toutefois, par mon vécu de mère de trois enfants, j'intègre la communauté des mères et suis par là témoin et co-actrice de mon terrain. Au-delà de l'expérience personnelle, c'est l'échange avec les femmes qui permet, face à un événement tel que la naissance d'un enfant, d'esquisser des profils, des « types » de vécus. Choix du lieu de naissance, critères de sécurité, de confort, acceptation ou incompréhension face au système de soins ; pour chaque questionnement, pour chaque attente, un site, un blog, un forum offrent une multitude de réponses, de témoignages, autant de données venant enrichir et préciser ces échanges.

Toutes les rencontres et discussions formelles ou informelles ont été consignées dans des carnets de terrain, complétés par la consultation de forums sur internet, l'observation critique d'émissions de télévision ou d'articles sur le sujet. Ces informations et observations viennent s'ajouter aux entretiens retranscrits dans leur intégralité pour former un ensemble de données le plus riche et représentatif possible.

Ainsi, une connaissance accrue du sujet, par la lecture, le recueil des données et les nombreux échanges ayant ponctué la recherche, a permis d'aiguiser mon regard critique sur les conditions offertes aux femmes pour mettre au monde leurs enfants ainsi que sur mon propre vécu.

Inévitablement, chaque récit d'accouchement, qu'il soit raconté par la femme l'ayant traversé ou par la sage-femme l'ayant accompagné, réveillait successivement en moi admiration, curiosité, colère ou indignation. Je reconnaissais au fil des témoignages, l'inquiétude que peut générer chez une femme l'idée d'accoucher en présence d'inconnus ou dans un environnement technicisé et le soulagement de se savoir comprise et en sécurité entre les mains d'une sage-femme expérimentée. Je reconnaissais également les pressions extérieures, l'influence des inquiétudes et des incompréhensions exprimées par les proches, qui s'exercent sur la future mère qui communique son choix d'un accouchement démédicalisé.

En effet, l'option d'un accompagnement global pour mon premier accouchement avait révélé dans mon entourage quelques angoisses mais aussi quelques moqueries alors qu'il signifiait pour moi le choix d'un accompagnement sécurisé et plus respectueux de ma personne. À

l'inverse, lorsque les circonstances m'ont amenée à me rendre à la maternité pour mon second accouchement, ce qui apparaissait comme raisonnable et rassurant pour d'autres, s'interprétait en moi le risque de subir une intervention injustifiée ou celui d'être tout simplement dans un contexte inapproprié à la détente, au lâcher prise et à l'intimité que nécessite un accouchement physiologique.

Il semble également que la charge émotionnelle du récit de naissance se transmette d'autant plus lorsqu'il est entendu par une mère. Car l'accouchement fait partie de ces événements « difficiles à comprendre si on ne l'a pas vécu soi-même ». En effet, il est à la fois incluant, car il fait de la femme une mère parmi les mères et excluant car il exclut la femme qui ne l'a pas vécu dans sa totale appréhension.
De même, les professionnels rencontrés ont souvent tenu à savoir si j'avais moi-même déjà accouché, par « peur d'en dire trop », pour ne pas me « choquer » ou me « dégoûter » si cela n'avait pas été le cas, lorsqu'étaient évoquées certaines situations difficiles.
En dehors des situations où la question m'était clairement posée (et pour lesquelles ma réponse, sans pour autant mentir, s'adaptait au contexte de l'entretien), raconter un peu mon parcours, mes choix et convictions personnelles relatifs à l'accouchement a permis d'installer une certaine familiarité, voire une complicité avec mes interlocuteurs. Cette implication non dissimulée a renforcé il me semble à leurs yeux, la sincérité de mon écoute et de l'intérêt porté à leurs points de vue. De ce fait, bien que les personnes en recherche d'une alternative à l'offre de soins prédominante constituent une part non négligeable de mon corpus, mon aspiration à comprendre le point de vue des personnes favorables au maintien d'une médicalisation de l'accouchement m'a permis de répondre à la méfiance de certaines personnes rencontrées. Ainsi, alors que ces entretiens débutèrent par un interrogatoire à mon sujet et à propos de ma thèse, un discours quelque peu conventionnel laissait peu à peu la place à un point de vue plus nuancé et plus personnel.

Intégrer la construction de son identité de chercheur à son travail (Pourchez, 2014), n'est pas une méthode fréquemment transmise au cours de la formation universitaire en anthropologie. Pourtant, une démarche réflexive permet de révéler la manière dont l'implication personnelle peut nourrir la recherche et réciproquement comment l'étude aide à la construction de l'identité professionnelle. C'est pourquoi, le souhait d'inscrire ce travail dans une démarche anthropologique appliquée à la santé semble potentiellement renforcé par mon implication auprès des personnes rencontrées.

II/ L'approche qualitative : interroger, être à l'écoute…

> « Rendre compte du point de vue de l'acteur est la grande ambition de l'anthropologie. L'entretien reste un moyen privilégié […] pour produire des données discursives donnant accès aux représentations émiques. » (Olivier De Sardan, 1995 : 6).

1- L'intérêt de l'approche émique.

Selon Raymond Massé, l'anthropologie « semble dotée de la volonté et des outils méthodologiques » pour étudier les « conceptions populaires du risque adaptées à des problématiques et à des contextes de vies spécifiques. » (R. Massé, 2010 : 5).
La notion de risque par exemple, liée à l'idée de l'accouchement à domicile, est-elle plus présente dans les sociétés « formées » au discours scientifique et médical ? Chez quel type de femme, dans notre société, est-elle la plus forte ?
Raymond Massé suggère, comme voie intéressante à explorer car peu théorisée jusqu'à aujourd'hui, la participation à la compréhension et à l'enrichissement de concepts tels que la « gestion communautaire du risque » et « l'épidémiologie populaire ». (*Ibid.*) Il précise :

> « Peter Brown définit ce dernier concept comme un processus par lequel des non-experts recueillent des données et autres informations scientifiques, et aussi orientent et canalisent le savoir et les ressources des experts dans le but de comprendre l'épidémiologie d'une maladie. » (Brown, 1992 : 269).

Dans le cadre de la médicalisation du suivi de la grossesse, cette appropriation et cette réinterprétation des données scientifiques ou des discours sur le progrès médical, notamment concernant des notions telles que le risque et la sécurité, sont visibles tant dans les discours parlés, que dans la presse féminine ou les lieux d'échanges présents sur internet.
Le sens donné à l'acte médical, différent selon chaque individu, influence la part de participation à la prise en charge médicale. La médicalisation de l'accouchement a amené les femmes à modifier leur conception de la naissance et leur prise de décision concernant la venue au monde de leurs enfants. Aujourd'hui les femmes ne sont ni soumises aveuglement au pouvoir médical, ni entièrement maîtresses de leur corps et du déroulement de leur accouchement.

Raymond Massé écrit :

> « Ce qui est en jeu ici, c'est le dépassement d'une analyse critique réduisant l'individu et les collectivités à des sujets passifs, pour y voir des acteurs individuels et collectifs capables de produire leurs propres modèles d'analyse des risques. » (Massé, 2010 : 5).

En ce qui concerne la périnatalité et en particulier les protocoles hospitaliers concernant la naissance, à qui appartiennent réellement les décisions ? À quel pourcentage participent les contraintes économiques, les contraintes médico-légales, l'orientation personnelle du chef obstétricien d'une maternité, le point de vue du personnel hospitalier ?… et celui des parturientes ?

L'analyse des données de terrain doit prendre en compte ces différents facteurs, puis y ajouter la compréhension donnée par cette vue d'ensemble, par le recul du chercheur. « L'enjeu [étant] d'abord celui d'une conciliation des constructions du monde élaborées par la population et par les chercheurs. » (Massé, 2010 : 6).

L'approche émique ne peut se réduire aux seuls discours des personnes rencontrées pour l'enquête. Le risque serait alors de tomber dans les dérives d'une « anthropologie narrative ». Comme le souligne R. Massé, « Le vécu n'est pas réductible au récit que l'individu peut en faire ou aux constructions de constructions auxquelles se livrent les chercheurs. » (Massé, 2010 : 13).

2- Au-delà des discours…

> « L'approche phénoménologique ne nie pas l'existence du poids des violences structurelles pour se concentrer sur le seul être-au-monde quotidien, sur l'expérience première de la souffrance ; son niveau d'analyse est plutôt celui de l'incorporation (non réfléchie) du poids des structures (intériorisation des extériorités, des structures extérieures à l'individu) ici, de l'incorporation des rapports de pouvoirs. » (Massé, 2010 : 14).

Le recueil de récits de vie ou d'entretiens semi-dirigés doit être complété par l'analyse des contextes, des habitudes et habitus des individus, des déterminismes en jeu dans les décisions personnelles et collectives.

La santé touche au corps, à l'extériorité et l'intériorité de l'être, interroge les personnes sur leur intimité, leur rapport à elles-mêmes, aux autres. Jean Benoist et Pascal Cathebras rappellent les écarts existants entre les différentes conceptions du corps, susceptibles de se compléter ou de se contredire, entre les interlocuteurs, voire même dans la pensée d'un même individu.

> « L'entendement opère à partir de tout ce que la culture lui a fourni comme cadres et comme moyens d'organiser les perceptions. […] Il serait toutefois illusoire de penser trouver dans quelque société que ce soit une conception unique du corps. Partout, le corps tel qu'il est conçu par l'usage s'impose dans la vie quotidienne, et vient en contrepoint du discours social et souvent religieux sur le corps tel qu'il est conçu par l'entendement. » (Benoist et Cathebras, 1993 : 7).

Ils rappellent également les limites que s'impose la biomédecine en réduisant la personne à son simple corps et observent les mouvements culturels et religieux d'opposition à la biomédecine comme des contestations envers cet « enfermement de la personne dans son corps » (Benoist et Cathebras, 1993 : 7).

L'intérêt grandissant pour les médecines complémentaires (dites dans un usage plus populaire « médecines douces », terme qui reflète la vision « dure », plus violente de l'approche allopathique par les usagers) illustre bien les revendications actuelles pour une approche globale, pour une prise en charge médicale plus à l'écoute de tous les aspects (psychique, social, religieux…) de l'individu. De plus les moments de la grossesse et de l'accouchement sont pour les femmes des bouleversements hormonaux et psychiques ouvrant des portes de la psyché profonde. Le rapport au corps est modifié par les changements physiques et émotionnels. La biomédecine, selon Jean Benoist et Pascal Cathebras, ignore la demande profonde des malades de prendre en charge « l'unité du corps » ressentie, en proposant une prise en charge de la maladie qui fragmente le corps. Ce besoin de prendre en compte la personne dans son intégralité est d'autant plus fort, pour ce qui est de la prise en charge de l'accouchement, qu'en plus de ne pas être considéré par les femmes comme une maladie, il s'agit pour elles d'un moment particulier de leur existence qui concerne au-delà d'elles-mêmes et de leur propre corps, celui de leur enfant.

3- Le recueil des données.

La démarche de recherche étant basée sur la compréhension des choix et des vécus des différents acteurs, les premiers entretiens ont été préparés sur la base d'un guide semi-directif, composé de questions ouvertes. Bien que chaque entretien soit unique et adapté au contexte de la rencontre, à l'attitude de l'interlocuteur, l'expérience acquise en ce domaine tout au long de mon parcours universitaire, en sociologie et en anthropologie, et plus précisément dans le sujet traité ici, lors de mon Master II de recherche sur « La place de la femme et du nouveau-né au sein de la modernisation périnatale[86] », a permis d'établir quelques règles de base pour leur bon déroulement. Après m'être présentée et avoir expliqué ma démarche, la demande d'autorisation d'enregistrement de l'entretien est faite rapidement afin de ne pas perdre les premières réactions de l'enquêté en réponse à la présentation du sujet. De même, après quelques regrets dûs à un arrêt prématuré du dictaphone, les entretiens ont été enregistrés jusqu'au seuil de la porte ! Un descriptif détaillé de la rencontre, du lieu, des impressions et questionnements que cette dernière a pu susciter, a été ajouté à chaque transcription.

Au total, une soixantaine de rencontres constituent le recueil des données. La proportion de mères et égale à celle des professionnels de santé.
Parmi les trente mères rencontrées, vingt m'ont fait part d'un récit détaillé de leurs accouchements et treize de ces récits, retranscrit dans leur intégralité, ont été retenus dans la présentation du terrain détaillée dans la seconde partie de la thèse « Paroles et enjeux autour de l'heureux évènement ».
De même, parmi les trente professionnels de santé m'ayant fait part de leur point de vue, dix huit entretiens individuels enregistrés et retranscrit intégralement ont été retenus pour être présentés ci-après.

Toutes les rencontres, qu'elles soient formelles ou informelles, approfondies ou fortuites, participent à l'exercice de comparaison et de compréhension des données. Ainsi, les enregistrements d'interventions, de débats, les prises de notes et transcriptions des échanges informels s'ajoutent implicitement à l'ensemble des données recueillies.

[86] Cf. Thomas C., 2011, *La place de la femme et du nouveau-né au sein de la modernisation périnatale. Étude sur l'île de la Réunion*, Master II de recherche en anthropologie, sous la direction de Mme Laurence Pourchez, Université de la Réunion.

Enfin, le choix est fait ici de présenter en premier lieu le déroulement des entretiens, puis dans la partie suivante, intitulée « naissance et réseau de connaissance », la composition du corpus.

– Entretiens avec les mères.

Dans les premiers temps de cette recherche, plusieurs femmes de mon entourage se sont proposées pour me relater leurs accouchements. Leurs témoignages figurent dans mes carnets de terrain cependant je me refusais à utiliser des données concernant des personnes de ma famille ou que je connaissais bien. Par la suite, parmi les contacts qu'elles me donnèrent pour m'aider à débuter ce travail, certaines personnes devinrent des amies.

Certains entretiens individuels ont démarré de façon spontanée par une prise de parole de l'enquêtée, la suite de la conversation s'est alors poursuivie au fil des remarques, des sujets abordés, le guide d'entretien permettant de prendre des notes au fur et à mesure et de ne pas oublier de thèmes. Dans les cas où mon interlocutrice se montrait en attente d'une amorce, ma première requête fut en générale d'en savoir un peu plus sur ses origines, la composition de sa famille, puis par la suite le contexte et le vécu de ses suivis de grossesse, de ses accouchements, ses relations avec les professionnels de santé rencontrés et son environnement amical et familial.

Ces entretiens avec les mères de familles n'ont pas posé de difficultés particulières. Les premiers contacts ont été établis par la manifestation de leur intérêt envers le sujet de recherche lors d'une première rencontre informelle ou par recommandation de la part de connaissances personnelles. Par la suite, une présentation écrite de ma démarche complétée par mes coordonnées, à disposition dans le cabinet d'une sage-femme libérale, puis partagée sur un forum de mamans sur Internet, m'ont permis de renforcer mon corpus. La plupart du temps, une ambiance conviviale a facilité l'abord de nombreuses questions, même intimes, sans contraintes.

Tous ces entretiens se sont déroulés au domicile des enquêtées, parfois en présence de leur conjoint et / ou de leurs enfants. Seuls les échanges avec les mères ayant fait appel à une doula ont été enregistrés via Skype en raison d'une distance géographique trop importante.

De nombreuses situations, plus ou moins provoquées, ont permis d'établir des échanges informels volontairement orientés dans le sens de ma problématique. La participation à des

séances de préparation à la naissance dans le cadre de ma propre grossesse, à des cours de massages pour bébés ou des rencontres parents-enfants en sont des exemples.

– Entretiens avec les professionnels de santé.

Du côté des professionnels, la première personne que j'ai sollicitée a été la sage-femme qui m'avait accompagnée pour mon premier accouchement, retraitée depuis peu. Je souhaitais depuis longtemps recueillir le témoignage de son parcours, de sa grande expérience de l'accompagnement global. Trois premiers entretiens de longues durées ont été nécessaires, constituant de ce fait une monographie. En outre, nous nous sommes revues de nombreuses fois tout au long de ces années de recherche, toujours autour de l'avancée de l'étude et de mes questionnements. Ses passions complémentaires pour l'histoire de sa profession et la littérature font de sa bibliothèque personnelle une source de documentation sans pareil !

Je me suis ensuite entretenue avec les deux sages-femmes qui ont pris le relais dans la région. Nos rencontres mensuelles à leur cabinet le temps de ma troisième grossesse ont été chaque fois l'occasion de poursuivre une réflexion, de préciser des points de vue ou d'apporter des anecdotes liées à leur pratique.

Parallèlement, une dizaine de professionnelles libérales de la région et des régions voisines ont été contactées par mail ou par téléphone de façon plus formelle. Ces rencontres n'ont duré que le temps d'un entretien.
La question « comment êtes-vous devenue sage-femme ? », dans ces cas, a constitué bien souvent une introduction suffisante pour engager un échange riche sur les choix et les motivations, le parcours professionnel, leur vécu de la naissance en tant que sage-femme.

La volonté d'interroger les femmes lors de leur séjour en maternité s'étant soldée par un échec, dû au refus ou au silence des quelques structures sollicitées, une demande écrite de rencontre avec des cadres, basée officiellement sur un intérêt dans le cadre de ma recherche doctorale sur l'acquisition du label « Hôpital amis des bébés », a permis d'obtenir également quelques rendez-vous.

La participation à des temps spécifiques autour de la naissance et de la profession de sage-femme, telles que des journées d'études, des colloques, des journées de formation continue destinées aux sages-femmes, où étaient présents, parfois de manière ponctuelle, parfois plus fréquente, des professionnels de santé (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, psychologues...) mais aussi des chercheurs en sciences sociales, des historiens, a favorisé des rencontres et des échanges extrêmement enrichissants, aboutissant parfois sur des entretiens plus approfondis.

Durant ces années de recherche, l'emploi continu des carnets de terrain et une prise de notes assidue ont permis de rendre compte de l'évolution des questions de recherche parallèlement aux sujets abordés lors des entretiens formels et informels, de recouper les informations obtenues avec les données mentionnées dans les diverses sources écrites et audiovisuelles traitant du sujet, ainsi que d'ajouter et de préciser des thèmes pour les entretiens suivants. Par exemple, l'utilisation de l'expression de « l'identité de la sage-femme », récurrente dans l'entretien avec Josiane, sage-femme hospitalière à la retraite, a constitué, suite à notre échange, une question à part entière posée aux sages-femmes par la suite.

Ces journées d'études auxquelles j'assistais dans le but d'approfondir mes connaissances relatives à la naissance, devenaient à la fois un lieu d'échanges, de rencontres et d'observation, et par la même occasion, une partie de mon « terrain » concernant plus précisément des personnes engagées dans une réflexion profonde sur les conditions de travail des praticiens et l'évolution des conditions de la naissance.

4- Quelle méthodologie pour l'analyse des données ?

> « Le délicat travail de l'ethnologue est de rendre compte de façon équilibrée de la structuration du social et de la liberté des sujets, et le risque est grand de pencher d'un côté ou de l'autre. Au moment de conclure, il est nécessaire de garder plus que jamais la mesure, afin que ce qui se dégage se tienne à l'écart du risque toujours présent de surinterpréter les faits. » (J. Benoist, 1996 : 6).

L'investigation entreprise ici se rapproche fortement de l'orientation choisit par Michela Canevascinni et Rose-Anna Foley dans leurs travaux portant sur la prévention du suicide et les soins palliatifs relatés dans un article intitulé, « L'anthropologie face aux demandes du terrain :

deux exemples d'implication dans le milieu médical » (Canevascinni, Foley, 2009). En effet, le choix d'un corpus intégrant le point de vue des professionnels de santé à celui des patientes, permet de s'éloigner de l'approche critique du système de santé plaçant malgré eux les soignants dans une catégorie de « dominants » face aux patients « dominés ». Bien au contraire, il s'agit de travailler sur et avec les professionnels et d'intégrer leurs questionnements, leurs regards autocritiques sur leurs pratiques et sur l'influence de leurs conditions de travail dans leurs relations aux parturientes, dans un dialogue entre les différents acteurs et la recherche.

Le travail de Howard Becker sur la méthodologie du travail de recherche en sciences sociale apporte de nombreuses ressources quant à la position du chercheur à adopter dans le temps d'analyse des données de terrain.
Ainsi, il insiste sur la recherche de la justesse dans l'analyse entre les données rassemblées sur le sens que les gens donnent aux choses et les déterminismes en présence dans leurs discours et leurs actes. Il faut prendre garde selon lui, à ne pas appliquer notre propre logique de pensée et d'action aux expériences des personnes interrogées.
Dans le cadre du sujet qui nous intéresse, celui de la maternité et de l'accouchement, ce concept apparaît très clairement. Il est essentiel en effet, d'appuyer le travail de recueil de données sur le témoignage des femmes quant à leur vécu, à leurs ressentis, car ce sont ces sentiments qui sont à la base d'une réflexion sur les bienfaits d'une prise en charge « affective » de la femme pendant la grossesse et l'accouchement. Cependant, une observation et une analyse des mécanismes en jeu dans la relation entre le médical et les patientes, dans les suggestions, les conceptions transmises autour du corps, de la douleur, du risque, sont nécessaires afin de comprendre ce qui peut orienter les femmes dans leurs choix ; ces derniers en effet n'ont pas toujours les fins attendues, non pas forcément par rapport à la demande exprimée, mais parfois au regard d'une demande plus latente, intériorisée, voire même inconsciente. Un travail ici, sur le sens donné, par les femmes interrogées, à des thèmes récurrents dans leurs propos, comme la vision « naturelle » de l'accouchement, la gestion de la douleur, l'expérience singulière et « unique » de l'événement, l'allaitement maternel, permet d'une part de cerner les influences « culturelles », au sens donné par Patricia Hudelson (voir plus haut), du discours, et d'autre part d'identifier les différents degrés d'interprétation de ces termes, qu'il s'agisse pour la femme d'un discours général sur ses connaissances ou d'une expression d'un ressenti sur son vécu personnel.

> « Que nous comprenions la manière dont les acteurs voient la situation dans laquelle ils sont impliqués, et que nous découvrions comment ils définissent eux-même ce qui est en train de se passer, afin de comprendre ce qui entre en jeu dans la production de leurs activités. » (Becker, 2002 : 73).

Lors de l'analyse des données, une des dérives possibles réside dans la catégorisation abusive des individus concernés par l'enquête. Il est donc nécessaire de reconnaître le caractère non exhaustif du recueil de données ainsi que la limite dans la connaissance et la compréhension de tous les facteurs qui entrent en jeu dans la construction des conceptions et dans le choix des pratiques.

> « Parler de types de gens présuppose, de manière non fondée empiriquement, que les gens agissent systématiquement comme l'exige le type auquel ils appartiennent, que ce type soit de nature psychologique ou sociale. L'autre présupposé que l'on peut faire est à la fois plus digne d'un vrai sociologue et plus susceptible d'être empiriquement juste : il consiste à dire que, toutes choses considérées, les gens font ce qu'ils doivent faire, ou tout ce qu'il leur semble bon de faire à un moment donné, et que, étant donné que les situations changent, il n'y a aucune raison de s'attendre à ce qu'ils agissent toujours de la même manière. » (Becker, 2002 : 87).

Cependant, il ajoute qu'il faut prendre acte du fait que « chaque activité s'opère en réaction à une situation donnée, et que les relations entre les situations et les activités présentent une forme de cohérence et de constance qui permet la généralisation de sorte que vous pourrez alors dire quelque chose comme : dans une situation de type X, soumis à tels types de contraintes, et avec tels types de possibilités d'actions s'ouvrant à eux, les gens agissent de telle manière. »
De même Jean Benoist évoque le caractère aléatoire des prises de décision et a fortiori la fragilité de l'analyse que l'on peut en faire :

> « Rechercher la logique des décisions implique que cette logique oriente les décisions, quitte à ce que ni l'acteur ni l'observateur ne soient sur le moment capables de la circonscrire. On peut toutefois se demander si les anthropologues, même les plus prudents, ne sont pas hantés par le besoin de ne laisser subsister aucune incohérence dans les conduites. […] En fait, ne reconstruisons pas a posteriori une rationalité qui dans bien des cas n'est présente ni au départ, ni en chemin, ni à l'arrivée. Ne tendons-nous pas à voir dans chaque itinéraire la concrétisation d'un projet de trajectoire, alors qu'il se déroule comme une suite aléatoire d'événements enchaînés par le contexte ? Car on en revient toujours là, ce qui pousse à cheminer au long d'un itinéraire thérapeutique est avant tout pratique, opérationnel. Tout se déroule en situation, dans la dynamique

d'une micro-historicité individuelle souvent imprévisible et construite à coup de rencontres, de symptômes, de moyens matériels accessibles ou absents. » (Benoist, 1996 : 16).

Si la plupart des ouvrages de méthodologie se penchent sur le travail de terrain, l'analyse des données recueillies mérite également de s'appuyer sur certains concepts méthodologiques. La réflexivité développée autour des objets de recherche peut s'appliquer à la discipline elle-même. En effet, pour éviter de réduire l'analyse à un simple récit narratif ou à la seule critique du système biomédical, Raymond Massé suggère d'opter pour une « révision constante de ses cadres conceptuels et de ses pratiques de recherche » (*opus cit*. : 6), sans pour autant tomber dans des excès. De même, un juste milieu est à trouver entre une « médicalisation de l'anthropologie médicale », autrement dit la recherche anthropologique au service de la biomédecine passant par une disqualification des médecines « traditionnelles », et une dénonciation démesurée de la médecine moderne niant les aspects positifs des programmes de développement sanitaire international.

De plus, le souci de la prise en compte de l'hétérogénéité des positions et des points de vue, recherché dans le travail de recueil des données, se doit de s'élargir aux différents courants de pensée au sein même de la discipline et des disciplines participant à la réflexion globale sur la santé.

Selon Jean Benoist et Pascal Cathebras (Benoist et Cathebras, 1993), le milieu du XX^{e} siècle marque l'apogée de l'influence de la biomédecine sur les représentations sociales du corps. Non seulement elle incarne le seul savoir légitime sur le corps, mais elle sert aussi à cautionner l'ordre moral.

Le rapport au corps, modifié par la grossesse, et propre à chaque femme, varie en fonction de l'évolution globale de la société. Autrefois caché, le ventre rond est aujourd'hui davantage mis en valeur par la mode et valorisé par une vision plus libre de la maternité. De même en ce qui concerne l'accouchement, la liberté de mouvement permise autrefois par les matrones, puis muselée et jugée indécente par les médecins, est de nouveau acceptée par les praticiens qui en reconnaissent l'utilité physiologique.

La biomédecine possède toujours une forte influence sur les savoirs liés au corps et sur la relation de la personne à celui-ci, mais elle est en interaction constante avec l'influence des conceptions culturelles, religieuses et sociales et ce sont tous ces facteurs qui doivent être pris en compte dans l'analyse des données et des discours sur le vécu du corps à travers l'acte médical.

III/ Naissance et réseaux de connaissances.

1- Présentation du corpus

> « Le mot “échantillon” […] au sens large, désigne le résultat de n’importe quelle opération visant à constituer le corpus empirique d’une recherche […] Ainsi comprise, la notion d’échantillon concerne autant les grandes enquêtes par questionnaire que les recherches portant sur un seul individu. » (Pires, 97 : 7).

En ce qui concerne les entretiens avec des professionnels de santé, l’axe utilisé ici relève de l’échantillonnage « par contraste » (Pires, 97 : 69), ayant pour but d’ouvrir des comparaisons significatives. La recherche de « variables spécifiques », autrement dit rattachées à la problématique, a été privilégiée face à des variables plus « générales » comme le sexe, l’âge, etc.

Des entretiens ont donc été réalisés avec des sages-femmes hospitalières, des sages-femmes libérales, pratiquant ou non l’accompagnement global, une sage-femme de PMI, des étudiantes sages-femmes ainsi que des sages-femmes retraitées, mais également des cadres sages-femmes, des gynécologues-obstétriciens, une ostéopathe travaillant en collaboration avec une sage-femme libérale, ainsi qu’une doula et un entretien avec Mme Bernadette de Gasquet, médecin et professeur de yoga participant à la formation des sages-femmes, notamment pour ce qui concerne les postures d’accouchement.

L’objectif, comme le souligne A. Pires dans *Échantillonnage et recherche qualitative*, « n’étant pas de viser une représentativité numérique dans l’échantillon par rapport à l’univers de travail, mais tout simplement d’avoir un ou deux exemples par groupes. » (Pires, 1997 : 69).

De plus, chaque individu, de par son expérience professionnelle, peut intégrer plusieurs groupes. De fait, sur les neuf sages-femmes libérales, dont six ont pratiqué ou pratiquent encore l’accompagnement global, une est retraitée et toutes ont eu précédemment une expérience en tant qu’hospitalière, de même que la sage-femme exerçant en PMI. Sur les quatre sages-femmes hospitalières ayant accepté un entretien enregistré, une a eu une expérience dans le libéral et est actuellement enseignante, deux sont cadres et l’une est retraitée, anciennement cadre puis enseignante. Parmi ces professionnelles, nombreuses sont celles à être également mères de famille.

Pour ce qui est des entretiens avec les mères, l'échantillon s'est constitué davantage « de lui-même », au gré des rencontres, les nombreux échanges informels débouchant parfois, en fonction de l'intérêt des femmes pour le sujet, sur une seconde rencontre, voire sur un entretien enregistré. Cette partie du corpus est constituée en majorité de multipares, ce qui signifie que pour chaque entretien, ont été abordés différents types d'accompagnement ainsi que l'évolution des perceptions entourant la naissance et les choix qui en découlent.
Ainsi sur les vingt-quatre récits d'accouchements retenus, douze ont eu lieu en structure, quatre en plateau technique accompagné d'une sage-femme libérale et huit à domicile. Certaines n'ont connu que la maternité, d'autres ont donné naissance en structure pour un premier puis en plateau-technique ou à domicile pour un second, ou en plateau-technique pour un premier puis à domicile, plus rares étant celles n'ayant connu que l'accouchement à domicile.

La durée des entretiens a varié entre une heure pour le plus court et six heures pour le plus long. Certaines personnes, en particulier des sages-femmes, se sont apparentées à des « consultants » et ont donc été rencontrées plusieurs fois, certains échanges étant enregistrés et retranscrits, d'autres consignés et décrits dans un carnet de terrain.
Jean-Pierre Olivier de Sardan note que « les entretiens oscillent en général entre deux pôles : la consultation et le récit. Celui qu'on appelle parfois un « informateur » est donc tantôt un consultant, tantôt un racontant, souvent les deux » (Olivier De Sardan, 1997 : 6). Tel fut le cas pour l'ensemble des interlocuteurs. Les professionnels de santé ont en effet partagé leurs expériences personnelles, leur point de vue, ainsi que ce que chacun juge être la position de son « groupe d'appartenance » et celui des parturientes prises en charge. De même, les mères ont toujours, en plus de leur propre vécu, des « histoires » à raconter à propos des grossesses et accouchements de femmes de leur entourage.

> « L'entretien porte parfois sur des référents sociaux ou culturels sur lesquels on "consulte" l'interlocuteur. Celui-ci est invité à dire ce qu'il pense ou ce qu'il connaît de tel ou tel sujet, est supposé alors refléter au moins en partie un savoir commun qu'il partage avec d'autres acteurs locaux, voire l'ensemble du groupe social considéré. » (Olivier De Sardan, 1995 : 6).

Trois des sages-femmes libérales ainsi que deux sages-femmes hospitalières et enseignantes ont été rencontrées à de nombreuses reprises tout au long de ces quatre années de recherche, devenant par là des interlocutrices privilégiées, avec lesquelles j'ai pu échanger notamment sur les faits d'actualités concernant leur profession. Elles m'ont également parues

« représentatives » d'une partie de la profession, soit en étant concernées par la polémique actuelle autour de la pratique des accouchements à domicile, soit par leur bagage « militant », leur investissement dans une réflexion et une formation continue sur la place et le rôle de la sage-femme, soit par leur réseau étendu de connaissances dans leur milieu professionnel.
L'ensemble des entretiens avec Françoise, représente davantage un « récit de vie ». Appuyées par la lecture attentive des archives concernant la création de l'Association nationale des sages-femmes-libérale dont elle est une des principale instigatrice, ainsi que celle des correspondances qui se sont succédées des années durant, avec les instances politiques, la direction des hôpitaux, la Sécurité sociale et ses collègues engagées dans la pratique libérale, les données ainsi recueillies constituent une monographie essentielle à la compréhension de l'histoire de la profession depuis les années 1980 et de la situation actuelle tant pour les sages-femmes que pour les femmes.

La variation des informateurs permet d'une part de révéler des « groupes stratégiques » et des groupes « invisibles» ou « extérieurs » et donc d'obtenir sur certains thèmes, le point de vue de personnes concernées plus ou moins directement (comme pour la question des revendications ou du statut des sages-femmes, ou encore en ce qui concerne l'accès au plateau technique des structures pour les sages-femmes libérales). D'autre part, elle permet une « triangulation complexe » (Olivier De Sardan, 1997 : 12), autrement dit, de « croiser les points de vue dont on pense que la différence fait sens ». Par exemple, dans un souci de recoupement des informations sur un sujet donné, prenant en compte la variété « des informateurs en fonction de leur rapport au problème traité » (*ibid.*), la question de l'accès au plateau technique de la maternité C., a été évoqué successivement avec une sage-femme libérale ayant fait une demande et la responsable du pôle concernée.

2- La gestion des biais de l'étude.

Comme je l'ai précisé précédemment, les femmes ayant apporté leurs témoignages sont celles qui ont exprimé un intérêt pour le sujet. En effet, certaines femmes estiment n'avoir « rien à dire » sur leur accouchement. D'autres au contraire, après avoir eu connaissance de mon objet de recherche, se sont proposées d'elles-mêmes : « moi si tu veux, j'ai plein de trucs à

raconter ». Les entretiens réalisés concernent donc des femmes particulièrement disposées à partager leurs expériences et cela n'est pas sans signification dans la constitution du corpus.
En effet, les témoignages sont, soit ceux de femmes ayant eu un accouchement physiologique, une expérience particulièrement positive pour elles et qui laisse émerger un fort désir de partage, de transmission de ce qu'elle ont vécu et appris au travers de leur accouchement, soit ceux de femmes dont l'accouchement en structure ne s'est pas déroulé comme elles le souhaitaient et pour qui un entretien apparaît comme l'occasion pour elles d'exprimer une déception, un mécontentement, qu'elles n'osent pas toujours approfondir auprès de leurs pairs.
Comme l'exprime clairement Julie[87] (34 ans, mère d'un enfant), par exemple, lorsqu'elle dit : « C'est dur d'en parler, parce que pour moi, je n'ai pas accouché […] je n'ai toujours pas digéré […] mais pour tout le monde c'est "tu te plains pour rien, tout s'est bien passé"… "Tu vas bien et le bébé aussi, c'est ça qui compte" ».
Peu de femmes donc, pleinement satisfaites de leur expérience d'accouchement en structure ont, semble-t-il, ressenti le besoin d'en parler.

Du côté des sages-femmes, celles qui se sont montrées les plus disponibles ont été incontestablement les sages-femmes libérales. Toutes ont répondu positivement à mes demandes d'entretiens, contrairement aux sages-femmes hospitalières qui pour celles rencontrées personnellement ont, soit refusé d'emblée en invoquant majoritairement un manque de disponibilité, soit n'ont pas donné suite à notre premier échange.
Mes demandes faites par écrit, par l'intermédiaire d'une sage-femme hospitalière à l'intention de ses collègues par exemple, sont restées sans réponse. Sur la vingtaine de sages-femmes rencontrées lors d'un stage de formation continue auquel j'ai pu participer, la majorité était hospitalière. Dix ont accepté de me laisser leur mail et une seule, travaillant en libéral, a accepté ma demande d'entretien.
Lorsque que j'ai fait une demande écrite auprès du syndicat organisateur d'un colloque afin de pouvoir y assister, il m'a fallu essuyer un silence puis deux refus. Un silence tout d'abord, puis après une relance, un premier refus justifié par une interrogation, « je ne vois pas en quoi ce colloque pourrait vous intéresser ? ». Après avoir insisté en expliquant l'intérêt des questions abordées pour mon travail, un second refus concernait cette fois-ci la possibilité de bénéficier d'un tarif étudiant (le colloque étant payant) puisque je n'étais pas étudiante sage-femme. Par la suite, des échanges avec des sages-femmes présentes à ce colloque, curieuses d'en savoir plus

[87] Les noms des personnes rencontrées ont été modifiés.

sur le pourquoi de ma présence et sur le sujet de mon investigation, ont confirmé les tensions évoquées par certaines sages-femmes. Je me suis trouvée le temps de ces discussions, tour à tour la novice à laquelle on prend le temps d'expliquer certaines interventions tout en les ponctuant d'avis personnels, celle à qui l'on peut exprimer son mécontentement face aux questions abordées lors du colloque, celle à qui l'on présente les collègues susceptibles d'apporter un éclairage sur « la réalité de la profession », celle enfin pour laquelle on se donne la peine de réparer une injustice en me faisant rembourser par le biais du conseil de l'Ordre de sa région, mes frais de participation ainsi que mes frais de déplacement.
Comme je l'avais pressenti, ce n'était pas tant le contenu du colloque qui fut riche d'informations mais bien les réactions et les interactions entre les personnes en présence.
Pour ce qui est des sages-femmes travaillant en PMI, la seule ayant répondu à ma demande a souhaité avoir l'accord au préalable de sa supérieure et la connaissance des questions constituant l'entretien.

> « Le fait même que dans un espace social donné les acteurs locaux soient largement reliés entre eux sous forme de réseaux rend l'anthropologue de terrain nécessairement tributaire de ces réseaux pour produire ses données. Il devient facilement captif de tel ou tel d'entre eux ». (Olivier De Sardan, 1997 : 16).

L'« enclinage », ou le fait d'être assimilé à un groupe de personnes plutôt qu'à un autre, qui, à première vue est un biais du terrain, permet toutefois de révéler une situation générale à travers le regard d'un groupe témoin. Les sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global par exemple, ainsi que les femmes qui font appel à leurs services représentent en France une minorité (une majorité en revanche en ce qui concerne mon corpus). Mais, comme le souligne Jean-Pierre Olivier de Sardan, traiter « l'exception », « le cas négatif » avec la même attention que le « cas modal », permet de décrire l'espace des possibles.

> « La distance par rapport aux comportements courants et aux propos ordinaires est alors un révélateur ou un indicateur puissant tant des normes que des modalités des écarts aux normes. » (Olivier De Sardan, 1995 : 15).

Accepter que le terrain se fonde, en dehors des entretiens, sur des journées d'études, des colloques et non sur une observation directe des pratiques, m'éloignait de ce que je considérais comme la « réalité » quotidienne des individus pour me rapprocher des lieux de construction des savoirs concernant cette réalité. Certaines des personnes ainsi rencontrées, en plus de leur

pratique, ont parfois plusieurs ouvrages à leur actif ou interviennent occasionnellement dans le débat public, leurs points de vue sont donc largement situés. Cependant, croiser leurs visions élargies sur leurs professions et sur les institutions de santé avec le vécu des femmes permet de mettre en évidence les forces, invisibles pour les patientes, en jeu dans la répartition de l'offre de soins. La communication entre sages-femmes et médecins illustre bien cette répercussion des interactions entre professionnels sur les modes de prises en charge.

À titre d'exemple, pourrait être évoquée une intervention de Michel Odent, pour laquelle de nombreuses sages-femmes avaient fait le déplacement. Malgré un discours sur les conditions adéquates au déroulement physiologique de la parturition, qui me paraissait plutôt en accord avec la vision transmise par les sages-femmes, je fus surprise par les manifestations explicites de l'auditoire. De fortes expirations, des haussements d'épaules, des remarques à demi-mots soulignaient une certaine forme d'agacement ou de désaccord. Je tentais de prendre en notes ces réactions afin de mieux les comprendre lorsque ma voisine de table, elle même anthropologue, m'interpella :

> « – Tu prends beaucoup de notes, ça t'intéresse ce qu'il raconte ?
> Moi : Oui, ça me parle. Je trouve ça plutôt juste en fait... Je me demande d'ailleurs pourquoi il y a autant de réactions ?
> – Tu sais... Il est gynécologue-obstétricien quand même...
> Moi : Oui.
> – Enfin, je veux dire, il s'adresse surtout à des sages-femmes là... Et les obstétriciens ont toujours écrasé les sages-femmes, donc c'est normal qu'elles réagissent comme ça. » (Carnet de terrain.)

Le statut de l'intervenant primait donc sur ses prises de positions et l'histoire des relations entre les deux professions semblait une fois de plus influencer fortement les rapports présents entre les individus.

Les sages-femmes qui témoignent d'une expérience positive concernant l'accompagnement d'accouchements physiologiques en milieu hospitalier ou d'accès à un plateau-technique soulignent la nécessité d'une véritable collaboration entre la ou les sages-femmes et les obstétriciens du service. Cette coopération, selon les personnes concernées, passe par la reconnaissance de la complémentarité des savoirs et savoir-faire et par une bonne communication.

L'apaisement de conflits, parfois antérieurs voire extérieurs aux individus, inscrits dans leurs rapports hiérarchiques et l'histoire de leurs statuts, semble être, dans le sujet traité ici, incontournable.

3- Malgré la multitude des vécus, la redondance de l'information.

Il fut tentant à vrai dire, au regard des résultats de l'enquête et de la redondance des informations obtenues – auxquels se sont ajoutées les notes de terrain concernant les entretiens informels, les recherches parallèles – de passer à un moment donné du corpus empirique au palier théorique.

Cependant, la recherche étant ce qu'elle est, parsemée de doutes et d'enthousiasme, de certitudes et de grands moments de solitude, une conversation matinale a eu raison de mon envie anticipée de généralisation empirique.

Alors que j'entamais la phase de rédaction, je m'efforçais de laisser derrière moi le recueil des données. Le temps m'était compté (« faire une thèse sur cinq ans ou plus, ça n'est plus possible », me rappelle-t-on avec humour !) et la relecture attentive et le dépouillement minutieux des données déjà recueillies me confortaient dans l'idée que je n'avais pas à répéter indéfiniment le même type d'entretiens pour m'assurer qu'il y avait bien là une cohérence dans le travail accompli. J'acceptais donc l'idée qu'une augmentation du matériel empirique n'était pas nécessaire pour valider l'intérêt de ma problématique.

Toutefois, l'habitude étant prise de porter une oreille attentive à toutes les conversations concernant de près ou de loin la naissance, je pris note un matin, en emmenant les enfants à l'école, de la conversation d'un petit groupe de mamans à propos de l'accouchement d'une d'entre elles dont le terme approchait.

> « – Alors, prête pour le jour J ?
> – Oui ! De toute façon, avec la péridurale…
> – Oui, ce n'est qu'un mauvais moment à passer ! [Rires.]
> – Ça ne me fait pas peur. Même l'anesthésiste m'a dit "ah c'est votre troisième, c'est bon, vous êtes rôdée ! "… De toute façon, je ne me m'inquiète pas, ça fera comme la dernière fois, j'arrive, on me pose la péri et puis après ça passe vite, ils le sortent et c'est fini, hein. » (Extrait du carnet de terrain.)

C'était là ma piqûre de rappel. Toutes les mères de mon corpus, bien que certaines aient choisi un suivi « classique » et un accouchement sous péridurale, sont en questionnement face à leur vécu, à l'accueil de leur nouveau-né et à la prise en charge hospitalière, ce qui est loin d'être le cas de toutes les femmes.

Que penser alors de la représentativité de mon échantillon ? Quelle(s) conclusion(s) tirer d'un tel biais à mon étude ? Comment considérer la redondance des informations obtenues ?

Dans un premier temps, il me semble plus que nécessaire de garder à l'esprit qu'une généralisation sur un sujet tel que la naissance demeure délicate. La multitude des facteurs entrant en jeu dans le vécu de la grossesse et de l'accouchement fait de chaque naissance une expérience unique à partir de laquelle il est difficile de décrire les conditions idéales pour un tel événement.

En revanche, la similitude des témoignages concernant l'enchaînement d'actes médicaux iatrogènes ou les difficultés de communication et de prise en charge entraînant des traumatismes dans la relation mère-enfant, dans les relations de couple ou dans l'histoire singulière des femmes, indique qu'une remise en question du système unique de soins proposé n'est pas vaine.

De même les entretiens réalisés avec les sages-femmes ont apporté par leur richesse et la saturation des données réunies, un éclairage certain sur l'institution ou le système biomédical dans lequel elles évoluent et qui lui, est indissociable, qu'elles en aient conscience ou non, de la prise en charge des futures mères et donc de leur expérience de la naissance.

PARTIE 2 : PAROLES ET ENJEUX AUTOUR DE « L'HEUREUX ÉVÉNEMENT »

Chapitre 1 : L'évolution des conditions de travail des sages-femmes.

Dès le début de cette recherche, lier l'histoire au terrain a semblé inévitable.

Dans un premier temps, les travaux des historiens au sujet de la naissance ont permis d'affiner la compréhension de son contexte actuel.

Dans un second temps, la rencontre avec des sages-femmes diplômées avant les années 1970, qui ont donc vécu dans leurs pratiques quotidiennes les effets de la technicisation et de la médicalisation de l'accouchement et pour certaines, l'impact de l'effacement progressif de l'accompagnement global sur leurs conditions de travail, a fait écho à ces lectures.

Pour certaines sages-femmes en effet, souvent parmi les plus expérimentées, l'évolution de leur cadre d'exercice a entraîné une perte d'autonomie, de reconnaissance et au-delà, a modifié la temporalité et la qualité des soins.

Leurs connaissances au sujet de l'histoire de leur profession nourrissent leurs analyses des problématiques liées aux conditions de la naissance aujourd'hui. Les objets de ces savoirs sont donc restitués ici à juste titre afin d'introduire les éléments propres aux entretiens.

I- La place et le rôle de la sage-femme.

> « Le sort des sages-femmes est un miroir grossissant du sort des femmes en général. Car l'accouchement constitue sans doute l'emblème le plus irrécusable de la féminité. Améliorer les conditions de travail des sages-femmes, c'est respecter toutes les femmes. Or celles-ci, pour la plupart n'en prennent pas conscience. » (Knibiehler, 2007 : 132).

1- Compétences et formation.

Les savoirs propres aux accoucheuses se sont transmis oralement de générations en générations. Seules quelques femmes, privilégiées, amenées à accompagner les accouchements des classes supérieures, avaient accès aux enseignements médicaux, comme ce fut le cas de Mme Louise Bourgeois, sage-femme de la reine de Médicis,

> « Première d'une lignée de sages-femmes instruites (qui) bénéficiait d'une expérience et d'une dextérité acquise que les chirurgiens et médecins de son époque n'avaient pas. » (Montazeau et Bethuys, 2012 : 9).

Dès le XVII^{e} siècle, les sages-femmes demandèrent l'accès à une formation théorique à la faculté de médecine, en vain. Une minorité de sages-femmes, exerçant à l'Hôtel-Dieu à Paris bénéficiait d'une formation reconnue et pouvait être rémunérée en conséquence (Montazeau, Bethuys, 2012 : 11). Déjà au XVIII^{e} siècle, notent Odile Montazeau et Jeanne Bethuys, dans *Histoire de la formation des sages-femmes*, ces sages-femmes faisaient « les frais de la rivalité entre chirurgiens et médecins » ;

> « Quand la femme et l'enfant mouraient, la sage-femme avait appelé le chirurgien accoucheur trop tard, quand la situation était sauvée, le chirurgien accoucheur renforçait sa réputation. » (Montazeau, Bethuys, 2012 : 11).

Par la suite, la formation proposée par Mme Angélique Le Boursier du Coudray permit de former près de cinq mille sages-femmes dans toute la France. Parallèlement, le contrôle de l'Église et de l'État sur la pratique des sages-femmes ne cessa de s'accroître.
En 1802, ouvrit la première École nationale de sages-femmes sous la direction de Mme Lachapelle. Il faut noter toutefois que la reconnaissance des compétences des sages-femmes,

due à l'excellente réputation de cette formation, était un privilège réservé à ses élèves qui par la suite exerçaient dans les grandes villes, mais que les matrones et les sages-femmes de « seconde classe », formées dans les petites villes, demeuraient majoritaires sur le territoire français.

Les maîtresses sages-femmes ont donc eu dans un premier temps le monopole de l'enseignement et de la pratique en milieu hospitalier pour lesquels elles étaient reconnues comme les principales spécialistes.
Pour Josiane, cadre sage-femme à la retraite et passionnée d'histoire, « le XIX^e^ siècle, [comme je le dis], c'est l'âge d'or de la profession ». Elle précisera par ailleurs (dans un article dont la publication ne sera pas citée ici dans un souci d'anonymat) : « dans ce contexte où la plupart des accouchements avaient lieu à domicile, n'oublions pas que les véritables obstétriciennes étaient les maîtresses sages-femmes, notamment de la Maternité de Paris. »

Rapidement toutefois, les hommes investirent le domaine de l'obstétrique par la pratique de la chirurgie qui leur était réservée et ce dans un état d'esprit ouvertement dominateur ; à l'image des propos tenus par le Dr Jeannin lors de l'inauguration d'une nouvelle chaire obstétricale pour l'enseignement des sages-femmes en 1922 :

> « C'est vous qui transformerez la mise bas de la sauvage en accouchement de la civilisée. [...] Il est donc essentiel qu'un homme savant et expérimenté féconde l'urne encore vide de votre cerveau de ses préceptes puissants ». (Thébaud, 86 : 171).

Dans cet enseignement, nous dit Françoise Thébaud,

> « La sage-femme va apprendre ce "qu'elle ne doit pas faire" pour devenir "une sorte d'infirmière de qualité supérieure." Femme ne rime pas avec science mais avec pratique et dévouement, dans un rapport de soumission à l'homme médecin. » (Thébaud, 86 : 171-172).

C'est ce que souligne Josiane lorsqu'elle parle de l'exacerbation de la rivalité entre les maîtresses sages-femmes et les médecins au XIX^e^ siècle, qu'elle illustre par le conflit, au sein de la maternité de Port-Royal entre le Dr Paul Dubois et la maîtresse sage-femme[88].

[88] Lors de l'entretien, Josiane ne se souvient plus du nom de la maîtresse sage-femme qui était très certainement Madelaine-Catherine Legrand.

« Oui. Elle a été exacerbée au XIX^{e} siècle, hein quand même, il ne faut pas l'oublier. C'est-à-dire qu'à Port-Royal, le médecin accoucheur, il n'avait pas le droit de rentrer en salle d'accouchement sans l'autorisation de la sage-femme chef. Et un jour, y'en a un, Dubois, qui, je crois que c'est celui qui s'occupait de Napoléon d'ailleurs, de la femme de, de Marie-Louise, ou c'est son fils, je ne sais plus, peu importe, et donc un jour il est entré en salle d'accouchement avec ses internes et y'a une élève sage-femme qui va voir la surveillante chef, qui était, pas Madame La Chapelle, celle d'après, qui en a immédiatement référé aux pouvoirs publics, c'est-à-dire à la direction, elle s'est insurgée et la direction à donné raison à la sage-femme. Donc là, les sages-femmes étaient les maîtresses de l'accouchement, du travail et de l'accouchement. Et puis tout le XIX^{e} siècle, a…, ça a été la montée en force du corps médical…, jusqu'en 1882, c'est-à-dire jusqu'au moment où il y a eu la création du corps des médecins accoucheurs des hôpitaux et alors là, ça a été… la subordination s'est créée. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Néanmoins, les sages-femmes hospitalières conserveront un rôle primordial dans la gestion des maternités, dépassant même parfois leurs compétences ; « Les témoignages recueillis […] s'accordent à souligner le rôle irremplaçable des sages-femmes et leur pouvoir de fait. » (Thébaud 86 : 172).

À ce propos, c'est avec joie que Josiane évoque le souvenir d'une maîtresse sage-femme, directrice de l'école où elle a reçu sa formation à la fin des années 1960, qui selon elle, était particulièrement représentative de l'autorité qui leur était encore accordée.

« Alors la directrice de l'école qui était en même temps la surveillante-chef de la maternité, qui était une sage-femme, une maîtresse sage-femme [...] excellente sage-femme, vraiment… excellente technicienne c'est vrai… [...] C'était une femme qui s'opposait aux médecins. Je la vois tapant du pied en salle d'accouchement, disant : "Non. Non monsieur, cette femme n'aura pas de césarienne." Et elle n'avait pas de césarienne. Donc elle savait ce que c'était, elle savait son territoire. [...] Une femme extrêmement volontaire et, elle examinait la dame et heu, le chef de service lui, "mouais…allez, au bloc !", parce que c'était vraiment le truc heu, hop, au bloc ! Et elle disait non ! Elle garantissait la femme d'un accouchement physiologique en fait. [...] C'était une femme qui avait une maîtrise de son travail, éblouissante hein, éblouissante, ça c'est évident. D'ailleurs c'était la chef de service en gros hein. Mais bon cette génération-là de sages-femmes n'existe plus. » (Entretien Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

En ce qui concerne l'activité libérale, elle demeura indispensable puisque jusque dans les années 1950, les femmes opteront en grand nombre pour l'accouchement à domicile.

Dans le cadre de leur pratique, les praticiennes libérales ont maintes fois demandé l'élargissement de leurs compétences ou plus exactement de leurs droits en adéquation avec la

gestion des accouchements à domicile. Un exemple parmi d'autres, l'interdiction faite aux sages-femmes de pratiquer une version, geste pourtant « salvateur » lorsque le médecin tarde à venir et qu'a fortiori les sages-femmes maîtrisent. « Voilà trente-trois ans que j'exerce et j'ignorais cette défense à la sage-femme », s'étonne une praticienne menacée par un médecin de sa commune ; témoignage auquel la directrice du Syndicat général répondra,

> « En résumé mes chères collègues, si vous vous sentez suffisamment adroites, et si vous ne croyez pas devoir appeler, à titre de confraternité, le médecin du pays ou du quartier, faites votre version, et personne n'aura le droit de vous poursuivre pour ce fait[89]. »

De même, elles demanderont l'autorisation d'appliquer les forceps, « la tête reposant sur le plancher périnéal » pour faire face aux risques de souffrance ou de mort du nouveau-né pendant une expulsion trop longue et « en attendant l'arrivée du médecin ». En précisant,

> « Du reste, ce droit que nous réclamons pour toutes est accordé par quelques accoucheurs à quelques sages-femmes, pas en clientèle, dans les hôpitaux[90]. »

Au prix de longues années de lutte syndicale, la formation des sages-femmes françaises a connu de nombreuses modifications visant à augmenter leurs compétences médicales et ainsi améliorer leur reconnaissance.

> « C'est-à-dire, heu, en France, pour que le nombre d'études augmente, ça été très, très long. Là, j'ai retrouvé des… Sur les études de sage-femme au XIX^e^ siècle, déjà, à la fin du XIX^e^, alors, elles ne faisaient qu'un an. […] Elles redoublaient pour pouvoir faire une année supplémentaire. La deuxième année est arrivée à la fin du XIX^e^ siècle. Avant la guerre de 1914, elles demandaient trois ans. La troisième année n'est arrivée qu'à partir de 1945. […] Nous, on demandait quatre ans, parce qu'on manquait… Ce n'est arrivé qu'avec la promotion d'Anne, c'est-à-dire, il faut presque quarante ans. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Tout d'abord de deux ans en 1892, la formation deviendra accessible avec le certificat d'études, puis avec le brevet élémentaire et ce afin d'unifier le diplôme conformément à la loi du 5 Août 1916 visant à supprimer la division de la profession entre sages-femmes de première et seconde classe.

---

[89] Chronique de Mme Roger Bocquillet, directrice du Syndicat général des sages-femmes dans le *Journal officiel*, n° 149, du 5 janvier 1904, p.1-2.
[90] *La Sage-femme*, n° 202, du 5 septembre 1906, p.131.

Dans les années 1930, la question d'une troisième année d'étude, demandée depuis le début des années 1900 par les sages-femmes[91], trouve quelques appuis parmi les médecins.

> « Assurément, l'État ne confère plus qu'un diplôme unique. Toutes les sages-femmes sont désormais sur le même pied, mais rien n'a été changé dans leur formation. À de rares exceptions près, les écoles universitaires et départementales ne paraissent pas avoir compris ce que dans notre société actuelle on doit demander à l'indispensable corporation des sages-femmes[92]. »

Toutefois, ce soutien ne semble pas tout à fait désintéressé de la part du Pr. Couvelaire. Il ne souhaite pas voir disparaître l'enseignement de l'obstétrique permettant aux sages-femmes de surveiller « l'accomplissement d'une fonction qui a chaque moment peut cesser d'être physiologique » et,

> « d'être capables de rester de longues heures au chevet des parturientes et de recevoir du mieux possible dans leurs mains expertes l'enfant parfois plus pressé de naître que le médecin, tiraillé par de multiples obligations, de venir[93]. »

Cependant, il souhaite avant tout « prévoir et organiser la formation » de la sage-femme en tant qu'« assistante ou suppléante des médecins dans des limites nettement fixées » et ce afin « d'étendre leur champ d'activité » en dehors de l'accouchement, notamment en matière de surveillance de la grossesse et de puériculture, répondant ainsi « aux vœux déjà formulés en 1917 par la société des accoucheurs de Paris[94]. »
Ainsi, les études passeront à trois ans en 1947 ; en 1983, le baccalauréat sera exigé. À partir de 1986, les études dureront quatre ans, puis cinq ans à partir de 2002, incluant une première année de médecine.

De nos jours, bien que la formation offre de nombreuses compétences médicales, les progrès de la chirurgie et l'implication grandissante des médecins, chirurgiens et anesthésistes autour des parturientes n'est pas sans conséquence sur la place et le droit à la parole des sages-femmes. Certaines sages-femmes s'attellent pourtant à préserver les parturientes des rouages de l'institution.

---

[91] Revue *Le Puériculteur*, nº 10, du 20 octobre 1906, p. 145.
[92] Propos du Pr. Couvelaire, Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, dans la revue syndicale *La sage-femme du Nord*, nº 8, août 1930, p.728.
[93] *Ibid.*
[94] *Ibid.*

> « Il faut aussi dire un mot de l'irruption dans la maternité du pédiatre, cautionnée par le plan de périnatalité, et de l'anesthésiste, au nom de la lutte contre la douleur […] et qui ont bien sûr chacun leur idée de l'obstétrique. […] La spécificité, et la difficulté, de ma position hospitalière est de faire respecter par chacun de ces trois médecins (et même de ces trois corps médicaux) qui rôdent autour d'elle [la patiente], la particularité de cette femme-là, de lui épargner une conduite protocolaire, stéréotypée par l'idée d'un archétype de parturiente[95]. »

Encore une fois, Josiane décrit avec humour cette domination du paradigme biomédical dans l'encadrement des patientes :

> « Moi, quand les femmes venaient accoucher et me disaient "mon docteur m'a dit que je dois accoucher aujourd'hui", je leur disais, "il vous à dit à quelle heure ?" [rires]. Parce que c'est ça qu'il faut dire, il faut prendre ça avec humour… avec humour. Mais ça, c'est le don de prophétie vous voyez. Alors que l'histoire du terme, ça a longtemps été en discussion hein, à savoir si c'est 40, 41, 42 semaines. Mais c'est pas grave, on les déclenche ![...] De toute façon, le bébé est mieux entre les mains du médecin que dans le ventre de sa mère, hein ! Ben oui, parce qu'il était en danger autrement. De toute façon, c'est l'histoire du docteur Knock hein, tout bien portant est un malade qui s'ignore, c'est ça ! C'est ça l'obstétrique, c'est heu, toute grossesse est un parcours, de toute façon c'est une course d'obstacles, c'est un parcours de dangers absolument incroyables et heureusement qu'à toute étape, il y a Zorro qui est là, qui attend pour te sauver, hein. Le problème c'est qu'on a dépossédé complètement les femmes de leur grossesse. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

La mise à l'écart des sages-femmes par la médicalisation, outre la technicisation de leur accompagnement, les pousse à redéfinir sans cesse leur rôle en milieu hospitalier.
Lors du colloque organisé en 2004 par la Société d'histoire de la naissance ayant réuni de nombreuses professionnelles autour de la question de leur avenir, l'une d'entre elles s'est exprimée sur la perte d'autonomie des praticiennes hospitalières et sur son inquiétude quant à la place des futures sages-femmes dans l'accompagnement des accouchements physiologiques.

> « Moi, cela m'amuse toujours quand les sages-femmes parlent d'autonomie. Si l'autonomie, c'est mettre la perf. de Syntho plutôt à 4 qu'à 2, on n'a pas vraiment d'autonomie. Il y a un décalage entre ce que l'on dit et ce qui se passe. Que veut-on pour les élèves ? Si sur le terrain, des élèves sages-femmes qui viennent dans mon niveau II B trouvent ça drôlement humain, super familial et sympa,

[95] Bourdais Françoise, « Sage-femme hospitalière : 25 ans de pratique : d'où viens-je ? Où cours-je ? Et dans quel état j'erre ? », in *Sages-femmes : d'hier à aujourd'hui. Pour quel avenir ? Actes du colloque de la Société d'histoire de la naissance*, Nantes, septembre 2004, p. 116.

> je suis étonnée ; si elles trouvent cela humain et sympa, moi je trouve déjà que c'est une usine… donc on ne parle pas de la même chose ! Qu'est-ce qu'on va offrir aux élèves à l'avenir, parce que si elles ne l'ont pas vu, elles ne sauront pas que cela existe[96]. »

Seules les sages-femmes libérales qui ont persisté à pratiquer le suivi global de leurs patientes, conformément aux lois relatives au libre choix du praticien, ont pu préserver leur autonomie face au système médical imposé et l'entière mise en pratique de leurs compétences.

En acceptant les conditions du salariat, la majorité des sages-femmes aurait donc favorisé ou bien simplement révélé, le paradoxe spécifique à la formation française, qui tend à valoriser le caractère médical de la profession tout en adoptant une position subordonnée aux médecins.
L'abandon de la pratique libérale au profit de la médicalisation n'a-t-elle pas mis en danger les autres aspects, psychologique, physiologique, de l'accompagnement à la naissance ?

> « La majorité des femmes, en s'en remettant au corps médical pour la naissance de leurs enfants, ne font que partager l'opinion générale : la médecine la plus technique est la plus sécuritaire, et garantit la meilleure santé possible. Les femmes préfèrent sacrifier la non prise en compte de leur vécu subjectif pour cette sécurité. » (Montazeau O., in *Actes du colloque de la SHN*[97], 2004 : 112).

Aujourd'hui, celles qui souhaitent privilégier l'aspect relationnel de l'accompagnement à la naissance, quittent le milieu hospitalier et renoncent, la plupart du temps, à être présentes le jour de l'accouchement en se concentrant sur le suivi des grossesses et des suites de couches.
Il semble que cette scission, entre la pratique hospitalière et la pratique libérale, soit présente dans l'enseignement qui privilégie bien souvent l'une au détriment de l'autre, ce qui peut expliquer, en dehors d'une préférence pour le travail d'équipe et l'accompagnement en salle de naissance, que la plupart des jeunes sages-femmes ne s'installent pas en libéral à la sortie de l'école.
Selon les témoignages recueillis par l'historienne Yvonne Knibiehler,

> « Les sages-femmes, dans leur grande majorité, éprouvent la nostalgie du "soin global" qui leur permettrait d'accompagner chaque patiente depuis le début de sa grossesse jusqu'à ce qu'elle s'épanouisse dans sa fonction maternelle. Ce type de relation est en voie de disparition. » (Knibiehler, 2007 : 111).

---

[96] *Sages-femmes : d'hier à aujourd'hui. Pour quel avenir ? Actes du colloque de la Société d'histoire de la naissance*, *op. cit.*, p.142.
[97] SHN : Société d'histoire de la naissance.

Si tel est le cas, pourquoi sont-elles si peu nombreuses, parmi les libérales, à proposer le suivi global ? Aujourd'hui, cela se comprend par l'absence d'assurance, cependant, avant l'annulation de cette assurance en 2001, elles n'étaient pas beaucoup plus nombreuses…
La pratique de l'accompagnement global, en plus d'être freinée par l'absence d'assurance pour exercer à domicile et la non application des lois permettant l'accès aux structures hospitalières, n'est visiblement pas valorisée par la formation ; certaines écoles interdisent même les stages auprès des sages-femmes libérales qui le pratiquent. Elle est donc peu connue par les jeunes sages-femmes. La transmission se fait entre professionnelles, la rencontre avec une sage-femme expérimentée, dans une forme de compagnonnage permettant d'assister en toute confiance à des accouchements à domicile, en binôme, puis seule, est un élément essentiel, évoqué par les sages-femmes concernées, lors des entretiens, à leur engagement dans l'accompagnement global.

2- Définition et vécu du métier.

Le parcours personnel et professionnel, la formation, les rencontres, forgent chez chaque sage-femme un vécu, une perception et une définition singulière du métier.

> « Ça c'est frappant, c'est tout de même incroyable, de se dire qu'on a fait le même cursus et qu'il s'en dégage des pratiques si différentes après. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

L'eutocie, domaine réservé aux sages-femmes, s'oppose généralement à la dystocie[98], gérée par les médecins. Cependant la frontière entre les deux est mal définie et les limites posées ne sont pas les mêmes pour tous les professionnels. De plus, les sages-femmes constatent que les conceptions de la grossesse et de l'accouchement, comme potentiellement porteurs de risques, propres aux médecins, se sont largement imposées au grand public.

> « Les pratiques autour de la grossesse et de l'accouchement sont le résultat logique du développement des connaissances et des technologies obstétricales, et le discours qui les soutient est si intimement lié à la transformation des valeurs sociales qu'on ne saurait dire, de l'œuf ou de la poule, lequel a généré l'autre. L'occupation est totale. La coexistence d'autres discours ou pratiques

[98] La dystocie désigne une difficulté mécanique ou dynamique lors de l'accouchement.

> est désormais inconcevable dans une société moderne. […] Comment penser la relation entre les médecins et les sages-femmes, quand les uns ont conquis le royaume des autres et y imposent leurs lois, leur langue, leurs valeurs[99] ? »

Les définitions de la pathologie et de la physiologie ne sont pas les mêmes selon les pays, ce qui entraîne une prise en charge et des pratiques différentes, comme le notent par exemple Madeleine Akrich et Bernike Pasveer dans leur travail de comparaison *Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*.

> « En France, toute grossesse, tout accouchement sont potentiellement risqués. […] Aux Pays-Bas, les femmes sont, sauf preuve du contraire, supposées en bonne santé, et dans ces conditions être en mesure de mener à bon terme la grossesse et l'accouchement. » (Akrich, Pasveer, 1996 : 32).

L'attachement plus ou moins marqué à la technique ou à l'accompagnement humain, se répercute dans la pratique, dans la définition de la sécurité, du risque et donc dans la prise en charge proposée aux femmes. Le bémol étant dans la difficulté d'allier les deux selon le statut choisi. Pour les sages-femmes hospitalières, les protocoles médicaux auront tendance à brider leur liberté dans l'accompagnement émotionnel des femmes, dans le temps accordé à la rencontre, à la parole, à la connaissance des désirs et des besoins de chaque patiente. Pour les sages-femmes libérales, bien que la pratique soit diversifiée et s'inscrive dans la durée, du suivi de grossesse aux suites de couches, en passant par la préparation à la naissance et à la parentalité, l'exclusion de l'accouchement, ne leur permet pas de concrétiser cet accompagnement par une présence active et un accompagnement dans l'événement clé de la naissance.

> « En m'installant en libéral, j'ai retrouvé ce que j'aimais dans mon métier, accompagner les femmes dans leur maternité. Par contre je ne fais plus d'accouchements... Mais bon... » (Entretien avec Lisiane, sage-femme libérale.)

Selon Yvonne Knibiehler,

> « Le concept d'accompagnement global, on dit aussi "soin global", est inventé par les accoucheuses des années 1970-1980, en réaction contre une médicalisation qui désarticule leur pratique. Pourront-

[99] Brabant Isabelle, « La place respective des médecins et des sages-femmes autour de la naissance », in *Sages-femmes : d'hier à aujourd'hui. Pour quel avenir ? Actes du colloque de la Société d'histoire de la naissance*, *op. cit.*, p. 87-88.

> elles le faire admettre ? Il faut trois conditions, difficile à réunir : Qu'elles soient unanimes pour le défendre ; qu'elles obtiennent l'appui massif des familles ; que le corps médical consente à leur laisser plus de place. » (Knibiehler Y., 2007 : p. 58).

Il semble néanmoins peu probable, au regard de l'histoire de la profession et de la divergence actuelle des pratiques, que la totalité des sages-femmes, hospitalières comme libérales s'accordent sur un type d'accompagnement, en l'occurrence l'accompagnement global, évoqué ici. Tout d'abord parce que les métiers de sage-femme hospitalière et de sage-femme libérale (bien qu'ils constituent une même profession) ne sont pas les mêmes, ni dans la pratique, ni dans la conception de l'accompagnement. Ensuite parce que réduire l'accompagnement à un seul mode, une seule façon de faire, ne correspondrait pas aux besoins exprimés des futurs parents.

3- Responsabilités et pression médico-légale.

Toujours dans l'idée d'apporter une perspective historique dans la compréhension des conditions de travail telles que les connaissent les sages-femmes aujourd'hui, il est intéressant de remarquer que la relation entre ces dernières et les médecins est, depuis sa genèse, imprégnée des questions de responsabilités inhérentes à l'accompagnement de l'accouchement. Le médecin accoucheur d'autrefois, tout comme le gynécologue obstétricien d'aujourd'hui, étant considéré comme le seul autorisé à intervenir lors d'un accouchement dystocique, n'encourt pas les mêmes peines que la sage-femme à qui l'on pourra reprocher de ne pas avoir fait appel au médecin dans les temps.

Dans une chronique, datée du 5 janvier 1904, consacrée à l'interdiction pour les sages-femmes d'effectuer des gestes techniques réservés, depuis la loi de 1892, aux médecins, la directrice du Syndicat national des sages-femmes s'exprime en ces termes :

> « Je vous avoue volontiers que, devant une présentation de l'épaule, présentation prévue avant la rupture des membranes, je préfère donner la responsabilité au médecin à qui on n'en voudra pas en cas d'accident, alors qu'il n'en serait pas de même pour nous[100]. »

[100] Roger-Bocquillet Marie, dans le n° 146 du 5 janvier 1904 de la revue *La Sage-femme* (« organe officiel du Syndicat général des sages-femmes de France »), p.2.

Néanmoins, aux dires des nombreux articles de l'époque à ce sujet, les sages-femmes jugeaient parfois être plus à même de faire face à certaines complications qu'une partie des médecins qui manquaient de pratique.

> « Si le médecin est intelligent, il vous laissera agir s'il reconnaît votre compétence supérieure à la sienne ; s'il agit seul et qu'un accident vienne à se produire, votre responsabilité sera à couvert[101]. »

Il semblerait que la perte d'autonomie dans la pratique ou plus exactement la restriction des compétences des sages-femmes applicables au cours du travail de l'accouchement, admise dès le début des années 1900, ait été étroitement liée aux pressions médico-légales qu'elles subissaient d'ores et déjà.

Dans les années 1930, le Dr. Paul Boudin, bien qu'il fût conscient que le statut des sages-femmes nécessitât une réforme, « pour que leurs études étant modifiées, elles puissent se trouver dans une situation professionnelle adéquate à la situation scientifique actuelle[102] », rappelait que,

> « Nous vivons toujours sous le régime de la loi du 30 novembre 1892, qui fait interdiction aux sages-femmes de se servir d'instruments. […] Que les sages-femmes qui ne veulent pas avoir d'histoires observent scrupuleusement la loi[103]. »

L'autorisation accordée aux sages-femmes d'effectuer des gestes techniques en cas d'urgence, gestes qui leur ont été enseignés et pour lesquels on reconnaît donc leurs compétences, a été réitérée par le Code de déontologie rédigé en 1949, à travers l'article 25, qui stipule qu'en cas de force majeure et en l'absence de médecin, la sage-femme est autorisée à apporter les soins nécessaires.

Dans les années 1930, les sages-femmes, qui tenaient parfois des maisons d'accouchement et avaient pour habitude d'effectuer des épisiotomies ou la rupture des membranes lorsque cela leur semblait nécessaire, ont été rappelées à l'ordre. Leur ont été alors reprécisés les risques encourus pour exercice illégal de la médecine en cas d'utilisation d'instruments, en dehors « des cas d'urgence au cours desquels il faut agir vite, sans qu'on ait le temps de faire appel aux secours de l'homme de l'art », tout en soulignant qu'« il n'y a aucun déshonneur à ce qu'une

[101] Propos de Mme Roger-Bocquillet M., dans la revue *La Sage-femme*, n° 147, du 20 janvier 1904, p.2.
[102] Réponse du Dr. Paul Boudin dans la rubrique « Je voudrais bien savoir… jusqu'où s'étendent les droits d'une sage-femme concernant l'emploi d'instruments pour rester d'accord avec les termes de la loi du 30 novembre 1892. », de la revue *La Puériculture*, n° 17, 10 juin 1932, p.535.
[103] *Ibid*.

sage-femme fasse appel à un médecin, puisque la loi limite sa liberté d'exercice ». Une certaine indulgence était donc convenue face aux urgences, mais non aux « faits d'habitude[104] ». Cinquante ans plus tard, les sages-femmes continuent de s'interroger sur cette « main mise » du pouvoir médical et politique sur leurs pratiques :

> « Attitude hypocrite : on reconnaît aux sages-femmes, devant un danger, la compétence pour traiter « comme un médecin ». Si la compétence est utile en cas de danger ne demeure-t-elle pas en période normale[105] ? »

Aujourd'hui, les conditions sanitaires se sont fortement améliorées et les modalités de surveillance, de dépistage et de prise en charge des grossesses pathologiques sont telles qu'un accouchement, même à domicile, dans le cadre d'une grossesse physiologique, ne représente plus les mêmes risques qu'autrefois. Seulement, la médicalisation est devenue la norme, et l'accouchement à domicile, voire même simplement l'accompagnement physiologique d'un accouchement en milieu hospitalier, représente une prise de risque inutile, un retour en arrière pour une majorité de femmes et de praticiens. « Le domicile pour certains c'est inimaginable, c'est l'absence de civilisation », me fait remarquer Karine. Représentation qui sera confirmée par Rebecca, sage-femme cadre lorsqu'elle s'exclame, « enfin, on est plus dans la brousse quoi. Il y a des choses on ne peut pas revenir dessus ».

Certains professionnels iront jusqu'à conseiller l'augmentation des césariennes pour « préserver » les périnées avec l'approbation de quelques patientes[106].

La nouvelle génération de sages-femmes quant à elle, bien que formée à accompagner, en théorie, les accouchements physiologiques, n'ont que très peu d'exemples dans la pratique. Évoluant dans un univers hospitalier au sein duquel les parturientes « sont prises en charge, infantilisées et non accompagnées[107] », les jeunes sages-femmes manquent d'expérience, de ressources, pour répondre aux attentes des femmes qui souhaitent vivre leur accouchement de la manière « la plus naturelle possible ».

> « Les élèves sages-femmes sont paralysées et muettes. Faute de trouver les mots adaptés aux situations d'angoisse des femmes, faute de trouver les clés du savoir-être et de l'asepsie verbale,

[104] *La Puériculture*, n° 17, du 10 juin 1932.
[105] *Être sage-femme libérale. Hier, aujourd'hui, demain*, ANSFL, 1989, p. 50.
[106] *Sages-femmes : d'hier à aujourd'hui. Pour quel avenir ? Actes du colloque de la Société d'histoire de la naissance*, *op. cit.*, p. 139.
[107] Odile Montazeau, *Sages-femmes : d'hier à aujourd'hui. Pour quel avenir ? Actes du colloque de la Société d'histoire de la naissance*, *op. cit.*, p. 111.

dont elles entendent causer dans les cours et dans les livres. Elles ne sont jamais sereines et toujours à quémander une recette pour survivre à l'angoisse des femmes[108]. »

Pour Josiane, l'absence de globalité dans l'enseignement des jeunes sages-femmes, du suivi des patientes depuis le début de leur grossesse jusqu'à l'accouchement, les éloigne également du vécu des patientes et donc de la compréhension de leurs besoins.

« Et ça, je le disais aux élèves, votre avenir est dans la consultation de grossesse. Et j'avais Mme Javaillon en tête quand je disais ça. Parce qu'à partir du moment où elles vont faire du suivi de grossesse, depuis la déclaration, depuis le début et suivre les femmes elles vont comprendre ce qui se passe, le vécu des femmes. Et petit à petit elles vont peut être s'interroger elles-mêmes, par phénomène de miroir, sur leur positionnement de professionnelles. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

De plus, l'activité libérale, tout comme la pratique hospitalière, sont victimes de la pression émergeant d'une société de plus en plus procédurière.

« Les procès se multiplient, rappelle Claudine. Il y a seulement quelques années, les parents remerciaient l'équipe de réanimation néonatale, quel que soit le résultat de la prise en charge, même si l'enfant décédait. Les efforts de chacun étaient reconnus, on avait fait le maximum. Actuellement les procédures judiciaires sont mises en œuvre à tout propos : cela est déstabilisant pour les équipes et ne peut que renforcer la médicalisation. Car ce n'est presque jamais l'aspect iatrogène de certaines interventions qui est dénoncé, c'est presque toujours le défaut d'intervention. D'où la surenchère. » (Knibiehler, 2007 : 127).

4- L'engagement des sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global.

La notion de suivi global ou accompagnement global a été définie en 1983 lors de la création de l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales. Elle correspond à une définition de la pratique que ses membres défendaient fermement, « le suivi (humain et médical) de la mère (et de sa famille) pendant sa grossesse, son accouchement, ses suites de couches, par une sage-femme[109] ».

[108] Odile Montazeau, *op. cit.*, p. 110.
[109] Jeannette Bessonart, « Historique et objectifs de l'ANSFL » in *Lettre aux adhérentes*, ANSFL, avril 1993.

Jeannette Bessonnart, sage-femme hospitalière ayant soutenu Mme Françoise Olive, première présidente de l'ANSFL dans la création de l'association [110], s'était exprimée, dans une « Tribune libre » sur ses inquiétudes de voir ce concept « galvaudé ou récupéré », et rappelait que :

> « Défendre l'accompagnement global de la naissance, et les moyens de le réussir n'exclut pas toutes les autres formes de pratiques professionnelles en libérales ou salariées. […] Défendre l'AGN, c'est mettre l'accent sur un concept fondamental de la profession. » (ANSFL, « Lettre aux adhérentes », avril 1993).

La plupart des sages-femmes libérales semble avoir une bonne connaissance de ce que peut être l'accompagnement global. Dans une étude menée en 2005 par Marion Bazin,[111] dans le cadre de son mémoire de fin d'étude de sage-femme à l'École de sage-femme de Caen, les contraintes administratives, l'absence d'assurance, les difficultés d'accès aux plateaux techniques des maternités et enfin les difficultés d'organisation familiale dues à la grande disponibilité que demandent les accouchements à domicile, sont les raisons données par les sages-femmes libérales pour expliquer leur refus de pratiquer l'accompagnement global. Une non-adhésion à cette pratique, n'est en revanche, jamais évoquée.
Le point de vue des sages-femmes hospitalières semble beaucoup plus mitigé et axé sur les risques présumés de la pratique de l'accouchement à domicile plus que sur les avantages d'un tel suivi. Les difficultés d'intégration des sages-femmes libérales concernées, dans les maternités, reflètent la persistance des préjugés entravant les relations interprofessionnelles.
C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles la loi permettant l'accès aux plateaux techniques par les sages-femmes libérales, comme cela est le cas pour d'autres professions médicales, peine à être appliquée.

Dès la fin des années 1980, les sages-femmes libérales réunies autour de l 'ANSFL se sont battues,

[110] « D'ailleurs ce concept d'accompagnement global de la naissance a été mise en forme par Françoise Olive et moi-même lors de la création de l'ANSFL », *ibid.*, p. 5.
[111] Bazin M., 2005, *L'accompagnement global et les difficultés rencontrées par les sages-femmes qui le pratiquent*, mémoire de fin d'étude de sage-femme, École de sage-femme de Caen.

> « Pour que leur travail soit reconnu et pour qu'il leur soit possible de proposer aux couples qui les sollicitent pour l'accompagnement des naissances des enfants, un lieu autre que le domicile permettant d'assurer des conditions favorables au moment de l'accouchement[112]. »

Grâce aux nombreuses démarches de la présidente (Mme Olive) et de la trésorière (Mme Gavillot) de l'Association auprès des institutions[113], les sages-femmes libérales pourront appuyer leurs demandes d'accès aux plateaux techniques des maternités sur les articles L710-1 et L711-5 de la loi hospitalière (nº 91-748), obtenue le 31 juillet 1991, qui prévoit que :

> « Les médecins et les autres professionnels de santé non hospitaliers peuvent être associés au fonctionnement des établissements assurant le service public hospitalier ; ils peuvent par contrat, recourir à leur plateau-technique afin d'en optimiser l'utilisation. »

Malgré leur souhait de « collaborer avec le service public » et l'appui du Ministère de la santé et de certains élus, les sages-femmes libérales praticiennes, ne cessent de témoigner,

> « [Des] réticences locales de la part, des directeurs qui opposent des arguments juridiques et de non clarté des responsabilités, des médecins qui sont parfois opposés à la pratique et à l'autonomie des sages-femmes et des DDASS qui préfèrent ne pas trop s'engager dans le débat[114]. »

En effet, les nombreuses correspondances consultées à ce propos montrent que les réticences sont grandes. Face à l'hostilité d'une surveillante-chef envers les sages-femmes libérales œuvrant au sein de son établissement, le conseil de l'Ordre des sages-femmes n'apportera son seul soutien qu'en affirmant que,

> « Le directeur est responsable de ce qui se passe dans l'hôpital. Il délègue ses pouvoirs à la surveillante-chef. Il est normal que la surveillante-chef ait autorité sur tout se qui se passe dans le service[115]. »

Le Syngof[116] et le conseil de l'Ordre des médecins, quant à eux, jugeront la démarche des sages-femmes « farfelue[117] » et toute collaboration avec celles-ci « tout à fait impossible[118] ».

---

[112] « Ouvertures des hôpitaux publics aux sages-femmes libérales », in *Cahier de recherches* nº10 B, Association Sages-femmes du monde, 1990.
[113] Cf. correspondances archivées par l'ANSFL entre l'Association, le Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, la Direction des hôpitaux, les Directions départementales des Affaires sanitaires et sociales, et le Ministère des Affaires sociales et de l'emploi.
[114] Cf. *Cahier de recherches* nº10 B, Association Sages-femmes du monde, 1990, p. 83.
[115] Cf. lettre de l'Ordre des sages-femmes, datée du 29 septembre 1988, Archives ANSFL.
[116] Syndicat national des gynécologues et obstétriciens français.

II/ Difficultés de communication.

1- Entre professionnels.

> « La gestation comme l'accouchement, est « affaire de femmes » et ce sont des hommes qui en parlent et nous renseignent. Des hommes de la ville qui plus est, avec leur savoir, leurs préventions, leur fréquente incompréhension, leur volonté grandissante, à partir du XVII^e^, d'imposer leur façon de voir. » (Gélis, 1984 : 107).

Si l'on en croit les écrits étudiés par l'historien Jacques Gélis en matière d'obstétrique, la volonté des professionnels de la biomédecine d'imposer une vision unique de concevoir les notions de risque, de sécurité et de soins, ne date pas d'hier.

Malgré l'évolution certaine de la profession de sage-femme, en termes d'accès aux connaissances et savoir-faire obstétricaux, la reconnaissance envers leur activité, en particulier de la part des autres professions de santé impliquées dans la prise en charge des mères et des nouveau-nés, n'a pas toujours été chose facile.

Dans une chronique intitulée « Entre nous. Rapports entre médecins et sages-femmes », parue dans la revue *La Sage-femme*, le 5 janvier 1906, des praticiennes témoignent des « mesquineries », des « taquineries », de la « concurrence excessive », « que leur font subir, soit le médecin d'une même localité, soit le syndicat médical de leur département[119]. »

> « Au lieu d'être l'ami indiqué, le médecin est le plus souvent l'ennemi ; s'il n'est pas toujours le concurrent, il manque trop souvent de tact envers la sage-femme qui lui demande son ministère en cas de complications[120]. »

Face au refus des médecins concernés et de leur Ordre de répondre de leurs actes et paroles, les sages-femmes ont, à plusieurs reprises, renouvelé leurs vœux de « l'entente et l'accord parfaits entre les médecins et les sages-femmes[121]. »

---

[117] Cf. la lettre de M. Jean Senèze, Président du Syngof, adressée au chef de service de gynécologie-obstétrique d'une maternité ayant fait l'objet d'une demande d'accès au plateau technique, datée du 3 juillet 1989, in *Archives* de l'ANSFL.

[118] Cf. la lettre du conseil de l'Ordre des médecins adressée à ce même chef de service, datée du 30 juin 1989, in *Archives* ANSFL.

[119] *La Sage-femme*, organe officiel du Syndicat et de l'Association amicale et mutuelle des sages-femmes de France, n° 194, du 5 janvier 1906, p.1.

[120] *Ibid*.

> « “Courtoisie et entente” devrait être la phrase d’union entre les sages-femmes et les médecins de France. […] L’année 1906 ouvrira-t-elle l’ère de réconciliation et de rapprochement entre nous et les médecins ? Personnellement, nous le désirons ardemment[122]. »

Bien d’autres articles, au début des années 1900, illustreront ces difficultés de communication et de collaboration. Les sages-femmes libérales sont nombreuses à interroger leur syndicat sur les recours possibles, face à un médecin « qui voudrait faire tous les accouchements » et les « supprimer »[123], à un autre qui par des paroles désobligeantes, chassera la sage-femme du domicile où elle l’aura fait appeler, à un pharmacien qui refuse de leur délivrer « les antiseptiques destinés à se laver les mains » sans ordonnance d’un médecin, et bien d’autres cas encore.

> « La lutte continue toujours, dans le corps médical, entre les médecins et les sages-femmes ; et nous ne voyons plus où elle cessera[124]. »

A-t-elle d’ailleurs un jour cessé ?

Dans les années 1980, les débats concernant la place respective des médecins et des sages-femmes, dans le suivi de grossesse et la surveillance de l’accouchement, étaient encore très virulents. L’autorisation faite aux sages-femmes de pratiquer des échographies[125], contre laquelle les médecins protestèrent fermement, est un exemple probant, de l’opposition systématique du conseil de l’Ordre des médecins envers l’attribution faite aux sages-femmes de compétences supplémentaires[126].

Aujourd’hui encore, la presse médicale regorge de propos défavorables aux sages-femmes.

L’histoire se répéterait-elle donc inlassablement au travers de ce bras de fer… ?

Un découragement certain se laissait entendre dans les propos des sages-femmes, il y a déjà de cela plus d’un siècle :

---

[121] *Ibid*.
[122] *Ibid.*
[123] *La Sage-femme*, n° 196, 5 mars 1906, p.33.
[124] *Ibid.*
[125] Décret n° 86-124, du 23 janvier 1986.
[126] Cf. les nombreux articles consacrés à ce sujet dans le *Quotidien du médecin* : « Les sages-femmes autorisées à pratiquer des échographies : tollé chez les médecins », *Quotidien du médecin*, du 3 février 1986 ; « Échographies de grossesse, la CSMF coupe le cordon », *Quotidien du médecin*, du 5 février 1986 ; « Échographies de grossesse, la CSMF en appelle à Mitterand », *Quotidien du médecin*, du 6 février 1986 ; « La CSMF boycotte la commission de la nomenclature », *Quotidien du médecin*, du 11 février 1986 et les autres : les 7 février 1986 ; 11 février 1986 ; 20 février 1986 ; 5 mars 1986…
NB : CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français.

> « Si nous, sages-femmes de première ou de deuxième classe, ayant fait de sérieuses études, n'avons pas plus de droits que les matrones, à quoi bon exiger de nous des brevets et des études complètes aussi fatigantes que coûteuses ? […] Si la science que nous acquérons dans nos grandes écoles ne peut qu'être pour nous un bagage inutile, à quoi bon nous l'infuser goutte à goutte, avec tant de peines, puisqu'il nous sera défendu d'en user, afin d'en vivre honnêtement[127] ? »

Cela dit, elles ne désarmèrent pas pour autant :

> « Cependant, nous luttons, nous voulons la considération, l'estime. Est-ce que notre sexe sera éternellement bafoué, malgré nos efforts, nos mérites ? Nous voulons connaître nos droits et nous en servir, montrer qu'aujourd'hui, notre corporation a conquis sa place et saura la conserver, malgré tout[128]. »

C'est ce même combat qui transparaît en filigrane lorsque l'on relit les revendications des sages-femmes des années 1980, de travailler « en collaboration et non en concurrence[129] » avec les médecins et qui persiste encore aujourd'hui au travers des témoignages recueillis auprès de sages-femmes militantes, engagées dans la préservation de leurs compétences et la reconnaissance de leur pratique.

Car en effet, la concurrence faite aux sages-femmes ne semble pas s'être amoindrie ces dernières décennies, par l'apparition de multiples disciplines périnatales, chacune voulant confirmer sa place dans l'espace périnatal.

> « À mesure que l'on clame que la grossesse n'est pas une maladie, on ne peut en effet que s'étonner du nombre croissant de ses spécialistes, parmi lesquels on retrouve un certain nombre de professionnel(le)s du psychisme qui occupent aujourd'hui une place de choix en périnatalité. » (Vozari, 2015 : 5).

Par un travail de communication réalisé récemment par la Sécurité sociale, la place des sages-femmes semble, aux dires des sages-femmes libérales rencontrées, de mieux en mieux connue en ce qui concerne le suivi de la grossesse, la préparation à la naissance et le suivi des suites de couches. En effet, les maternités, en raison d'un manque de personnel, proposent de moins en moins de consultations de suivi de grossesse avant le huitième mois ainsi que de séances de préparation à la naissance et dirigent pour cela les femmes vers le secteur libéral, de même pour

[127] *La Sage-femme*, n° 196, 5 mars 1906, *op. cit.,* p.35.
[128] *Ibid.*
[129] ANSFL, 1989, *op. cit*., p 55.

le suivi des suites de couches lorsque les séjours post-partum se doivent d'être limités pour des raisons de places. Cela dit, peut-on en dire autant en ce qui concerne l'accouchement ?

2- Entre les professionnels de santé et les patientes.

Parallèlement à la médicalisation de l'accouchement, l'amélioration des conditions de vie et la maîtrise croissante de la fécondité ont participé au recul de la mortalité maternelle et infantile. Les connaissances scientifiques en matière de procréation, ont été valorisées, ignorant, du même temps, les savoirs féminins ancestraux, empiriques et intimes.

L'accroissement des accouchements en maternité a non seulement modifié l'attitude des femmes vis-à-vis de la naissance mais également la position des médecins-accoucheurs. Les protocoles ont petit à petit remplacé les habitudes traditionnelles et familiales.

> « La naissance de l'enfant en milieu hospitalier revêt bien des éléments constitutifs du rite de passage. Les séquences sont définies. L'arrivée à la maternité marque la séparation entre la mère et son environnement habituel. La naissance de l'enfant se passe dans une salle conçue à cet effet. Le séjour à la maternité tient lieu de phase de marginalisation avec restriction des déplacements et des activités de la mère dans l'objectif de la protéger ainsi que son enfant. » (Tillard, 2002 : 280).

Les professionnels de santé, formés et modelés par l'institution médicale, semblent être dans l'attente d'une adaptation plus ou moins spontanée de fait de la part des patientes.
De leur côté, les femmes sont en majorité en accord avec l'encadrement de la naissance et de la grossesse qui leur est proposé et se soumettent aisément « aux nouveaux devoirs des futurs parents » (Tillard, 2002 : 17). Celles qui, en revanche, « n'adhèrent que modérément aux différentes injonctions médico-sociales », qui manifestent des réticentes à la norme, « indisposent car elles ne se soumettent pas à un code social convenu, appuyé par des dispositions de la réglementation administrative » (Tillard, 2002 : 281).
Le milieu hospitalier n'étant pas côtoyé fréquemment, les témoignages des proches ou des aînés influent sur les appréhensions que les femmes peuvent avoir du milieu médical. Les praticiens participant à la préparation à la naissance jouent donc un rôle important dans la mise en place d'un dialogue entre les deux parties.

Dans un article intitulé « Si maman va bien, bébé va bien. La gestion des risques psychiques autour de la naissance », Anne-Sophie Vozari met en évidence les dessous de l'évolution de la prise en charge périnatale, telle qu'elle apparaît au travers notamment du dernier plan de périnatalité.

> « Avec cette évolution législative, il n'est en effet plus seulement question d'agir sur des enfants en danger, mais bien comme le précise la loi, sur des enfants en "risque" de l'être. Alors que les critiques et insatisfactions des usagères et usagers de la périnatalité, à l'encontre d'une prise en charge hyper-techniciste ne faisant pas suffisamment preuve de psychologie et d'écoute, ont conduit les pouvoirs publics à engager une « humanisation » de la périnatalité attentive aux aspects physiologiques et psychologiques de la mise au monde, cette volonté de personnalisation des soins n'est pas sans effets en retour sur la médicalisation de l'affectivité maternelle. » (Vozari, 2015 : 6).

Ainsi, la « vulnérabilité » des futures mères est toujours suspectée, la relation mère-enfant observée, les soins donnés au nouveau-né sont encadrés et font l'objet d'une surveillance de l'attitude de la mère envers son enfant, révélatrice de son bien être psychique. Au-delà du soutien apporté par les différents professionnels de santé présents autour des futurs parents, s'instaure une forme de « pédagogie réflexive », un « "travail de soi", sollicité et encadré par l'institution[130] ».

Lors du congrès de « L'actualité de la recherche en éducation et en formation » (AREF), qui s'est déroulé à l'Université de Genève, en septembre 2011, Jérôme Camus, Bertrand Geay et Nathalie Oria ont présenté leurs travaux sur l'« Ajustement et concurrence des savoirs dans l'accompagnement de la maternité ».

> « En France, le moment de la naissance fait l'objet d'un encadrement institutionnel intense, depuis l'annonce de la grossesse, pendant l'accouchement, lors du séjour à la maternité, mais aussi lors du suivi post-natal. […] Au-delà de sa vocation proprement sanitaire, l'enjeu de cet encadrement consiste à identifier et à transmettre des techniques et des principes d'action qui vont circonscrire les manières légitimes selon lesquelles il convient de s'occuper d'un enfant jeune ou très jeune. En tentant des les faire intérioriser, l'institution se voit chargée de définir et de transformer les pratiques associées au statut de parents. » (Camus, Geay, Oria, 2011 : 1).

Leurs observations ont porté sur les interactions entre les professionnels de santé et les parents, lors des cours de préparation, du séjour à la maternité, notamment pendant le bain du nouveau-né, le temps de l'allaitement ou pendant le suivi en post-partum. Elles mettent en évidence

[130] Vozari A.-S., *op. cit.*, p. 11.

d'une part, la manière dont les soignants ajustent leurs discours en fonction de l'idée qu'ils se font du statut social des patients, d'autre part la façon dont les parents à leur tour s'adaptent aux discours de l'institution. Ainsi, des différences d'attitudes lors des consultations sont nettement observables entre les sages-femmes et les médecins :

> « Comme en témoignent les entretiens réalisés, les médecins se montrent souvent distants avec leurs patientes, asseyant leur autorité sur leur pouvoir social et leurs compétences techniques, utilisant un vocabulaire médical pointu, rechignant à donner des explications profanes, décourageant souvent les questions des patientes les plus angoissées. » (Camus, Geay, Oria, 2011 : 4).

Il ressort également de cette étude, un certain nombre d'obstacles à la transmission des savoirs. En particulier le discrédit, de la part de l'équipe hospitalière, envers les pré-acquis des parturientes. Celles-ci en retour peuvent se sentir jugées, disqualifiées, ce qui représente une entrave à la communication et donc au bien être du couple mère-bébé.

> « Empruntant parfois la forme scolaire, le discours d'accompagnement peut se muer en interrogations dont on ne sait si elles ont pour but de souligner par la violence qu'elles recèlent l'importance de la phase ou le déficit (supposé) des mères. » (Camus, Geay, Oria, 2011 : 7).

De plus, l'interprétation des gestes et attitudes de la « jeune mère » peut être faussée par les comportements d'adaptation ou la maladresse face à la situation en dehors du cadre familier de cette dernière. Le bain par exemple, apparaît comme un moment d'évaluation, lors duquel les pratiques de l'auxiliaire peuvent s'avérer différentes de celle de la mère, qu'elle soit multipare ou primipare, et ayant déjà de l'expérience dans les soins aux tout-petits.

> « Ce caractère évaluatif n'échappe bien sûr pas aux parents eux-mêmes et contribue, comme on le verra, à renforcer la difficulté de la tâche. » (Camus, Geay, Oria, 2011 : 7).

Ces données confirment les observations déjà existantes sur « les injonctions parfois contradictoires que ces familles reçoivent des professionnels avec lesquels elles sont en relation » (Tillard, 2002 : 8). Le souhait exprimé à ce sujet, au travers de la démarche anthropologique appliquée à la santé, de s'interroger sur le sens des pratiques de soins, de « [relativiser] le caractère faussement immuable des recommandations », « d'accepter des écarts par rapport à ce que nous considérons comme la conduite idéale attendue d'un père ou d'une mère » (Tillard, 2002 : 11) semble être parfois entendu, plus rarement appliqué.

Un des objectifs de l'entretien du quatrième mois, initié par le plan périnatalité 2005-2007, était d'impliquer davantage les usagers dans la relation praticien-patient et dans une discussion sur les conditions de prise en charge. Cependant, les projets de naissance qui résultent parfois de ces entretiens, de la part des futurs parents qui répondent pourtant à cette attente d'engagement, sont souvent mal perçus.

Chapitre 2 : L'Accompagnement de l'accouchement.

I/ « Humanité, proximité, sécurité ».

De multiples études[131] portant sur le processus physiologique et psychologique de la naissance se rejoignent sur des points tels que l'importance de la présence de personnes de confiance, le respect de l'intimité comme étant des facteurs favorables au bon déroulement de la naissance et inversement, la multiplication de gestes intrusifs de surveillance ou d'accélération du travail comme étant des facteurs défavorables. Malgré cela, de nombreux désaccords persistent sur les facteurs de sécurité lors de l'accouchement. Le cadre offert par les structures a incontestablement évolué vers plus de confort et de moyens pour répondre aux mieux à la prise en charge des accouchements dystociques. Cependant, de nombreux professionnels souhaitent faire entendre leur point de vue selon lequel les protocoles de surveillance (monitoring continu, perfusion systématique, touchers vaginaux répétés, rupture de la poche des eaux) perturbent l'intimité et la sécurité émotionnelle des patientes indispensables au déroulement physiologique de la naissance.

1- Relation de proximité et confiance entre le praticien et la parturiente.

Se connaître.

La confiance, la communication, sont essentielles à l'efficacité du soin. Cela semble d'autant plus avéré en ce qui concerne la naissance, qu'elle demeure, avant d'être un acte

[131] Cf. les études de Bernard This (1972, 1977), Michel Odent (1976, 1979, 1986, 2001, 2004), Frédérick Leboyer (1974) et Danièle Rapoport (1981, 2010).

surveillé, voire dirigé médicalement, un événement intime majeur dans la vie de la femme qui devient mère. Bien que la confiance soit parfois dirigée davantage vers l'acte médical que vers le praticien ou la praticienne, la relation humaine, consciemment ou non, influence l'état psychique de la parturiente et a fortiori le déroulement de la grossesse et de l'accouchement.

Pour Dominique, qui pratique les accouchements à domicile, le respect des choix exprimés par la parturiente entraîne une écoute réciproque, favorisant le bon déroulement du travail.

> « J'ai la prétention de les autoriser à s'écouter. Les autoriser à faire comme elles sentent. Voilà, c'est ça le truc. Et manifestement… Je mets les gens à l'aise et… Elles ont envie d'entendre ma voix, elles ont envie d'entendre mon conseil. Elles ont envie de ça. » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

Elle illustre ses propos par des souvenirs d'accouchements durant lesquels selon elle, les relations de proximité et de confiance établies avec sa patiente tout au long de sa grossesse, lui ont permis d'encourager la femme, avec parfois une attitude familière ou un ton presque provocateur.

> « Je suis arrivée, elle était à six, sept centimètres, donc heu, elle arrivait dans le huit centimètres, où c'est un peu plus la panique là… et elle me dit "oh la, la, non…". C'était la première fois qu'elle accouchait avec moi, "…Je ne vais pas y arriver, je ne vais pas y arriver". Je lui dis, ah bon, tu ne vas pas y arriver ? T'as fais les trois quarts du chemin là, pourquoi tu ne vas pas y arriver ? "Oh, ça fait trop mal, je ne vais pas y arriver, je ne vais pas y arriver." Bon, écoute… recentre-toi sur ton bébé… et puis ouvre-toi, laisse le faire… laisse le passer. Sinon… prépare-toi et va à la maternité. "Ah non, je ne veux pas aller à la maternité…", Bon. Ben alors on y va ! Et… elles ont besoin que je les bouscule… et ça marche » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

Pour Dominique, la relation de proximité entre la sage-femme et sa patiente, favorisée par des rencontres régulières tout au long de la grossesse, permet à la sage-femme d'aider sa patiente à dépasser ses peurs. Ici par exemple, elle souligne le fait que de « bousculer » la femme par ses mots, est une approche stimulante et non pas perturbante, comme cela pourrait être le cas si elles étaient prononcées par un inconnu.

Effectivement, les sages-femmes pratiquant ce type d'accompagnement ainsi que leurs patientes s'accordent à dire que le temps de la préparation, lorsqu'elle est réalisée par le praticien qui sera présent le jour de l'accouchement, permet de mettre en place une facilité de communication tout au long de la grossesse et une confiance dans les conseils donnés le jour J.

Après un premier accouchement à domicile, il n'est pas rare que les couples refassent appel à la même sage-femme pour l'accouchement suivant, la communication étant alors facilitée et la confiance accrue. C'est ce qui transparaît dans le souvenir de Dominique lorsqu'elle évoque une patiente qu'elle a accompagnée pour ses trois accouchements.

> « Elle aussi, elle a bien enregistré le truc hein… parce que, au premier, elle avait fait ses cours et tout et… je suis arrivée… elle avait perdu les eaux, elle était allongée sur son canapé. Ben je lui dis, ben, qu'est-ce que tu fais allongée ? T'as pas compris que la position verticale, ça aidait un petit peu à le faire descendre… "Oui, j'ai mal, j'en peux plus, je ne sais pas quoi faire." J'ai dis bon, écoute M., déjà tu te mets debout. Tu me regardes… et quand y'a une contraction… tu rentres la queue du chat et tu souffles sur le bébé… (Dans une grande expiration)… Et tu y vas ! Je parlais comme ça tu vois, tu y vas ! Elle s'est repris et en rien de temps, elle est passée à dilatation complète. Et son mari qui me dit, "mais attends, je ne me serais pas permis moi, de lui dire le quart de ce que tu lui a dis !" [Rires] J'lui dis, ben tu vois, j'me suis autorisée à le faire et puis ça lui a donné la niaque et elle a sorti sa fille, impeccable. Et la deuxième…, j'ai pas eu le temps d'arriver. Et la troisième là, je suis arrivée, heu, elle était debout, donc j'ai pas traîné hein, parce que, elle avait été si vite à la deuxième heu…, elle était debout et elle me dit "oh, il est pas passé là, je le sens qu'il est pas passé…" Ben, je lui dis, oriente-toi ! Elle s'accrochait à son écharpe là et puis je lui dis, allez, oriente-toi, rentres ta queue du chat… et éventuellement, mets tes pieds sur le lit. Donc elle s'est soulevée, son mari s'est mis derrière, pour la soutenir et hop, elle était vraiment bien orientée et puis hop "le v'là, le v'là, je le sens qui descend", je lui dis, ben c'est bien, vas-y, et la petite est arrivée. » (Entretien Dominique, sage-femme libérale.)

S'engager.

Dans le cadre d'un accouchement en structure, l'attitude de la sage-femme, malgré l'anonymat et une moindre disponibilité due à l'accompagnement simultané de plusieurs parturientes, reste primordial. C'est ce que souligne Josiane, cadre sage-femme à la retraite,

> « Le bébé s'engagera si la sage-femme s'engage. Ça là dessus c'est très clair, ça je le pense sincèrement. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Josiane a toujours été sage-femme hospitalière. Pour elle, l'engagement de la sage-femme, son soutien véritable envers la femme, priment sur le temps de la relation.

> « En tous cas, ce dont je suis sûre, c'est quelqu'un qui paye de sa personne, une sage-femme qui s'engage, qui paye de sa personne, peu importe qui elle est, ce qu'elle pense etc., Si réellement il y a

> eu une relation véritable, entre cette sage-femme et cette femme, il y aura quelque chose qui aura avancé. Il y aura quelque chose qui se sera passé et qui grandira les deux. Et pour le plus grand bien du petit qui est au milieu surtout, parce que il ne faut pas l'oublier celui-là. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Refuser de consulter.

Parmi les femmes rencontrées, le cas particulier de Géraldine reflète le besoin de se sentir soutenue pendant la grossesse, en dehors d'un cadre institutionnalisé qui peut être source d'inquiétudes. En effet Géraldine a quatre enfants et n'a jamais souhaité être suivie médicalement. Dans un premier temps, elle affirme ne pas en avoir « ressenti le besoin ». Elle exprime très nettement son manque de confiance envers le monde médical en général mais regrette pourtant de « ne pas avoir été accompagnée » dans son cheminement vers la maternité.

> « Le gynéco ? Non, jamais… Je ne supporte pas. On m'avait conseillé pour mon premier d'aller en voir un. Et j'ai vu le bonhomme, il avait sa tête de pervers quoi et je me suis dit, même pas je rentre dans son cabinet. Et je suis partie. Mais je ne me connaissais pas du tout, ça par contre c'est vrai… c'est vrai. Mais ouais, pas de gynéco, pas de sage-femme. J'ai fait les échographies quand même… c'est tout. » (Entretien avec Géraldine, 35 ans, mère de quatre enfants.)

Géraldine, qui est certainement loin d'être la seule dans ce cas, ignorait, au moment de ses premières grossesses du moins, les différentes possibilités qui s'offraient à elle pour le suivi de la grossesse. La consultation d'un gynécologue, seule option qui lui ait été proposée, était alors pour elle, inenvisageable (aujourd'hui les touchers vaginaux dans le cadre du suivi de grossesse ne sont plus recommandés systématiquement, mais la plupart des femmes l'ignorent et pour certaines, l'appréhension de ces gestes les amènent à refuser un suivi).

Il arrive que des femmes ne perçoivent pas la nécessité du suivi de grossesse. Dans leurs propos le terme « naturel » est toujours présent lorsqu'elles évoquent leur état de grossesse et l'idée qu'elles ont de la naissance. Cependant rares sont celles qui, comme Géraldine, n'auront aucun examen gynécologique avant leur accouchement. En revanche, la perception que Géraldine a des échographies dites « obligatoires », comme une intrusion dans l'intimité de la grossesse n'est pas un cas isolé. D'autres mères, lors d'entretiens informels ont admis ne pas avoir fait la première échographie recommandée à douze semaines d'aménorrhée. Leur « oubli » s'inscrit comme un refus d'être influencée par le discours de l'échographiste concernant les probabilités d'anomalies fœtales. Christiane, par exemple, avait 42 ans lorsqu'elle a débuté sa troisième

grossesse. Après avoir discuté avec une amie ayant vécu une grossesse « tardive » « très surveillée », elle a fait le choix de refuser les échographies. Elle m'évoquera la crainte d'avoir à subir une amniocentèse, et l'envie de vivre cette dernière grossesse « sereinement », jusqu'au bout, sans « tout un tas d'examens ». Dans des cas comme celui-ci, la certitude de vouloir poursuivre la grossesse, même en cas d' « anomalies », entraîne une opposition à l'exercice échographique perçu comme source d'inquiétudes. Les patientes peuvent se heurter alors à l'incompréhension du professionnel de santé. Diane, quant à elle, ne s'est rendue qu'à la seconde échographie, dite « morphologique ». Elle explique alors à l'échographiste que l'examen de la clarté nucale lui a semblé inutile, car elle et son mari souhaitent accueillir cet enfant « quel qu'il soit ». Après avoir reçu « une leçon de morale », elle s'étonne d'avoir eu à signer une décharge pour confirmer sa prise de position.
Le positionnement de Géraldine est similaire.

> « Je ne ressentais pas le besoin de cette assistance en fait. Tu fais l'écho parce qu'ils ont réussi à te faire peur sur, heu, s'il est différent… On m'en a mis plein la tête quand j'ai pas voulu faire le test de la trisomie. Mais, c'est-à-dire que, ils te font ta prise de sang, ils ont des doutes. Moi de toute façon…, c'est l'amniocentèse je crois, heu, je ne l'aurais pas faite. Pour moi la prise de sang elle était inutile, mais ça… Tu choques hein, tu choques vraiment beaucoup. » (Entretien avec Géraldine, 35 ans, mère de quatre enfants.)

Un autre point évoqué par Géraldine est le désaccord avec l'anesthésiste, lors de sa troisième grossesse, sur la date du terme.

> « Et puis, ils te mettent des dates de début de grossesse heu, …c'est pas ça, mais ils te certifient que c'est ça. Attends, c'est bon quoi, je sais comment heu… je sais ce qui se passe quand même ! » (Entretien avec Géraldine 35 ans, mère de quatre enfants.)

La datation du terme de la grossesse, basée sur un calcul unique, ignorant l'irrégularité des cycles féminins, et présenté comme une science exacte peut amener à des interventions inappropriées.
Clarisse a fait le choix d'un suivi global avec une sage-femme libérale. L'anesthésiste lui a confirmé à deux reprises, lors des deux premières échographies, que son terme était le 9 septembre. De son côté, la sage-femme, étant donnée l'irrégularité de ses cycles estimait le terme vers le 14 du mois. Son enfant est né le 17 septembre, c'est-à-dire à j+3 selon

l'estimation de la sage-femme, j+8 selon les calculs de l'anesthésiste. Son accouchement s'est déroulé rapidement, sans aucune complication pour elle et son enfant.

> « Si j'avais été dans un circuit classique, le 9 j'aurais eu ma visite de terme et le 10 ou le 11 c'est sûr j'aurais eu un déclenchement. Là, j'ai accouché avec ma sage-femme, facilement, sans péridurale et le petit était très bien. » (Extrait du carnet de terrain.)

Le refus de la médicalisation exprimé par certaines patientes, souvent apeurées par des récits d'accouchements décevants, ou par méconnaissance du milieu médical, est parfois perçu par les professionnels de santé des maternités, comme un manque de confiance ou de reconnaissance de leurs compétences. Cette incompréhension peut entraîner une mauvaise prise de contact, des tensions dans la relation patients / praticiens, voire des complications dans le déroulement de l'accouchement. Aucun professionnel n'a de doute sur l'effet pathogène du stress et du manque de confiance des parturientes sur le déroulement de leur accouchement, mais visiblement les facteurs identifiés ne sont pas les mêmes.

Selon Blandine, sage-femme en PMI, les femmes sont mal informées sur le suivi dont elles peuvent bénéficier et sont souvent déçues de savoir que la sage-femme qui fait leur suivi ne sera pas là le jour J.

> « Oui, un suivi global… Oui… Y'a beaucoup de femmes qui le disent hein, "et ça sera vous qui m'accoucherez ?" Et c'est vrai qu'elles aimeraient bien hein, souvent elles sont déçues quand on leur dit que ben, non. Ou en quand elles vont en consult', "ça sera vous que je verrai dans la salle d'accouchement ?", ben non… Et y'en a beaucoup qui sont déçues c'est sûr, hein. » (Entretien avec Blandine sage-femme de PMI.)

Lorsque le courant ne passe pas.

Les difficultés relationnelles possibles entre les femmes et les professionnels de santé sont souvent liées à une mauvaise prise de contact. Des attitudes incomprises ou des propos malveillants peuvent induire des troubles majeurs dans l'accompagnement.

Dans le cas de Géraldine, évoqué précédemment, le fait de n'avoir eu aucun suivi et donc aucun dossier médical pré-établi peut avoir entraîné le mauvais accueil dont elle a fait l'objet lors de ses séjours en maternité. De plus, son apparence marginale, dreadlocks, piercings, tatouages, est pour beaucoup, selon elle, dans le délit de faciès dont elle a été victime. Son témoignage à ce propos est en effet déroutant. À chacune de ses grossesses, ce que me

confirmera son mari, un professionnel de santé, échographiste, infirmière lors d'une prise de sang, lui a proposé une interruption volontaire de grossesse, sans qu'elle n'en ait jamais évoqué le souhait.

> « À l'époque j'ai fais ma grossesse sous pilule donc pendant quatre mois… je ne pouvais pas être enceinte, mais j'avais mal au ventre, donc première prise de sang, tu sais la pensée étant créatrice, première prise de sang, ben je ne suis pas enceinte quoi. Donc ben, pilule plus prise de sang, je me dis, c'est bon, c'est moi, je dois être un peu stressée, il se passe un truc et puis deux mois plus tard j'y retourne, donc là on me propose heu, on nous envoie au planning familial… pour que j'avorte. Donc toi, t'y vas et ils te disent ouais "vous avez dépassé la date mais ça peut se faire en Espagne vous savez. On vous trouvera des financements".
> Moi : et toi, tu souhaitais avorter ?
> Géraldine : Ben non, pas du tout…, pas du tout en fait. On nous a conseillé ça, vu l'allure qu'on avait quoi. Enfin franchement, c'est ça hein. Donc heu…, j'étais pas du tout à l'aise avec ça quoi. Et finalement je décide de le garder. […] Mais tu sais, à chaque fois ils nous ont fait le coup… À chaque grossesse, y'avait quelqu'un pour te poser la question, comme si, vu notre situation… on ne pouvait pas vouloir un autre enfant quoi. » (Entretien avec Géraldine, 35 ans, mère de quatre enfants.)

Sidonie, qui elle aussi a connu des suivis de grossesses et des accouchements difficiles pour ses deux enfants, me fait part de propos malveillants à son égard. Pour sa première grossesse, Sidonie, n'avait que 17 ans. Elle souhaitait alors garder cet enfant, mais craignant la réaction de ses parents, et vivant une séparation de son compagnon de l'époque en raison de cette nouvelle, elle tardera à annoncer sa grossesse et n'aura quasiment aucun suivi hormis quelques échographies. Elle me raconte la façon dont elle a été reçue par l'échographiste, seul professionnel de santé côtoyée pendant cette grossesse.

> « Je suis tombée sur une nana mais hyper désagréable… hyper méchante, sur Paris… Qui m'a prise mais, heu, comme un tas de merde et qui m'a dit "bon, allez….Ah ben ça dis donc hein, j'en vois tous les jours hein, des adolescentes comme ça ! Des petites connes comme ça hein, qui n'ont même pas d'esprit et de machin hein ! […]" La première écho… on m'a rien dit… à part que N. avait le front déformé, la lèvre déformée et qu'ils m'ont dit qu'il faudrait prévoir de la chirurgie esthétique à la naissance. Voilà… C'est tout. Y'a pas eu besoin du tout de chirurgie esthétique hein… elle est née normalement. » (Entretien Sidonie, 29 ans, mère de deux enfants.)

L'attitude des praticiens, quel que soit leur domaine, joue un rôle primordial dans la confiance accordée par les patients et a fortiori dans le suivi des conseils médicaux. Au-delà des mots,

parfois techniques et donc plus ou moins bien interprétés, les gestes, le comportement du soignant, son empathie, sont indispensables à la relation entre soignants et soignés.
Pour Josiane, la qualité du soin dépend de cette relation.

> « Je pense que ça peut… Tout dépend de l'authenticité de la relation entre la sage-femme et la femme. Vraiment, ça, je pense que c'est essentiel. Mais la femme peut garder de la sage-femme quelque chose de très constructif pour elle, de très… Si je pense quand même… […] Il faut passer du temps, mais pas n'importe quel temps surtout. C'est un temps qui n'est pas un temps, heu, d'évaluation extérieure de la situation, c'est un temps partagé de…partagé de quoi, justement c'est bien ça, partagé de… Que la sage-femme soit complètement en phase avec ce que la femme a ressenti. C'est sur le ressenti quoi, beaucoup plus que sur ce qui en est dit. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

La confiance est abordée ici comme le point central de la relation soignant-soigné. Le temps de la relation, le sentiment d'être entendu, compris, pour les patientes comme pour les professionnels, favorisent un climat d'entente nécessaire aux soins, au bon déroulement de l'accouchement. À l'inverse c'est bien l'absence de confiance qui transparaît dans les cas de refus d'un soin ou même du suivi de la grossesse.

2- Importance de la préparation et de l'accompagnement.

« J'aurais voulu un suivi perso », une préparation à la carte ?

La préparation à la naissance et à la parentalité proposée par les sages-femmes libérales, plus rarement par les structures, varie en fonction de chaque professionnel et des orientations choisies lors de sa formation continue. Ainsi les femmes peuvent opter pour une préparation par la sophrologie, l'haptonomie, la préparation en piscine ou encore une préparation plus classique basée sur l'ancienne psychoprophylaxie obstétricale. Il arrive que des femmes fassent appel à une sage-femme pour le suivi gynécologique et à une seconde pour la préparation. Suivant les professionnels, les patientes ont le choix ou non entre des cours collectifs et des cours individuels.

Face à la diversité de l'offre proposée, les futures mères sont parfois confuses. Plus ou moins informées, elles opteront pour la facilité ou la première opportunité dans certains cas, en

choisissant le praticien le plus proche de chez elle ou celui connu d'une amie ou conseillé par le médecin traitant, la maternité ; d'autres se renseigneront plus longuement, consulteront plusieurs professionnels avant de « trouver le bon » ou hésiteront entre plusieurs types de préparation au gré de leurs lectures, de leurs recherches ou échanges avec d'autres mamans.

En s'orientant vers une sage-femme libérale pour la préparation, Julie s'attendait à bénéficier d'un « suivi personnalisé » alors même qu'elle avait choisi un gynécologue pour le suivi de sa grossesse et se dit déçue par les cours collectifs donnés par la sage-femme libérale.

> « J'attendais quelque chose de différent de ce que j'ai eu par rapport au suivi quoi… » […] Je n'étais pas informée comme j'aurais dû l'être. [...] Moi à la base j'aurais voulu un suivi perso, or, heu, ben c'était des cours collectifs quoi. […] Donc en fait, ça ne m'a pas du tout plu…Malgré la sympathie, la gentillesse et tout de la sage-femme hein, ça n'a rien à voir avec sa personne, elle-même, mais… […] J'ai pas aimé, je n'ai pas ressenti les cours… utiles quoi. Parce que c'était des informations générales. […] C'est pas très perso quoi. Les exercices de respiration etc. Franchement, moi ça m'a saoûlé quoi. Et puis bon, je ne suis pas du genre hyper tactile, heu, à part avec mon mari ou ma fille, enfin je veux dire sinon avec les gens en général je ne suis pas… Donc heu, toucher des inconnus entre guillemets… Heu, pour s'aider à respirer etc. Heu, ça me mettait plus mal l'aise qu'autre chose quoi. […] Donc ouais, ça ne m'a pas du tout convenu. » (Entretien avec Julie, 34 ans, mère d'un enfant.)

On retrouve dans ce témoignage la question de la pudeur ou du malaise qu'il peut y avoir à partager cette expérience avec des inconnu(e)s.
Lorsque Julie évoque en détail le contenu de ses cours de préparation, il semble qu'ils aient été plutôt complets et que la sage-femme était disposée à répondre aux questions de ses patientes. Cependant déçue par le vécu de son accouchement et par ses difficultés à communiquer avec l'équipe médicale, elle aurait souhaité a posteriori, que les cours lui permettent d'anticiper le déroulement des événements.

> « J'aurais voulu apprendre plus de choses, pour heu, pour gérer mieux les choses le jour J, pour qu'on me dise ce qu'il fallait faire ou ne pas faire, […] J'aurais voulu un… qu'on m'explique pas mal de choses, qu'on m'informe sur le fonctionnement du personnel, ce qui pouvait se passer ou ne pas se passer, enfin… Comment faire face à certaines heu… […] Quoi répondre au personnel, quoi faire, enfin… Des choses que je sais maintenant et que j'aurais aimé savoir avant quoi. » (Entretien avec Julie, 34 ans, mère d'un enfant.)

Le positionnement des femmes pour la préparation est très hétérogène. Certaines femmes ne perçoivent pas l'utilité d'une préparation. Ce sont elles en général qui se projettent d'emblée dans l'idée d'accoucher sous péridurale ou parce qu'elles sont multipares elles voient dans la préparation qui leur est proposée la répétition de ce qu'elles savent déjà. D'autres, comme c'est le cas de Julie, ont des attentes complexes correspondant à leurs questionnements ou leurs craintes face à la naissance et à la prise en charge hospitalière.
Après avoir fait une fausse couche, elle pensait être rassurée par des échographies régulières,

> « Je voulais avoir des échos régulières donc je suis allée chez un gynéco qui faisait des échos à chaque visite. Et bon après voilà, chaque personne à son idée là-dessus mais bon, moi à la base j'étais comme ça, c'était quelque chose pour me rassurer donc heu… » (Entretien avec Julie, 34 ans, mère d'un enfant.)

Lorsque la préparation n'est pas abordée avec les membres de l'équipe médicale, il se peut qu'il y ait un décalage entre les méthodes vues pendant les séances et celles proposées au sein de la maternité.
Farida fait partie de ces femmes qui trouvent que les techniques apprises en cours de préparation ne sont pas applicables le jour de l'accouchement et regrette de ne pas avoir pu bénéficier d'une préparation et d'un accouchement avec la même sage-femme.

> «On avait rendez-vous tous les mois à la maternité, mais c'était… C'était en groupe. Donc c'était bien expliqué, on nous avait parlé du ballon, de tous les accessoires possibles pour l'accouchement mais du coup j'ai pas eu trop le temps de m'en servir et puis c'était pas la même sage-femme qui… » (Entretien avec Farida, 26 ans, mère de deux enfants.)

Ce qui apparaît au fil des entretiens portant sur l'accompagnement global, c'est l'idée que les consultations pour le suivi de grossesse participent à la préparation de l'accouchement. De fait, la communication mise en place, les interrogations de la patiente, les conseils du praticien, les échanges autour de l'événement à venir, concernent un accouchement pour lequel l'ensemble des interlocuteurs est concerné, la patiente ou le couple comme la sage-femme.
Élisa est sage-femme libérale. Elle pratique l'accompagnement global et l'accouchement à domicile pour les patientes qui en font la demande mais également le suivi gynécologique et les cours de préparation pour des femmes qui souhaitent accoucher à la maternité. Elle reconnaît que la préparation qu'elle propose, selon les cas, n'est pas la même.

« Les femmes qui accouchent en maternité, je les prends par groupe de trois, généralement, avec les conjoints, pour ceux qui veulent venir, alors que l'accompagnement global je fais qu'en couple là. Et c'est vrai que j'ai beau intégrer un peu de physio dans les prépas avec les couples qui accouchent à la maternité, je parle quand même ouais, de tout l'aspect, péridurale, enfin, voilà, ma prépa est quand même différente. […] Les attentes ne sont pas les mêmes et je pense que, je rentrerais trop dans… Du délire heu, sans péri, heu, ça plairait peut être pas forcément à la majorité. » […] Les prépas pour l'hôpital, c'est beaucoup heu…expliquer ce qu'on va leur faire. […] C'est expliquer, heu, oui, comment vous arrivez à la mater, qui va vous accueillir, qu'est-ce qu'on va vous faire. Très dans le technique quoi, qu'est-ce qu'un monito… ouais, très technique, expliquer les gestes qui vont être pratiqués et… c'est vrai que j'insiste beaucoup sur le fait de, je leur dis, posez des questions, heu, créez un lien avec les gens qui seront là, ouais, c'est un peu du décryptage. Je les aide à ne pas se sentir perdues, arrivées à l'hôpital. Tandis que pour les prépas d'accouchements à domicile, c'est plutôt axé sur, faire prendre conscience aux couples qu'ils ont les capacités de le faire. Voilà. C'est vrai que c'est complètement différent. L'hôpital c'est, "on va vous faire ça", tandis qu'à la maison, c'est « vous êtes capables de » et toute la prépa est beaucoup axée là-dessus. Ouais, on parle de la douleur, comment se gère la douleur, heu, comment vous sentez le bébé en vous, heu, comment vous pouvez respirer, vous positionner, enfin, on parle vraiment de ce que sait la femme, ouais c'est vrai que de ce point de vue-là c'est différent ouais, mettre la confiance dans les capacités. » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

Le clivage entre la préparation et la prise en charge de l'accouchement.

Blandine ressent, dans le discours des femmes qu'elle voit à la PMI avant et après l'accouchement, les problèmes d'adaptation entre les connaissances acquises pendant la grossesse et le déroulement de l'accouchement qui persistent malgré la bienveillance et l'écoute des sages-femmes effectuant la préparation.

« Oui, il y a un clivage… […] Deux mondes séparés… Deux mondes différents. […] Oui, après les femmes se confrontent à la réalité de ce milieu-là… […] C'est vrai qu'il y a des femmes qui sont déçues de leur accouchement…, beaucoup hein…, mais qui n'osent pas en parler…, à l'équipe… et c'est dommage. Et moi, quand j'en rencontre des femmes, pendant la grossesse à qui j'explique un peu l'accouchement, je leur dis, s'il y a un souci, quelque chose que vous n'avez pas compris, ou que vous avez mal vécu, tout ça, il faut en parler à l'équipe. » (Entretien avec Blandine, sage-femme de PMI.)

Pour Blandine, la majorité des femmes faisant appel à ses services sont suivies par leur médecin généraliste en raison d'un manque de gynécologues, mais également par méconnaissance d'un suivi possible avec une sage-femme. Selon elle, ce type de suivi ne

permet pas aux femmes d'être pleinement accompagnées, sans doute en raison d'un manque de formation pour les médecins généralistes concernant le suivi de grossesse, mais également en raison du cadre trop formel des consultations.

> « C'est vrai qu'il y a certains médecins qui, bon, ne sont pas très à l'aise avec la grossesse, c'est vrai qu'ils ne font pas forcément de, les femmes aiment pas forcément aller dans un endroit pour parler de ça donc elles m'appellent ou…Voilà… Et puis nous on va à domicile, la différence aussi c'est ça. On va à leur domicile… Et souvent dans le cadre heu, dans un cadre familier elles peuvent plus parler, se confier, dire des choses qu'elles ne disent pas dans un bureau de médecin, dans un cabinet. » (Entretien avec Blandine, sage-femme de PMI.)

Le manque d'accompagnement.

Un point intéressant relevé par Blandine, et qui vient appuyer l'idée que pour certaines femmes, un autre type de suivi peut être nécessaire, est que le refus d'une prise en charge médicale ne signifie pas forcément pour les femmes, le refus d'être accompagnée.

> « Ces dossiers-là, où je marque fort risque de baby blues ou de dépression postnatale, j'en parle au staff et avec l'accord de la femme par contre, et souvent la femme est d'accord, parce qu'elles ne veulent pas de prise en charge, mais elles veulent bien qu'on s'intéresse à elles au moment de la naissance. » (Entretien avec Blandine, sage-femme de PMI.)

En effet, l'écoute, en dehors d'un cadre institutionnel, est d'une grande importance pendant la période de la grossesse. Ce soutien, qui peut être pour certaines, offert par la famille ou le groupe de pairs, demeure absent pour d'autres.
Blandine reçoit dans un premier temps toutes les déclarations de grossesse du département dans lequel elle travaille, puis sélectionne les femmes, selon leur profil, à qui elle adressera un courrier de mise à disposition. Elle verra par la suite les femmes qui feront appel à elle suite à cette lettre. En quelques années de pratique au sein de la PMI, Blandine note l'augmentation des cas de femmes qu'elle sent « isolées », géographiquement ou affectivement.

> « Y'en a beaucoup qui n'ont pas de moyens de locomotion, donc voilà, ces mamans-là, qui sont un peu plus isolées, je retourne les voir hein, quand je sens que… Bon, souvent elles sont isolées, bon, géographiquement, sans moyens de locomotion tout ça et puis aussi familialement, y'a pas beaucoup de famille proche, elles sont toutes seules et ça, je trouve que c'est de plus en plus difficile… Y'en a de plus en plus hein, l'isolement… affectif hein. Donc là, dans ces gens-là, ben je retourne

régulièrement et puis c'est vrai que c'est un temps de paroles pour elles et c'est important. » (Entretien avec Blandine, sage-femme de PMI.)

3- La gestion de la douleur (par les femmes et par les sages-femmes).

Aller jusqu'au bout... "naturellement".

Parmi les entretiens formels et informels, fréquents sont les témoignages de femmes qui ne se sont pas senties soutenues dans la gestion ou l'autogestion de la douleur, particulièrement lorsqu'elles ont fait le choix d'un accouchement sans péridurale.
Dans le cas de Maryse, l'accouchement s'est déroulé sans souci majeur et elle s'est sentie bien accompagnée par l'équipe de la maternité. La seule chose qu'elle regrette, et son cas n'est pas isolé, c'est de n'avoir pas pu gérer la fin du travail comme elle le souhaitait, dans l'écoute de son corps.

« La seule chose qui m'est restée en travers c'est la position. On m'a fait quand même allonger sur une table d'accouchement… pff… Ça ne m'a pas trop aidée à l'expulsion, c'était long… Mais heu… Voilà c'est le seul bémol, à part ça… […] On m'a laissée, jusqu'à la rupture totale de la poche des eaux en fait et puis là, après j'étais complètement dilatée, on est parti en salle de naissance et c'est à ce moment-là que c'était difficile. Là je pense que j'aurais adoré rester dans la position où j'ai eu la rupture de la poche des eaux. J'étais… J'étais presque accroupie sur un matelas j'étais bien comme tout. Enfin bien comme tout, comme on peut être bien à ce moment-là. […] Et puis non, non, on m'a emmenée en salle de naissance, c'était un peu anti-organique on va dire. Je sais pas comment dire, ça m'a un peu… Un peu coupé le mouvement on va dire. » (Entretien avec Maryse, 32 ans, mère d'un enfant.)

Le terme « organique » utilisé par Maryse pour qualifier la façon dont, selon elle, devrait se dérouler un accouchement physiologique rejoint la vision idéalisée de l'accouchement, commune à de nombreuses femmes, comme devant être « naturelle », « simple ».
Maryse s'exprime sur le manque de fluidité dans les gestes accompagnant la fin de son travail. Consciente des difficultés de la sage-femme à gérer la phase de l'expulsion, elle regrette cependant un manque de dialogue.

« Sur le pré-travail on va dire, avant vraiment l'expulsion, c'est ce que je disais tout à l'heure, y'a eu vraiment aucun souci hein, j'étais hyper libre. Le vrai souci, si tu veux, c'est vraiment venu au

moment de l'expulsion quoi, au moment de, quand la dernière phase arrive et que en fait on se retrouve face à une sage-femme et une aide-soignante qui sont heu… complètement heu… ancrées on va dire dans leur mode de fonctionnement habituel et qui ne sont pas dans l'accompagnement de la personne qui accouche. C'est-à-dire que… Moi j'avais évoqué de pouvoir me mettre dans la position que je voulais, donc du coup y'a quand même eu une écoute là-dessus parce que quand elles ont vu que ça ne fonctionnait pas l'expulsion allongée sur le dos elles m'ont dit : " est-ce que vous voulez vous mettre sur le côté ?" et j'ai dit oui mais sauf que c'était tout un branle-bas de combat parce qu'il fallait modifier la table d'accouchement pour que je puisse me mettre sur le côté donc ça, je sentais que ça brassait vachement autour de moi juste pour que je puisse me tourner quoi et du coup je ne me suis pas tournée du bon côté et donc ça a fait tout un, tout un bazar parce que du coup j'ai fait… Heu, voilà, elles je les ai un peu bousculées pour pouvoir me mettre dans une autre position qui finalement n'était pas la bonne et qui moi, ça ne m'a pas aidée et voilà. Donc c'était un peu, c'était un peu laborieux quand même. Et au final elles m'ont fait remettre sur le dos parce que pour elles ça n'allait pas, forcément parce que quand on ne se tourne pas du bon côté le bébé, il n'est pas invité à sortir, au contraire. Et voilà, moi je suis peut-être un peu trop exigeante mais je considère que la sage-femme elle aurait dû être en mesure de me dire : "non, mettez-vous plutôt de l'autre côté." ». (Entretien avec Maryse, 32 ans, mère d'un enfant.)

La liberté d'exprimer sa douleur.

Isabelle quant à elle, évoque son sentiment de liberté en accouchant à domicile, liberté de mouvement, liberté d'expression… Isabelle a eu un second accouchement dans une maternité où elle s'est sentie écoutée et accompagnée, elle a un très bon souvenir de cet accouchement physiologique mais remarque qu'elle était plus réservée, dans le contrôle lors de son accouchement en maternité contrairement à son accouchement à domicile qu'elle qualifie d'« animal ».

« Elle m'a laissé faire. […] Moi j'étais la tête dans les bras de mon mari, il me tenait très fort et y'avait vraiment une proximité qu'il n'y avait pas à la maternité et bon, peut être aussi à la maternité on ne se lâche pas enfin, c'est des gens qu'on ne connaît pas, peut-être qu'on a peur du regard de l'autre aussi… […] C'est vrai que, pour moi ça fait très animal et quelque part, je, on n'a pas envie de se montrer sous ce jour-là devant des gens qu'on ne connaît pas. Alors que C., […] on sait qu'elle ne va pas nous juger parce que… Parce qu'on aura accouché à quatre pattes quoi. […] Parce que on a tendance à, à la maternité je pense à, moi ça m'aurait plus bloqué quoi, de…de lâcher comme ça. Et d'ailleurs pour L., c'était un très bel accouchement mais j'étais toute heu, dans la conscience, alors que là j'étais dans l'inconscience complète de ce qui se passait, c'est-à-dire que vraiment le corps, y'avait une douleur qui était tellement importante que du coup j'étais, j'ai vraiment lâché prise… Heu, alors que pour L., je gérais la douleur. Donc… c'était très bien aussi, mais du coup

y'avait cette… J'étais très calme, très, enfin ça n'a rien à voir quoi, mais je dirais plus, ben voilà, y'avait des spectateurs, y'avait des stagiaires qui étaient là en plus, donc heu… Ça n'a pas empêché que ça se passe très bien, mais c'était différent, les sensations étaient vraiment différentes quoi. » (Entretien avec Isabelle, 30 ans, mère de trois enfants.)

Isabelle parle de ses cris comme d'une façon de se donner de la force plus que d'une véritable expression de douleur.

« Je me suis autorisée à crier par exemple et finalement ça faisait vachement de bien et c'est peut-être pour ça que, que je suis passé de 4 à 10 d'un coup aussi, enfin… D'un seul coup il y a eu, enfin, j'ai occulté tout le reste, le reste du monde pouvait s'écrouler autour, y'avait plus rien qui comptait que ce bébé qui était en train de naître et puis, voilà quoi, j'étais complètement ailleurs, vraiment sur une autre planète, alors que pour L., non, j'étais toujours dans la conscience heu, je sais que je rassurais mon mari quand, pour l'expulsion je criais un peu et je le rassurais en lui disant que ça ne me faisait pas mal, je criais pour me donner de la force, tellement j'avais peur et là c'était pareil, j'en avais beaucoup parlé avec lui, je lui avais dit, tu sais, si, enfin il faut pas que, il faut que tu me laisses, heu voilà quoi, c'est pas parce que je crie qu'il faut que tu t'inquiètes. » (Entretien Isabelle, 30 ans, mère de trois enfants.)

II/ « L'accompagnement global ».

1- Méconnaissance de l'accompagnement global.

L'accompagnement global est le suivi le plus complet qu'une sage-femme, de par sa formation, puisse proposer à ses patientes. Cette prise en charge, pré, per et post-partum (avant, pendant et après l'accouchement), a été relativement accessible sur tout le territoire, jusque dans les années 1970, notamment grâce à la présence des sages-femmes dans les cliniques ouvertes. Cette pratique leur permettait d'allier le suivi pré et post natal, tel que le proposent encore aujourd'hui les sages-femmes libérales, avec l'accompagnement de l'accouchement au sein d'une structure médicalisée pour les femmes qui le souhaitaient et avec la facilité de regrouper tous les accouchements dans un même lieu[132].
La fermeture des cliniques ouvertes et des petites maternités dans un premier temps, puis les refus fréquents des chefs de service d'accepter, comme la loi l'autorise, la présence des sages-femmes libérales au sein de leurs structures, ont contraint ces praticiennes à n'avoir plus, comme seul lieu d'exercice possible, que le domicile de leurs patientes pour répondre aux souhaits des couples de bénéficier de leur présence et de leur savoir-faire le jour de l'accouchement.

L'accompagnement global, défini et revendiqué par l'ANSFL à sa création en 1983, semble encore aujourd'hui mal connu par les professionnels de santé eux même.
Pour Yveline, chef de service, le suivi global s'apparente à un soin global, autrement dit prenant en compte les différents aspects de la patiente. Conséquemment elle exprime une certaine méfiance envers les sages-femmes qui disent pratiquer l'accompagnement global. Selon elle, il s'agit de professionnels qui prétendent cumuler les étiquettes de psychologue, homéopathe, sage-femme… Son discours est assez confus et ne correspond pas à la définition que font les sages-femmes d'un accompagnement de la femme dans la durée pré, per et post natale. Elle me demande sur un ton un peu ironique de donner ma définition du suivi global afin de me justifier le caractère infondé de ces termes.

[132] Les sages-femmes qui travaillaient dans les cliniques ouvertes accompagnaient des centaines d'accouchements par an ! Les statistiques de Mme Cartiaux par exemple se sont élevées jusqu'à 562 accouchements en 1973, concernant des femmes résidant sur deux départements, les Deux-Sèvres et la Vendée.

« On fait le suivi global aussi hein, qu'est-ce que vous appelez le suivi global d'ailleurs, parce que ça toujours j'aime bien, alors allez-y ?

Moi : Eh bien, moi, la définition qu'on m'en a donné, c'est un suivi du début de la grossesse jusqu'à l'accouchement en fait et voir les suites de couches heu… avec le même praticien.

Yveline : Alors, le suivi global a une autre connotation qui est heu… le suivi physique, le suivi énergétique, le suivi psychique… Si vous voulez c'est ça le suivi global dans le jargon heu, hein d'accord ? Donc là…

Moi : Oui. Moi je pensais global dans le temps de la grossesse.

Yveline : Non. Non parce que ça…ça c'est encore autre chose.

Moi : D'accord.

Yveline : Et donc là… moi c'est vrai que je travaille beaucoup avec les acupuncteurs, les ostéo mais c'est vrai que… je trouve que c'est bien si on a, enfin, quand y'a des problèmes c'est bien d'aller voir un acupuncteur, on ne s'improvise pas acupuncteur ni ostéopathe etc. Donc moi, les gens qui font du suivi global je, entre guillemets, j'aime pas trop, entre guillemets hein, c'est-à-dire que ça implique une ouverture, donc ça c'est bien mais par contre je pense qu'il faut vraiment mieux avoir à faire à un acupuncteur qui fait que de l'acupuncture ou aller chez un ostéopathe qui fait que de l'ostéopathie parce que a priori il a quand même un niveau minimum.

Moi : Mais il y a des sages-femmes libérales qui considèrent faire du suivi global parce qu'elles font du suivi gynécologique, les accouchements, les suites de couches et qui travaillent en lien avec des ostéopathes, des homéopathes et qui dirigent les femmes au besoin vers ces professionnels.

Yveline : Humm, humm.

Alexandra : C'est vrai que quelqu'un qui veut prendre de l'homéopathie ou tout ça, moi, je ferais un suivi, je ne serais pas contre mais je ne me vois pas regarder dans un bouquin ou sur Internet pour lui donner des… Des comprimés de je ne sais pas quoi…

Yveline : Ah ! non. Là c'est pas possible hein, ça ne se fait pas comme ça. » (Entretien avec Yveline, gynécologue-obstétricienne chef de service et Alexandra, cadre sage-femme.)

À proximité de la maternité où travaillent Yveline et Alexandra, respectivement chef de service et cadre sage-femme, Valérie, sage-femme libérale, me fait part de sa vision du suivi global, comme d'un accompagnement « pluridisciplinaire ». Son discours peut être lié effectivement à la vision erronée d'Yveline et d'Alexandra, travaillant en lien avec elle. En effet, Valérie considère faire de l'accompagnement global mais ne pratique cependant pas les accouchements ni le suivi des suites de couches.

« Alors… Je fais du suivi de grossesse… Heu, ça pour moi, c'est la priorité. Le suivi de grossesse et… Alors après on peut l'appeler comme on veut…Moi je fais du suivi global, sauf accouchements en fait.

Moi : D'accord.

> Valérie : Ma collègue fait des accouchements à domicile… Moi je n'en fais pas… Donc, ça comprend ce suivi global, pour moi, ça comprend les consultations médicales, heu… Les consultations de préparation à la naissance, alors je mets préparation à la naissance et consultations qui pourraient être, heu, c'est-à-dire que sur un suivi médical, je ne mets pas que du médical hein, je prends la femme globalement en faisant le côté médical, psychologique, émotionnel, heu, voilà. » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

Lors des entretiens informels avec les femmes, il apparaît clairement que peu d'entre elles savent ce qu'est l'accompagnement global. Les femmes faisant ce choix témoignent également de l'étonnement et de la découverte par les femmes de leur entourage de ce type de suivi.

> « Et moi ça me choque, parce que quand j'en parle, ben voilà t'as l'impression que tu parles encore d'un truc extraterrestre quoi… Enfin, les gens ne connaissent pas, enfin y'a des gens qui ne connaissent pas du tout. » (Entretien avec Hélène, 36 ans, mère de deux enfants.)

Le plus surprenant cependant est l'ignorance des futures sages-femmes de ce qu'est l'accompagnement global.
Nadia était en dernière année d'école de sage-femme (en Belgique) lorsque je l'ai rencontrée et elle préparait son mémoire de fin d'études sur l'accompagnement global. La plupart des élèves de sa classe découvraient, lorsqu'elle en parlait, qu'une telle prise en charge était possible.

> « Mais dans la classe, moi, je vois je fais mon mémoire dessus, quand on me demande sur quoi je fais mon mémoire, je dis l'accompagnement global, de quoi ? C'est quand même des filles qui sont en dernière année d'étude de sage-femme quoi ! Elles ne savent pas ! Elles ne savent pas que ça existe et elles ne savent même pas que c'est possible de le faire quoi ![…] Elles savent, elles voient à peu près quelles sont les compétences de la sage-femme, mais elles voient pas jusqu'à quelle mesure exactement parce qu'on n'a pas de formation qui nous dise voilà, vous avez le droit de faire tant, enfin de faire ça, jusqu'à tel jour, de telle manière, de prescrire tel truc machin, on n'a pas de cours…. En plus moi je suis en Belgique, c'est encore particulier mais c'est vrai que du coup elles se rendent pas compte de tout ce qu'on peut faire. Et ça on peut le faire, on n'est pas obligé de choisir de janvier à mars je suis en salle d'accouchement, de mars à juin je suis au bloc, en suites de couches et on change comme ça et elles ne savent pas, qu'en fait en libéral c'est possible. » (Entretien avec Nadia, étudiante sage-femme.)

Aurélie n'a découvert le suivi global qu'en troisième année de sage-femme, non pas par ses cours mais en discutant avec une amie ayant bénéficié d'un accompagnement global avec une sage-femme libérale. Elle décidera par la suite de faire un stage chez une professionnelle ayant

un accès à un plateau technique et pratiquant également des accouchements à domicile afin de mieux appréhender cette pratique.

2- Le choix de l'accompagnement global.

Un accompagnement personnalisé et non intrusif.

Pour les mères interrogées, ce qui a compté dans leur choix d'un accompagnement global, c'est avant tout l'aspect personnalisé du suivi. Elles se sont senties plus à l'aise pour s'exprimer ou poser des questions du fait d'avoir un seul et même interlocuteur pendant toute la grossesse.

Le facteur temps, on le sent au travers des propos, est considérable. Les consultations, qui durent environ une heure, laissent le temps à la parturiente de comprendre la façon dont travaille la sage-femme. Comme le soulignent les études sur les rapports soignants-soignés, l'établissement d'une relation de confiance favorise l'application des conseils médicaux donnés. Amandine s'est séparée de son compagnon pendant sa grossesse, elle a trouvé dans l'accompagnement d'Anne l'écoute attentive qu'elle recherchait :

> « J'apprécie la douceur et aussi la discrétion. Tu vois, elle pose des questions mais je trouve qu'elle est aussi très respectueuse de, de mon histoire, enfin voilà, elle vient juste par petites touches, quoi, voilà, juste pour savoir heu… savoir où j'en suis. » (Entretien avec Amandine, 34 ans, au cours de sa première grossesse.)

On retrouve également dans son témoignage, le souhait d'être rassurée par une prise en charge médicale mais non intrusive.

> « Je me sens rassurée par rapport à l'accompagnement qu'elle propose, d'un point de vue heu… Même physique… On est bien suivie, sans être trop… Juste ce qui faut, vérifier que tout va bien. » (Entretien avec Amandine, 34 ans, au cours de sa première grossesse.)

Un choix réfléchi.

Alors que le choix d'un accouchement en structure peut se faire par défaut ou parce que la future mère ignore qu'un autre type d'accompagnement est possible, le choix d'un

accouchement à la maison est en général longuement réfléchi. L'idée d'accueillir différemment son nouveau-né se manifeste bien souvent suite à un premier accouchement mal vécu à l'hôpital ou à la rencontre de parents ayant déjà fait ce choix. Bien que les raisons de départ et le vécu de l'accouchement varient en fonction des femmes et des couples, tous sont unanimes pour renouveler leur choix d'une prise en charge globale.

Parmi les femmes dont les témoignages ont été enregistrés, Farida, Amandine et Zelana ont toutes fait le choix d'un accompagnement global suite à une mauvaise expérience de suivi « classique ».
Pour son premier accouchement, Farida a eu une césarienne en urgence. À l'annonce de sa seconde grossesse, elle était très anxieuse et a choisi une sage-femme libérale ayant accès à un plateau technique afin de bénéficier d'un suivi plus personnalisé tout en étant rassurée par un environnement médicalisé au plus proche en cas de besoin.

> « Pour le deuxième, des amis en fait m'ont parlé d'Anne […] Et le contact a tout de suite été bon, très douce, très gentille. Elle répondait à toutes mes questions et vu que je voulais une grossesse et un accouchement différents, je, ça m'intéressait vraiment. Donc elle m'a suivie toute ma grossesse, ça s'est bien passé. Elle m'a donné plein de choses pour me tenir heu, un peu en bonne forme. […] L'accouchement en lui-même, un rêve… Je l'ai très, très bien vécu et elle a été, elle m'a accompagnée tout le long, très patiente. » (Entretien avec Farida, 26 ans, mère de deux enfants.)

Pour sa première grossesse, Zelana s'est « sentie trompée» par son gynécologue lorsqu'il lui a annoncé un déclenchement à la veille du terme. Elle dit ne pas avoir compris cette décision et interprète les complications de son accouchement (douleurs, longueur du travail, épisiotomie, extractions instrumentales), comme des conséquences de cet acte. Décidée à ne pas revivre cette expérience douloureuse, elle a fait le choix d'un accompagnement global pour son deuxième enfant.

> « Et qu'est-ce que tu as pensé de l'accompagnement global ? Par rapport à ta première grossesse ?
> « Ah ben franchement c'est juste, heu, ça devrait être comme ça tout le temps quoi. Parce que franchement c'est… C'est personnalisé, on est à ton écoute, ça donne des vraies pistes de réflexions, c'est… Non, ça n'a rien à voir quoi. Et puis… Et puis par exemple, les examens, ils sont pas systématiques et ça aussi ça m'a beaucoup plu. » (Entretien avec Zelana, 29 ans, mère de deux enfants.)

Dans tous les cas, les récits d'accouchements, lus ou entendus de vive voix touchent la sensibilité et l'imaginaire des femmes enceintes, venant ainsi alimenter des craintes, déclencher une prise de conscience ou appuyer une prise de décision.

> « Et puis moi je voulais un accompagnement différent parce que mes copines à l'époque qui accouchaient tu entendais épisio, déchirures, césarienne… ouais, ben ça donne pas envie quoi ! [Rires]. Et à part ça, c'est quoi les plus beaux souvenirs aussi que vous avez dans votre grossesse ? J'entendais aussi la fatigue machin, enfin les filles elles en pouvaient plus quoi. Et moi je pétais la forme quoi. Et sinon y'a un peu de positif dans votre accompagnement ou… non ? Faut subir pendant neuf mois ? Franchement !... Et puis les filles aussi qui te racontent leurs récits, elles se rendent pas compte mais toi quand t'as envie de le vivre et que tu vois que du négatif là-dedans, ben quand tu tombes enceinte t'as pas envie de vivre ce que, elles, elles ont vécu quoi. » (Entretien avec Hélène, 36 ans, mère de deux enfants.)

Mélanie et son mari ont ainsi confirmé leur choix d'un accouchement à domicile suite au témoignage d'un ami comparant la nuit passée dans sa voiture sur le parking de la maternité après la naissance de son premier enfant et celle passée auprès de sa femme et de ses enfants pour une seconde naissance à son domicile.
De même pour Hélène qui évoque le vécu d'une de ses amies pour qui la rencontre avec Françoise, dans le cadre d'un suivi global a « changé sa vie » suite à une expérience difficile en maternité,

> « J'ai une copine, pour ses deux derniers elle a accouché à la clinique avec Françoise, elle m'a dit hein… C'est, c'est génial quoi, ça n'a rien à voir, même le papa hein, il le dit, il était hyper serein… Parce que pour son premier, elle a accouché dans le circuit classique, ben… Elle vécut l'horreur hein et quand elle a rencontré Françoise, ça lui a changé la vie quoi. Et c'est vrai que tu te dis, ouais, ça peut changer ta vie… De rencontrer une femme comme ça… Ça change tout, même la vie que tu as après, le rapport à ton enfant, tout quoi. » (Entretien avec Hélène, 36 ans, mère de deux enfants.)

Ou Rita qui a totalement bouleversé sa façon d'aborder l'accouchement suite à la naissance de ses neveux et nièces à la maison.

> « Avant d'être enceinte ?... Madame tout le monde, je ne me suis pas trop posée de questions déjà s'il existait autre chose, pour moi tout le monde passait par heu, on va dire, centre hospitalier pour englober les œufs et avec le personnel et puis c'est comme ça, on prend la péridurale, c'est comme ça, on a une épisio, parce que c'est comme ça, enfin, c'est comme ça, on ne se pose pas la question. Donc heu, moi ça m'embêtait un petit peu, mais à côté de ça je me disais, ben après tout, si c'est

comme ça, ben il faut faire comme ça. Et puis L. quand elle m'a expliqué, ma sœur, quand elle m'a expliqué que ça pouvait être différent… » (Entretien avec Rita, 25 ans, mère de deux enfants.)

Isabelle, quant à elle, a attendu pour sa troisième grossesse d'être sûre de pouvoir bénéficier d'un accompagnement global avant de concevoir son enfant.

« Je l'ai appelée, avant même d'être enceinte, je sais pas j'ai dû parlé au moins une heure et demie au téléphone avec elle et là je me suis dis, c'est bon, je peux tomber enceinte maintenant j'ai trouvé quelqu'un ! [Rires]. Ah ouais, ça me stressait de ne pas avoir un suivi avec quelqu'un que, et de commencer une grossesse sans savoir sur qui j'allais tomber, ou chercher une sage-femme et qui allait me convenir ou non et d'ailleurs, une fois que je l'ai trouvée, je suis tombée enceinte le mois d'après. » (Entretien Isabelle, 30 ans, mère de trois enfants.)

Les qualités du suivi global.

Aucun de mes interlocuteurs n'a regretté son choix et tous ont relevé les qualités d'un tel suivi, rejoignant ainsi les nombreux recueils de données sur l'accompagnement global[133].
Que l'accouchement ait eu lieu en plateau-technique ou à domicile, « la disponibilité », « la discrétion » et « le respect » de la sage-femme pour la femme, le couple, leur intimité ou le rythme du travail sont toujours présents dans les récits.

« Globalement j'étais super contente de comment ça s'est passé. Comme je le souhaitais tu vois, dans le respect de notre rythme, de notre intimité, de, de la nature. Donc ça c'est, ça été super. » (Second entretien avec Amandine, après son accouchement.)

Plusieurs femmes ont vécu cette discrétion au moment de l'accouchement comme une valorisation de leurs propres capacités, elles disent avoir apprécié ce sentiment d'être « seule » pour mettre leur enfant au monde.

« Elles me mettaient des compresses chaudes, mais elles étaient vraiment en retrait, enfin j'avais vraiment l'impression d'être toute seule avec mon mari. Ouais c'est…, cette sensation d'accoucher toute seule, ouais, d'être heu, vraiment maître de moi. […] Elles étaient là pour surveiller le bon déroulement mais c'est tout, y'avait pas d'intrusion… Le monitoring, elle ne m'a pas imposé d'être sur le dos, c'était elle… moi j'étais à quatre pattes sur le matelas, ben c'était elle qui se déplaçait si

[133] De nombreux entretiens ont été réalisés ces dernières années dans le cadre de productions visuelles, tels que les films, *Loba*, de Catherine Béchard, 2014 ; *Entre leurs mains*, de Céline Darmayan, 2014 ; *Donner la vie chez soi*, d'Emmanuelle Sallustro, 2012 ; *L'arbre et le nid*, de Valérie Pouyanne, 2013.

je me déplaçais, elle le tenait et… Enfin je veux dire, elle a respecté tout mon cheminement à moi, elle n'a pas interrompu mon truc et… » (Entretien avec Isabelle, 30 ans, mère de trois enfants.)

« Et du coup…d'un seul coup le bébé est là et… tu te rends compte que oui, elle était là et… Et, oui, et tout de suite, c'est pareil, elle s'efface, elle est là pour les deux premières minutes, pour me le mettre dessus, elle l'essuie et puis hop, d'un coup y'a plus personne, on est à nouveau en couple avec notre bébé quoi. […] Et c'est vrai que c'est magique et… Et hop, elle a fait le ménage à côté, tout d'une façon… tellement discrète que, j'avais l'impression qu'elle était absente quoi… » (Entretien avec Mélanie, 36 ans, mère de deux enfants.)

Accoucher chez soi.

Isabelle a très bien vécu ses deux premiers accouchements dans une petite maternité qu'elle juge très respectueuse de la physiologie. Cependant elle voulait pour son troisième enfant, pouvoir bénéficier « d'un retour précoce à domicile » et également « faire un maximum de travail » chez elle. Ses souhaits l'ont amenée à choisir tout d'abord un suivi global avec une sage-femme libérale pratiquant au sein d'une clinique. Petit à petit, l'idée d'un déplacement en voiture en fin de travail alors même qu'elle pouvait bénéficier de la présence et de la surveillance de sa sage-femme chez elle, lui a semblé être un inconfort et une prise de risque inutile.

« Je voulais une sortie précoce de maternité, je voulais aller accoucher en maternité mais sortir tout de suite après, pour pas faire la coupure avec les deux premiers. […] Et puis je me souviens du trajet pour A., en pleine contractions, c'était… Franchement la voiture c'est galère hein quand on a des contractions et tout et en même temps je voulais faire un maximum de travail à la maison donc ça veut dire que quand on partira… ça sera dur quoi. » (Entretien avec Isabelle, 30 ans, mère de trois enfants.)

Isabelle a apprécié suite à cette naissance à la maison le fait de ne pas être séparée de ses autres enfants et d'intégrer la venue du nouveau-né dans la vie de la maison.

« Ils sont allés se coucher et le lendemain, ben ils se sont levés, la petite sœur était là… Y'a pas cette coupure. À la maternité moi, ça m'avait marquée… Ils ont 18 mois d'écart, donc ma fille avait 18 mois quand mon fils est né et… Elle l'a pas trop mal vécu elle, mais moi… La séparation…aïe, le soir ils repartaient à six heures… Je pleurais… J'ai fait une espèce de… Pas de dépression mais une déprime quand même après, ça me, pff, ça m'a vraiment paru très, très dur. Alors que là… J'étais vraiment en pleine forme. Tout le monde était là le samedi, on a bu le champagne et ils m'ont dit « on ne dirait pas que tu as accouché hier ! », ben ouais, mais je suis à la maison. Je suis chez moi,

j'ai dormi dans mon lit, j'ai mon homme à côté de moi, rien que ça. » (Entretien avec Isabelle, 30 ans, mère de trois enfants.)

Elle ajoute,

« Et quand on me dit, ouais, mais à la maternité tu te reposes…, Ouais, moi à la maternité on me réveille à six heures du matin, on prend la température, les machins, les trucs, heu, on commence à se rendormir, y'a le pédiatre, après il faut faire le bain à telle heure, heu, j'dis, heu, faut réveiller le bébé pour faire le bain parce que la puéricultrice veut absolument vous voir faire le bain, enfin… Nous heu… Déjà je lui ai pas fait de bain avant ses quatre, cinq jours et puis ben, si elle dort, elle dort et puis moi si je dors, je dors et puis y'a pas… Je dormais jusqu'à midi le matin, R. se levait, il s'occupait des enfants. » (Entretien avec Isabelle, 30 ans, mère de trois enfants.)

Hélène et Zelana ont également insisté sur leur état de fatigue moindre lors de leurs accouchements à la maison, sur la satisfaction de ne pas être séparées des aînés et de bénéficier de l'aide de leurs proches pour s'occuper des enfants, de la maison, de leur bien-être tout en profitant des premiers jours avec leur nouveau-né dans l'intimité du foyer.

Isabelle avait prévenu ses proches d'un éventuel accouchement à domicile et avait demandé à chacun de venir, lors de sa visite, avec un repas.

« Ouais, mais y'a les repas et tout à la maternité… ». Ben moi, j'avais demandé à toute ma famille de venir avec un petit plat préparé. Je leur avais dit, ben quand vous venez nous voir vous nous ramenez un petit plat préparé. Voilà, ma grand-mère avait fait de la langue de bœuf… Voilà quoi, un truc qui se fait réchauffer au micro-onde et tout le monde mange. Mon mari il avait pas besoin de cuisiner, moi j'avais préparé des choses au congèl' aussi avant. […] Et j'avais mis ma maman et ma sœur dans la confidence de l'accouchement à la maison et donc dès le lendemain ma maman était là et elle m'a dit je viens à sept heure et demie le lendemain pour que nous on puisse faire la grasse matinée, enfin j'ai pas dormi, je venais d'accoucher, mais bon au moins elle s'est occupée des enfants, a préparé le petit déjeuner, s'est occupée d'eux, les a habillés, que nous on prenne le temps quand même aussi, donc heu, voilà, elle est venue, elle nous préparait les repas, elle nous préparait les machins et ça a duré pendant, ouais, six, sept jours comme ça. Y'avait toujours, on avait toujours du monde à la maison, mais j'ai pas eu ce sentiment d'être fatiguée. Vraiment…, par contre j'ai profité de ma famille, chose que à la maternité…, bon on était loin donc, bon ils venaient mais ils ne s'autorisent qu'une heure ou deux en se disant sinon après on va la fatiguer finalement, donc ils partent, alors tout le monde vient d'un coup et puis tout le monde s'en va alors d'un coup y'a plus personne. Alors que là finalement c'était un peu, ben voilà, ça allait, venait… (Entretien avec Isabelle, 30 ans, mère de trois enfants.)

Même dans le cas d'accouchements relativement longs ou soldés par un transfert à la maternité au cours du travail, toutes les femmes ayant fait le choix d'un accompagnement global en sont satisfaites et n'envisageraient pas un autre suivi pour une prochaine grossesse.

> « À partir de ce moment-là, tu te dis, plus jamais heu, hors de question de vivre ça autrement, ça c'est pas possible. » (Entretien avec Rita, 25 ans, mère de deux enfants.)

> « Cet accompagnement-là, franchement, il est bien, moi je le recommande à toutes les mamans… » (Entretien avec Hélène, 36 ans, mère de deux enfants.)

> « Si c'était à refaire là ça serait vraiment un choix, une conviction, ça serait à la maison. Mais après…faut que ça soit une grossesse heu…voilà. » (Entretien avec Mélanie, 36 ans, mère de deux enfants.)

3- Conforter la femme dans ses compétences, faire de l'accouchement une expérience valorisante.

> « Elle me regardait dans les yeux et elle soufflait, elle soufflait, elle soufflait et puis un moment elle a eu envie de pousser et je voyais que le petit arrivait et Sophie elle était en train de faire un papier derrière et je lui dis, "Sophie le bébé arrive !" Alors Sophie elle revient pour accueillir l'enfant et heu, juste pour l'accueillir, la dame a poussé, toute seule, hop impeccable. Et quand l'enfant est né, il faisait quatre kilos, quatre kilos cinquante. Et quand l'enfant est né heu… J'ai dit à Sophie, "mais t'as rien fait ! " Et elle me dit, "ben oui, oui, c'est ça le boulot de sage-femme… C'est conforter la femme dans ses compétences". » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

De par leur savoir-faire, les sages-femmes qui ont à cœur de respecter le rythme physiologique de la naissance, offrent aux femmes qu'elles accompagnent la possibilité de vivre une expérience unique et extrêmement enrichissante. La confiance en ses propres capacités à mettre son enfant au monde s'inscrit comme un bagage certain pour l'avenir. Les sages-femmes qui travaillent ainsi ne sont pour ainsi dire jamais confrontées, chez leurs patientes, à des dépressions post-partum ou des difficultés majeures en ce qui concerne l'allaitement.
Pour Dominique, répondre aux demandes des femmes qui souhaitent vivre leur accouchement au plus près de la physiologie, renforce ses convictions professionnelles et lui donne l'énergie nécessaire pour faire face aux pressions et difficultés inhérentes à la pratique de l'accompagnement global aujourd'hui en France.

« J'ai eu un accouchement hier, quatre kilos quatre-vingt le bébé, sur un premier, à la maison, sans péridurale… Et la dame, elle a pour ainsi dire, rien dit. Et elle a été extra jusqu'au bout. Y'a eu un moment de doute sur la fin, je lui ai dit, "tu vois, je te l'avais dit que tu allais y arriver" à ce moment de doute, "alors on fait quoi ? On continue ? " ; "Ah oui, oui, oui, je ne veux pas aller à la mater"… Bon, on continue, on continue, et elle l'a sorti toute seule, vraiment… Elle l'a accompagné comme un chef son bébé […] Quatre kilos quatre-vingt, pour un premier. Un périnée nickel, parce que comme j'étais là, je lui disais, garde le là un petit peu là, parce qu'il est en train de s'imprimer dans ton périnée, garde le là…Hop, le bébé est monté, monté, monté et un moment donné elle m'a dit "je peux plus là, ça pousse" et je lui dis, laisse le venir, il vient là, super… Et hop, il est sorti… Mon Dieu, mon Dieu… Moi ça me fait vivre. Je te disais, c'est une question de tempérament, c'est mon moteur moi, ça me booste à chaque fois quoi. » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

Dominique souhaite avant tout conforter ses patientes dans leurs capacités, faire de leur accouchement une expérience valorisante.

« C'est prouver au monde que tu es capable et tu grandis aussi, dans le regard de ton mari… "Ha…t'as été capable de faire ça, toi…ha…" Ah, c'est flagrant, flagrant. Moi je le vois heu…Le respect heu, ça force [...] C'est ça… quand on vous donne l'énergie… C'est la clé, "elle m'a dit que j'étais capable, donc je suis capable et je vais le prouver que je suis capable !"…C'est ça hein… Faut avoir la niaque hein. » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

Béatrice, sage-femme libérale, me rapporte les propos, fort semblables, d'une de ses patientes ayant accouché sans médicalisation pour la première fois :

« Elle m'a dit, c'est la première fois que je suis fière de moi, d'avoir réalisé quelque chose par moi-même. » (Extrait carnet de terrain.)

4- Continuité de soins et sécurité.

Pour Françoise, « apprendre à connaître une femme, savoir ce qui est bon pour elle » est tout l'art de la sage-femme.

« Chaque femme est unique et le système propose une formule standard pour toutes, ce n'est pas logique ! C'est l'art qui se perd. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

En effet, l'accompagnement global, entendu par Françoise, comprend un accompagnement dans le temps, durant la période pré et post natale, afin d'établir un véritable lien avec la femme et une préparation tant physique que psychique à l'accouchement. Les patientes reçoivent des conseils sur leur alimentation, leur sommeil et activités, reçoivent des prescriptions en homéopathie, compléments alimentaires et surtout prennent le temps de connaître le professionnel de santé qui les accompagne et de comprendre son raisonnement, sa démarche. La plupart des sages-femmes s'accordent à dire que la relation de confiance facilite la prise en charge de l'accouchement. Anne partage cet avis.

> « Y'a l'abandon complet, la confiance et puis, sans qu'elle s'en rende compte, tout ce qu'on lui a fait faire en amont pendant la grossesse…de pas être carencée, de faire son ostéo… […] De préparer son périnée… » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Pour Nadia, étudiante sage-femme, la proximité, l'humanité, la relation de confiance, objectifs fixés par le dernier plan de périnatalité, sont effectifs dans les principes du suivi global.

> « Quand on suit la femme depuis le début, on s'y attache, y'a une relation de confiance qui se crée… Alors évidemment il faut garder une certaine distance professionnelle, mais quand même on s'attache à ses patientes et que quand on a suivi la femme pendant toute sa grossesse et on qu'on a tout fait, en sorte que ça se passe bien et que le jour de l'accouchement on n'est pas là… Alors de savoir qu'on peut la laisser à quelqu'un de confiance et qu'on va la retrouver heureuse… et pas de se dire, on la laisse dans un système classique où elle va être découpée en morceaux et qu'on va la retrouver en larmes et qu'on va se dire que ça fait neuf mois qu'on bosse sur un truc qui a été foutu en l'air en deux secondes. Parce qu'on dit, les femmes elles s'attachent à une personne, mais elles s'attachent à l'assurance de, même pas de bien accoucher ! Mais à l'assurance qu'elles ont été comprises, entendues et qu'on leur a donné tout ce qu'on pouvait pour qu'elles accouchent bien. Je pense pas qu'une femme qui accouche avec Françoise ou avec Anne, si ça se termine par une césarienne ou par un forceps, elles seront dégoûtées… parce qu'elles savent au contraire qu'elles auront eu tout pour que ça se passe bien mais que c'était comme ça, qu'on pouvait vraiment pas faire autrement… Qu'on leur a donné tous les moyens. » (Entretien avec Nadia, étudiante sage-femme.)

Anne, de par son expérience en milieu hospitalier puis dans la pratique du suivi global, constate que la continuité des soins est une part importante de la sécurité apportée par la sage-femme, en ce sens qu'elle implique un engagement professionnel et moral envers la patiente et une prise en compte objective de la qualité du suivi sur le déroulement de l'accouchement :

« On s'implique dans tout ça ! Parce que bon, on a idée que, qu'on est responsable de la grossesse, qu'on essaye de prévenir des complications et puis y'a l'accouchement au bout. […] On a une logique de, d'accompagner vraiment la santé pour simplifier l'accouchement ! Pour la femme évidemment, mais aussi pour nous, en tant que professionnelle, on a envie d'éviter d'être face à des complications ! Toi, [en s'adressant à Nadia], t'avais été frappée de voir en consultations des "madame vous avez pris 25 kilos, bon ben très bien, rendez-vous dans un mois, quoi !" Pas un mot sur vous mangez quoi, machin, rien du tout. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale et Nadia, étudiante sage-femme.)

Pour elle, cette implication de la sage-femme dans le suivi global, qui permet de prévenir des risques et de responsabiliser le praticien en vue de l'accouchement en préparant la femme en amont, n'est pas mise en pratique dans les établissements de santé en raison du nombre trop important de patientes par rapport aux effectifs du personnel.

« C'est frappant de, de voir à quel point y'a une décharge. Donc ben nous, oui, on suit… Notre valeur médicale c'est ça, c'est de connaître les gens de A à Z et d'avoir tout ça entre les mains, alors… On cogite quelquefois, donc c'est là que c'est intéressant, de partager à plusieurs, de dire bon là, qu'est-ce que t'en penses… Et… Y'a une vraie sécurité et au regard de ça on pourrait se permettre d'être moins technique. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Pour les femmes qui choisissent un accompagnement global, la sécurité qu'elles recherchent est également inhérente à ce type de suivi.
Pour Rita, les compétences des sages-femmes pratiquant l'accompagnement global ne sont pas restreintes par des protocoles. Alliées à une bonne connaissance de leur patiente et à un respect particulier envers la physiologie, elles participent à la sécurité de l'accouchement peu importe le lieu où celui-ci se déroule.

« Pour moi, ce qui représente la sécurité lors d'un accouchement c'est la sage-femme, […] si je peux pas accoucher chez moi, je crois que j'accepterais quand même le plateau technique, pour avoir la sage-femme. Je parle de nos sages-femmes, bien sûr. » (Entretien avec Rita, 25 ans, mère de deux enfants.)

Pour Isabelle, la présence de la sage-femme a permis pour elle-même comme pour son mari, de favoriser la confiance en ses capacités à mettre au monde et le bon déroulement du travail.

« Il sent que, que la nature elle est faite pour ça aussi… Et que la sage-femme, si elle avait douté de quelque chose, elle nous aurait envoyé à la maternité, s'il y avait un doute, mais… Elle voyait bien

qu'il n'y avait pas de problème, que le bébé se présentait bien… » (Entretien avec Isabelle, 30 ans, mère de trois enfants.)

La présence et la surveillance en continu de la sage-femme, ainsi que la validation des critères de grossesse physiologique, viennent pallier, pour la plupart de leurs patientes, l'absence d'un environnement technique et médicalisé.
Pour Isabelle, l'accompagnement global la rassure sur le fait qu'aucune intervention ne sera décidée inutilement.

« Au moins, avec Anne, on est entre de bonnes mains, si on doit partir en césarienne c'est vraiment que… Vraiment y'aura pas le choix, ça sera pas une question d'engrenage médical justement qui aura amené à ça. C'est ce que je disais à R., avec Anne au moins je sais qu'on… On aura tout essayé. Même si y'a une épisio c'est qu'elle n'aura vraiment pas le choix, elle ne va pas y toucher si y'a pas besoin. » (Entretien avec Isabelle, 30 ans, mère de trois enfants.)

Cette raison est souvent reprise par les couples qui appréhendent des interventions hâtives ou injustifiées à l'hôpital.
Hélène avait prévu son accouchement en plateau technique, sa fille est née à 37 semaines, à son domicile, de façon inopinée. Elle compare son accouchement et ses suites de couches avec la naissance de son premier enfant, transféré en service néonatal en raison d'un petit poids.

« Pour elle, ils nous auraient transféré, jamais elle serait sortie. Avec la pédiatre là, la fille, je sais plus comment elle s'appelle, ça aurait été une catastrophe. Non mais à la clinique, heu, quand t'es pas dans les cases… C'est sûr, ils l'auraient emmené. Et puis là on est bien… Et puis elle est en forme quoi, elle est en forme. De toute façon ça se voit, elle a un beau teint, elle est tonique, elle prend… Non, y'a pas de, son transit est bon, impeccable. » (Entretien avec Hélène, 36 ans, mère de deux enfants.)

Les sages-femmes également reconnaissent que les femmes ne sont pas toujours préservées en milieu hospitalier, notamment dans les structures de niveau 3. Josiane évoque l'expérience d'une de ses nièces dont le bon déroulement de l'accouchement est dû selon elle, au fait qu'elle ait accouché dans une petite structure.

« Bon elle était dans une petite maternité, elle connaissait la sage-femme, elle avait toute confiance hein, mais elle aurait été au CHU ?... Césarienne ! C'est sûr, ils l'auraient emmerdée. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Dominique partage l'idée qu'une relation de proximité entre la parturiente et la sage-femme accroît la patience de cette dernière face à une naissance un peu longue. Dans son propre cas, la présence d'une de ses collègues lors de son premier accouchement a permis selon elle, un accouchement par voie basse malgré une durée du travail dépassant le temps admis par le protocole.

> « Heureusement que c'était ma collègue qui était là, parce que sinon ils m'auraient ouvert le ventre, hein. » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

Josiane a toujours été hospitalière mais a parfois accompagné des amies ou des femmes qu'elle connaissait en structure, elle remarque que l'engagement envers ces femmes et a fortiori la relation qui s'établit n'est pas la même que dans une situation d'anonymat.

> « C'est vrai que quand on nous demande… Quand on nous demande, c'est une autre démarche hein, quand on nous demande pour un accouchement c'est quand même autre chose que d'être là au moment où une femme accouche. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Ce qui transparaît au travers des paroles des femmes, c'est que l'accompagnement global leur semble plus adapté à leurs demandes. Le sentiment de confiance établi avec la sage-femme remplace le besoin (plus souvent exprimé en milieu hospitalier) de « tout savoir » sur l'avancée du travail.

> « Elle ne me disait pas à combien, la dilatation […] Moi, je ne demandais pas non plus tu vois, j'avais pas vraiment besoin de savoir. De me savoir accompagnée et puis que ça se passe bien, moi, ça me suffisait. » (Second entretien avec Amandine, 34 ans, trois mois après son premier accouchement.)

> « Et c'est vrai qu'elle, elle nous a pas donné plus d'explication que ça, mais… Mais finalement c'était suffisant. Je sais pas ce que j'attendais de plus, je sais pas… Je m'attendais à quelque chose de plus, à plus d'explications mais ça n'en nécessitait pas plus en fait… » (Entretien avec Rita, 25 ans, deux enfants.)

La présence en continu de la sage-femme pendant le travail est également très appréciée, d'autant plus lorsque la surveillance se fait au domicile de la patiente avant le départ à la maternité. Amandine qui a eu un accouchement particulièrement long et qui a été accompagnée

par sa sage-femme avant de rejoindre le plateau technique de la maternité où elle devait accoucher, insiste sur ce point :

> « Qu'elle reste là, toute la nuit en plus. C'était bien rassurant. C'est vrai que d'être avec quelqu'un… […] C'est vrai que c'est vite fait, tu vois dans mon petit moment de doute, la deuxième nuit-là, t'as vite fait de virer, de lâcher prise et de dire, bon allez, on va à la maternité. [...] J'y serais allée… Certainement on m'aurait provoquée. Un moment donné, on m'aurait sûrement dit, ben là, c'est trop long, on y va quoi. On aurait accéléré, alors qu'en fait, ben… Y'a jamais eu de… Ben voilà quoi, c'était très bien comme ça quoi. J'ai pas du tout souffert. » (Second entretien avec Amandine, 34 ans, trois mois après son premier accouchement.)

5- Les freins à l'accompagnement global.

> « Le 30 mai 2013, le ministère des Affaires sociales et de la Santé, alerté par la Cour des comptes, a décidé de saisir l'Ordre des sages-femmes sur les risques encourus du fait d'un défaut de souscription d'assurance RCP par les sages-femmes libérales pratiquant des accouchements à domicile programmés. » (Site du conseil de l'Ordre des sages-femmes.)

Les conseils départementaux ont été invités à adresser un courrier aux sages-femmes libérales leur demandant expressément de fournir une attestation d'assurance en cas de pratique à domicile, en leur rappelant « les risques encourus par cette situation illégale ». Or depuis 2001, aucune assurance abordable[134] ne leur est proposée. C'est donc dans l'illégalité qu'un petit nombre de sages-femmes persistent à pratiquer le métier pour lequel elles sont formées, le suivi médical des grossesses et des accouchements non pathologiques.

Malgré l'absence de soutien apparent de la part du conseil de l'Ordre, celui-ci n'est pas sans ignorer la position délicate des sages-femmes face à la demande grandissante des couples pour un accompagnement global. Dans la revue *Contact sages-femmes*, éditée par le conseil de l'Ordre, du 20 juillet 2009, étaient présentés les résultats de l'enquête nationale sur la pratique des sages-femmes libérales. Ces derniers indiquent qu'« En 2008, environ 4 500 demandes n'ont pu être satisfaites (contre 3 900 en 2007) auprès de 930 sages-femmes, soit 60 % des sages-femmes ayant répondu à l'enquête. » Qu'en 2008, seul 4,4 % des sages-femmes libérales avaient accès à un plateau technique et que « pour celles qui n'ont pas d'accès : 390 sages-

[134] Le montant proposé par les assurances se situe au alentour de 22 000 euros soit l'équivalent du revenu annuel moyen des sages-femmes. À ce sujet, Mme Lavillonnière, soutenue par L'ANSFL et l'UNSSF, a engagé en 2014 une procédure juridique. À ce jour, aucune assurance n'accepte d'intégrer la pratique des accouchements hors structure.

femmes ont été sollicitées pour 5 140 demandes de parents en 2007 et 445 sages-femmes ont été sollicitées pour 6 691 demandes en 2008, ce qui représente une augmentation significative. »

En conclusion de son article, le conseil national de l'Ordre des sages-femmes, notait le souhait des professionnelles ayant répondu à l'enquête,

> « Que l'ouverture des plateaux techniques soit facilitée car cela représente une bonne alternative entre l'AAD (accouchement à domicile) et l'accouchement médicalisé en établissement de santé et que le regard désapprobateur des hospitaliers (sages-femmes et médecins) puisse disparaître, et se positionne en faveur d'une diversification de l'offre de soins, pour le bien-être et le respect des parents ainsi que des nouveau-nés, tout en permettant l'épanouissement professionnel des sages-femmes. » (*Contact sages-femmes*, du 20 juillet 2009.)

Aujourd'hui encore les sages-femmes sont en mesure d'affirmer que la demande est croissante[135].

Outre le défaut d'une assurance à un tarif raisonnable, la disponibilité qu'exige la pratique du suivi global est un des points sensible dans l'engagement des sages-femmes libérales envers cette pratique. Elle est une des principales raisons évoquées dans les enquêtes faites auprès des sages-femmes[136].

> « Avec le suivi global, ben si on a un repas le samedi soir, y'a le téléphone qui sonne, c'est pas de dessert et on y va et Noël c'est pareil et l'anniversaire c'est pareil et donc ça y'a très peu de personnes qui sont prêtes à prendre l'engagement. Après maintenant, il faut savoir s'organiser et voilà, l'organisation à deux ça permet d'avoir des temps. Si on arrive à être deux, trois… Les femmes elles l'entendent très bien là, si on… Parce que bon F. elle a donné toute sa vie, elle a sacrifié même beaucoup de sa vie de famille hein, elle est jamais partie, heu, du 1er janvier au 31 décembre […] Je disais à F., mais heu, dis non pour le mois de juillet, je sais pas, fais une pause et elle me disait, ah tu verras comme c'est difficile de dire non. Et c'est vrai […] Je la connais, j'ai déjà, et puis malheureusement on sait qu'il y' aura pas forcément cette sécurité […] Si le raisonnement était équivalent. Je veux dire, moi, si quelque part y'a une F., je sais que y'a une F. ou une I., pareil de garde je veux dire c'est… (Elle respire fort). Elles peuvent aller avec elle je sais qu'il n'y aura pas de bourdes quoi, c'est pas qu'on est meilleure, mais c'est qu'il y a une telle différence maintenant de raisonnement de prise en charge et d'anonymat, qu'on a peur de les confier à un

[135] Cf. Interview de Mme Lavillonière, par Paule Boufferet pour le CDAAD, le 2 septembre 2014. Consulté sur le site du CDAAD.
[136] Cf. Travaux cités dans le chapitre 1.

système ! On sait bien comment l'effet boule de neige peut tout à fait rendre les choses pathologiques alors qu'elles ne l'étaient pas donc effectivement, ben F. du coup elle restait, parce que ben oui, t'es appelée par une telle et que, ben… » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

« Faut reconnaître quand même que, accompagner des naissances à la maison, c'est très prenant dans la vie. […] Il faut être extrêmement disponible et heu, ça, forcément ça a un impact sur la vie de famille. Forcément hein. Combien de fois je me suis retrouvée en repas de famille et puis *dring*, « j'ai des contractions toutes les cinq minutes, depuis déjà deux, trois heures. » Ok, j'arrive ! Donc il faut que je largue tout le monde et puis je m'en vais hein. Donc ça, il faut que ça soit accepté. » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

« Il faut de l'organisation aussi mais, une fois que c'est rôdé, ça va. Et puis il faut que le mari… bon là, ce qui est bien c'est qu'il a des horaires assez fixes, réguliers et puis aussi qu'on a de la famille qui est dans les parages, donc je sais que si je dois partir sur un accouchement et qu'il n'est pas forcément là, j'ai la possibilité de laisser la petite chez mes parents. Donc oui, il faut quand même un réseau, heu, assez bien organisé. Mais ça se fait. […] Alors dans le cas où je prends des vacances, de temps en temps, j'ai des collègues qui peuvent me remplacer sur des accouchements à domicile, mais ce n'est pas évident en fait sur cet accompagnement-là, parce que, on crée quelque chose avec les couples et c'est pas évident. […] Les gens ne comprennent pas hein… Mais on ne peut pas comprendre, enfin, je trouve qu'on ne peut pas comprendre quand on n'est pas dans le truc. Et puis oui, si on lâche le couple, y'a aussi une grande déception, parce qu'il y a une attente très forte des gens qui sont dans ce projet-là et puis même généralement depuis des années avant d'avoir un enfant hein, ils savent déjà qu'ils voudront le faire de telle manière. Et puis de se dire, si ça se passe ailleurs et que ça se passe mal, ben je m'en voudrais parce que, ben, ce n'était pas l'accompagnement qu'ils avaient choisi… Donc oui, c'est difficile quoi, de lâcher comme ça. » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale)

Sur les autres points identifiés comme des freins à l'accompagnement global, les entretiens réalisés viennent également confirmer les données recueillies ces dernières années au travers des travaux de recherche à ce sujet. L'absence de structures adaptées telle que les maisons de naissance, les difficultés d'accès à un plateau technique, l'absence d'assurance pour l'accouchement à domicile, la faible rémunération sont autant de raisons expliquant l'absence des sages-femmes libérales dans la pratique des accouchements.

Le mémoire de fin d'études de Bénédicte Laffont[137], intitulé *L'accès des sages-femmes libérales aux plateaux-techniques*, présente un aspect inédit et riche d'informations qualitatives, par la restitution d'extraits d'entretiens réalisés auprès de personnels hospitaliers. On y retrouve

[137] Soutenu en 2010, à Lyon.

l'ignorance des praticiens hospitaliers sur l'exercice du suivi global, la réticence des collègues hospitalières qui n'apprécient pas que les sages-femmes libérales « travaillent dans leur coin et les sollicitent en cas de problème ». Mais également, l'opposition très nette des médecins, qui invoquent des problèmes de responsabilités médico-légales et des démarches administratives trop complexes ; des pédiatres qui s'opposent aux sorties précoces, « je me vois mal laisser partir un enfant sans jeter un œil dessus » (Laffont, 2010 : 59) ; ou encore des cadres sages-femmes qui n'acceptent pas l'idée que des sages-femmes travaillent dans la structure sans être soumises à ses protocoles.

III/ Le suivi et l'accouchement en structure.

1- Proximité et continuité de soins en maternité ?

« On ne voit les patientes que très tardivement ».

Beaucoup de maternités n'ont pas le temps de recevoir les parturientes avant leur huitième mois de grossesse et donc ne peuvent établir un véritable dialogue sur la durée, être dans une connaissance et une préparation personnalisée de l'accouchement.

> « Moi : Et à la maternité, il y a un service de suivi de grossesse ?
> Rebecca : Qu'est-ce que vous appelez suivi de grossesse ? Service d'hospitalisation ?
> Moi : Plutôt de consultations, tous les mois pendant la grossesse ?
> Rebecca : Oui. Oui, oui.
> Moi : Et dans le cadre de ce suivi, est-ce qu'on propose un entretien du quatrième mois ?
> Rebecca : Oui. Pour les patientes qui le souhaitent. Mais il y a très, très peu de patientes qui en bénéficient. (Silence)
> Moi : il n'y a pas de demande de la part des femmes ?
> Rebecca : Non, il n'y a pas de demande. Alors, c'est sûrement, ma réponse est, enfin je veux dire, nous c'est sûrement biaisé ici, étant donné qu'on ne commence à suivre les grossesses, théoriquement qu'au huitième mois. […] On ne voit les patientes que très tardivement.
> Moi : D'accord. Pour la consultation avec l'anesthésiste…
> Rebecca : Voilà, et les deux dernières consultations. » (Entretien avec Rebecca, sage-femme, cadre supérieure d'un pôle mère-enfant.)

Pour Nadia, étudiante en dernière année, la pratique hospitalière, telle qu'elle est organisée aujourd'hui crée une distance entre la sage-femme et les patientes.

> « Au bloc on s'engage moins parce qu'on ne va pas les revoir après et qu'on n'aura pas les retombées. Alors que si tu fais un accouchement, tu réfléchis, la femme si c'est toi qui l'a jusqu'à la fin et qu'elle n'est pas contente, ben c'est toi qui dois l'assumer après. Alors que finalement si on fait, par exemple je vois, une épisiotomie, on s'en fout on recoud, on verra rien et puis on s'en fout après les conséquences c'est pas nous qui les verrons, parce que la femme quand elle viendra pleurer c'est pas nous qui devrons la consoler, hein, donc finalement on s'en lave un peu les mains.… » (Entretien avec Nadia, étudiante sage-femme.)

Solitude et anonymat.

Élisa évoque la solitude des femmes pendant le travail à la maternité :

> « À l'hôpital y'a qu'une personne.
> Moi : Oui. Donc en général c'est le père.
> Élisa : Ben oui. Point. Point final, alors que… Ouais et y'a la sage-femme qui vient cinq minutes toutes les heures, c'est pas un accompagnement hein. C'est clair hein, en maternité, la pauvre sage-femme qui a quatre accouchements en même temps… Malheureusement, elle ne peut pas être là et ça c'est dommage. Et ça, ça joue dans le travail et l'accouchement. Par le manque d'accompagnement, y'a plein de femmes qui prennent la péri, qu'elles ne prendraient pas si il y avait quelqu'un en continu. Dans les accouchements, par exemple, dans les pays comme les Pays-Bas, l'Allemagne, y'a quasiment une sage-femme par femme pendant l'accouchement, même en Angleterre et les sages-femmes sont pendant tout le travail avec les couples, enfin, quasiment, et le taux de péridurale est beaucoup plus faible. Parce que la sage-femme va aider la femme à respirer, va se positionner avec elle, va lui masser le dos, heu, va la motiver en lui disant, "ouais, super, vous arrivez à bien respirer", heu, le mari il ne peut pas. Le mari il voit sa femme souffrir, il dit "oh la la…" […] Il va lui dire, "mais prend la péri !". Non, mais, clairement hein. C'est obligé, même si la femme lui dit non, je vais y arriver… Le mari, il est toujours à l'écoute de la douleur. Il va dire "non, mais attend, t'as hyper mal là", c'est vrai hein, tous ! T'as très peu de maris qui disent "ouais, ouais, vas-y…t'as mal, mais vas y", ça existe pas ! Donc non, il faut une personne neutre quoi. Il faut une troisième personne.
> Moi : Oui, une personne qui relativise.
> Élisa : Oui, c'est ça.
> Moi : Oui, on oublie que c'est important dans ce moment-là, d'être divertie, je veux dire, de parler d'autres choses, de penser à autre chose, de détourner l'attention de la douleur.
> Élisa : Oui, oui. C'est ça, tout à fait. Et quand la sage-femme commence à le faire, là, le mari il comprend et il commence à faire ça, parler d'autre chose. Et il y en a certains qui commencent à se libérer. Souvent aux accouchements, on rigole bien hein, au début. [Rires.] Entre deux contractions, heu, le mari il sort des vannes à sa femme et tout ça… Et la femme rigole hein, entre deux. Après, y'a un moment où elle ne rigole plus. Mais, oui, cette ambiance, c'est sympathique. Et je pense qu'il faut être trois. Il faut qu'il y ait une sage-femme qui montre au mari que cette douleur aussi est normale. Parce qu'à l'heure actuelle, quand y'a douleur, c'est qu'il y a un phénomène anormal généralement. » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

Le caractère anonyme de la naissance au sein d'une structure médicalisée ne permet pas aux praticiens d'accompagner les femmes au plus près de leur attentes, qui elles-mêmes varient en fonction de la prise en charge, de la relation de confiance établie.

« Une maman x, qui arrive pour accoucher et qui s'est toujours formatée à l'idée que ça serait comme ci, comme ça, bien lisse, bien cadré machin… si d'un seul coup on la bouscule et qu'on l'amène à dépasser un peu la tempête… C'est pas facile de savoir, est-ce qu'elle aura le recul en atterrissant de savoir c'est quoi ce chamboulement ? C'était positif ou est-ce qu'elle en restera à un degré, heu "moi je voulais rien sentir, heu…". Mais ça se travaille en amont ça. Tout ça dans l'ensemble, c'était pas très facile, parce que je me disais, c'est ça qui me frustrait en salle de naissance, de me dire, heu, nom d'une pipe, que je comprenne bien ce qu'attend cette femme ? Soit elle a un peu réfléchi au sujet et j'ai pas peur dans le moment ou elle craque un peu de l'épauler parce qu'après je sais qu'elle sera contente, soit elle a pas du tout réfléchi au truc, elle a envie que ça soit lisse, bien cadré, bien maîtrisé… Et si moi, je prends sur moi de, d'insister et de lui faire passer un cap qui pour elle sera un très mauvais souvenir, ha !...

Moi : Oui, parce qu'une femme peut être ferme dans sa décision de ne pas souffrir parce que la médecine le lui permet.

Anne : Alors là où je vais argumenter quand même en amont, c'est de dire moi je suis pas là pour savoir si vous devez souffrir, pas souffrir… je voudrais surtout que vous accouchiez le plus simplement possible. Or, la péridurale, très souvent, elle va perturber le phénomène et surtout dans un accouchement délicat, de rotation, du passage du bébé, j'ai d'autant plus besoin de vous, de votre mécanique, de votre machin. Il est quand même prouvé qu'avec le relâchement musculaire de ci et de ça, j'ai une panne mécanique, j'ai une panne de ceci… donc voilà…

Moi :… des soucis de démarrage d'allaitement parfois…

Anne : Oui, y'a plein de chose. Moi j'ai envie de leur cracher un peu ça. Parce que c'est bien de mettre tout ça sous cloche, c'est package, tout va bien madame ! » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Pour Françoise, un grand nombre de professionnels de santé confortent les femmes dans l'idée que l'hôpital est le lieu le plus sûr pour accoucher et qu'en fonction de cela, elles doivent se plier aux recommandations qui leur sont faites. Le désir de faire participer la femme pleinement à la naissance de son enfant, de l'aider à trouver la force en elle-même, de réaliser cette mise au monde pour les bienfaits qu'un tel sentiment de réalisation peut apporter sur la confiance en soi et sur la relation au tout petit est, selon elle, peu fréquent à l'hôpital.

« Ils n'ont pas confiance en elles quelque part. Et elles, elles n'ont pas confiance en elles… Là, M., elle n'avait pas confiance dans les autres, mais ils la déstabilisaient, donc elle était paumée. Ils la manipulaient… "Vous vous rendez compte, votre bébé il va se déshydrater…" Et en partant, la pédiatre qui lui dit "vous savez, vous avez un gros risque de déshydratation hein ! " Et j'ai dit à M., "tu sais, moi je n'en ai pas encore fait déshydraté un, depuis que je m'en occupe hein..." Au lieu de dire, "si, sortez, vous avez F., vous verrez, ça ira bien…", "Si y'a quoi que ce soit, vous pouvez revenir nous voir…" Eh bien non, c'est "vous vous rendez pas compte et tatati"… Moi c'est ça que

je ne supporte pas. Pourquoi ? Parce qu'il n'y a pas le respect de ce que nous faisons. Y'a pas le respect. Y'a pas le respect. Ils veulent faire comme nous, mais ils en sont incapables et ils ne respectent pas ce que nous faisons. [...] Mais ils les manipulent tellement que elles y croient hein… Elles n'ont jamais été ailleurs pour les trois quarts. Pour celles qui ont été ailleurs, elles ne restent pas longtemps en général. Celles qui n'ont rien vu d'autres, ben, elles croient que c'est comme ça hein. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Rebecca, cadre de pôle mère-enfant, m'explique que selon elle, les femmes qui viennent accoucher à l'hôpital ne sont pas forcément en confiance parce que c'est une période de bouleversement hormonal et psychologique dans leur vie, qu'elles prennent les choses mal et qu'ayant accès à de nombreuses informations, elles se posent des questions sur la prise en charge médicalisée. Le fait qu'il s'agisse d'une prise en charge dépersonnalisée, n'est pas pris en compte dans son analyse.

« Rebecca : Oui et puis si vous venez à l'hôpital, moi je sais pas, pour un infarctus du myocarde ou peu importe, la plupart des gens, ils n'y connaissent rien, ils se laissent soigner sans rien dire heu, parce que, parce que voilà.
Moi : Ils font confiance.
Rebecca : Ils font confiance oui. Un accouchement et après, l'allaitement tout ça c'est tellement… Oui c'est tellement personnel et puis, heu généralement vous avez entendu ce qui c'est passé pour les autres et puis et puis voilà. Y'a tellement de, de communication, de possibilités, les hormones tout ça que… C'est totalement différent. » (Entretien avec Rebecca, sage-femme, cadre supérieure d'un pôle mère-enfant.)

Le manque d'explication.

Lors de son premier accouchement, Maryse a eu une épisiotomie. Elle comprend tout à fait que dans la précipitation la sage-femme ne lui ait pas justifié son geste. Cependant avec le recul, elle aurait aimé avoir un échange avec cette sage-femme afin de comprendre et donc de mieux accepter les raisons de cette intervention.

« Ah si, ça c'est une chose, elle a oublié de me dire, j'avais demandé de ne pas en avoir et… En fait l'expulsion a été longue, elle a duré quarante minutes parce que me fille avait le cordon bien enroulé autour du cou. Et du coup la sage-femme a paniqué un peu au bout de quarante minutes, elle m'a coupé. Bon j'ai eu trois ou quatre points je crois, c'était pas grand-chose, mais… […] Je pense qu'elle l'a fait un peu dans la panique. Je l'ai senti en fait, je l'ai juste senti qu'elle coupait. Mais à ce moment là on est un peu dans les vapes quand même. […] J'aurais aimé… un mot… pour le

> respect. Mais bon…après c'est vrai que…C'est difficile quand on est en, à la place où j'étais de… De démêler… De savoir dire, ben voilà, cette personne c'est son métier, si elle a fait ça c'est aussi peut être qu'elle a pensé qu'il fallait que ça aille très vite heu…Voilà… On a envie de, de trouver des bonnes excuses quoi. Des, des bonnes raisons d'un geste même si… Même si il n'est pas apprécié, même si il n'est pas… On se dit, bon ben voilà… Au final heu, ça c'est bien passé, la petite était en bonne santé, tout allait bien. […] C'est des choses que… Dont j'ai pas pu reparler après avec la sage-femme parce que c'est trop… On est trop à vif après. » (Entretien avec Maryse, 32 ans, mère d'un enfant.)

Sidonie était très jeune lors de son premier accouchement, il y a douze ans maintenant. Elle était accompagnée de sa mère qui lui déconseillait d'allaiter et se souvient n'avoir reçu aucune information, aucun soutien de la part de l'équipe médicale concernant l'allaitement.

> « Je pense que j'étais démunie dans le sens où, alors bon ma mère n'était pas du tout pro-allaitement déjà hein, c'était carrément heu, le truc qu'il ne faut pas faire et… heu… aucune personne, même une fois, a pris dix minutes avec moi, que ce soit avant ou après ou pendant l'accouchement… personne. » (Entretien avec Sidonie, 29 ans, mère de deux enfants.)

Pendant son séjour à la maternité, sa fille a été placée toutes les nuits en nurserie sans qu'on lui ait demandé son avis.

> « Et j'ai le souvenir d'être arrivée et on m'a dit, heu, voilà, hop dans la chambre, des gens sont venus, heu… et on m'a dit "non, non le soir c'est interdit, vous n'avez pas le droit de garder votre bébé. Ça se passe comme ça, voilà." Point. Mais personne n'est venu me dire, "mais si en fait, on peut, c'est si vous êtes vraiment fatiguée…" […] On me l'a pris et voilà. On me la ramenait le matin. Et voilà je… j'ai réellement pas de… J'ai eu aucune information. Alors qu'il me semble que justement à 17 piges, y'aurait pu avoir, tu vois, un… » (Entretien avec Sidonie, 29 ans, mère de deux enfants.)

Sidonie a également mal vécu son deuxième accouchement en maternité, mais a tenu à allaiter sa fille malgré quelques difficultés au départ. (Sa fille a aujourd'hui 3 ans et prend toujours le sein…)

Les souvenirs d'Yveline, obstétricienne et d'Alexandra, cadre sage-femme, sur les conditions d'accueil des parturientes et des nouveau-nés telles qu'elles les ont connues dans les années 1980, marquent leur nette évolution. Cependant, les quelques similitudes avec le discours de

certaines patientes, comme celui de Sidonie qui a accouché de son premier enfant au début des années 2000, montrent qu'il reste un pas à franchir avant que ce changement soit total.

> « Alexandra : Celles qui voulaient allaiter, pff, elles avaient aucun conseil. Celles qui n'allaitaient pas, y'avait pas de comprimés à l'époque on leur donnait, y'avait des purges ! C'était des purges, qu'on préparait comme ça, j'me souviens quand j'étais élève, tout le monde prenait des purges, ça les faisait aller aux toilettes quinze fois par jour, pendant 48 h donc ça devait leur couper tout, le lait, le machin et y'avait un WC quand même pour toutes les chambres de maternité. Donc on les voyait… enfin, j'veux dire c'était… et c'est pourtant pas très vieux, 1980… c'est vrai 1980, on est un peu fossiles mais quand même ce n'est pas si vieux.
> Yveline : C'est vrai que tout ça, ça c'est fait en… En pas longtemps, en pas longtemps, c'est quand même passé vite, trente ans et effectivement heu, le rapport à la douleur à changé heu, là maintenant c'est quand même le confort qui prime… Heu, on insiste beaucoup plus sur la parentalité, on a fait un boulot démentiel depuis dix ans sur l'allaitement maternel, vraiment… Y'avait ici, moi, quand je suis arrivée, j'entendais des choses absolument épouvantables, quand même, y'a eu un énorme progrès de fait. » (Entretien avec Yveline, gynécologue-obstétricienne, chef de service et Alexandra, cadre sage-femme.)

> « Alexandra : Même par rapport au rapport avec l'enfant, je veux dire que, à l'époque [...] On ne donnait pas le choix, le soir à 20 h 30 tous les bébés allaient en nurserie. Qu'on allaite, qu'on n'allaite pas, pff, ils étaient distribués le matin, quand ils étaient propres et une fois par semaine, toutes les femmes se réunissaient pour voir une toilette de bébé et puis terminé. Donc heu…
> Moi : Mais, comment se gérait l'allaitement dans ces conditions ?
> Alexandra : Et bien elles les empilaient, moi heu, y'avait une veilleuse à l'époque, alors maintenant ça fait rire, mais quand on emmenait les gamins aux mères, parce que bon, elle ne les allaitaient pas au biberon par contre, elle les emmenait aux mères, elle réveillait les mères et si y'avait trois enfants à emmener, comme elle était toute seule, elle mettait les trois gamins (mimant comme empilés les uns sur les autres) et puis elle les distribuait dans les chambres heu… Oh non… Je me souviens… Et pourtant c'est pareil c'est pas très vieux quand même… » (Entretien avec Yveline, gynécologue-obstétricienne, chef de service et Alexandra, cadre sage-femme.)

Sidonie, dont le témoignage a été évoqué précédemment, a eu son premier enfant à 17 ans. Cette première grossesse, longtemps dissimulée, n'a été que peu suivie et Sidonie n'a bénéficié d'aucune préparation. Le jour de son accouchement, dépassée par la douleur, elle « accepte » la péridurale qui lui est alors imposée, ainsi qu'une injection de morphine en raison de son état algique. Elle n'a quasiment aucun souvenir de son accouchement.

« J'ai eu de la morphine tout un temps, péridurale, masque à oxygène, heu… enfin bref, je ne me souviens de rien du tout. (…) J'ai l'impression d'avoir été un corps qui était en train de faire quelque chose… Mais rien d'autre. J'ai pas de… C'est comme si ça avait été inexistant. (…) J'ai juste passé deux heures à avoir un peu mal, après on m'a gentiment endormie pendant dix heures, donc heu… Je veux dire, je n'ai pas du tout de souvenir quoi. » (Entretien avec Sidonie, 29 ans, mère de deux enfants.)

La seconde grossesse de Sidonie.

Pour sa seconde grossesse, neuf ans plus tard, elle opte pour un suivi avec une gynécologue obstétricienne dans la clinique où elle souhaite accoucher et suivra des cours de préparation avec une sage-femme.

« Dans ma tête c'était, bon le truc là c'est que tu y vas bien, au moment où il faut y aller, à telle date, tu y vas et tu es suivie. » (Entretien avec Sidonie, 29 ans, mère de deux enfants.)

À chaque consultation, une échographie était faite et à cinq mois de grossesse, la gynécologue décide, sans lui donner d'explication précise, de l'orienter vers le service de grossesse à risque d'une grande maternité, en raison d'un développement anormal du bébé.

« À cinq mois de grossesse je faisais des échos toutes les deux semaines à peu près. Parce que… Parce qu'elle était trop petite… Enfin il y a avait un problème. Elle ne grossissait pas comme il fallait enfin ça n'allait pas quoi. Mais toujours avec une explication très vague si tu veux. […] "Ben là je ne sais pas, je crois qu'il va falloir que vous preniez rendez-vous sur N., dans les grossesses à risque"… "Parce que, ça ne va pas quoi…" [...] Et je lui dis, "mais c'est quoi ? ", "Ah mais ça je ne sais pas, on ne sait pas du tout ce qu'il y aura."… Alors quand tu rentres le soir chez toi tu te dis, est-ce que mon enfant aura un cerveau ? Pas de bras ? Heu… Enfin… qu'est-ce qu'il se passe ? » (Entretien avec Sidonie, 29 ans, mère de deux enfants.)

Finalement le service des grossesses à risque affirmera qu'une prise en charge par leur service n'est pas nécessaire mais cela sans apporter davantage d'explications pour répondre aux inquiétudes de Sidonie.

« Donc je suis allée à N., ils m'ont fait des échographies de contrôle et là ils m'ont dit "on ne vous garde pas, vous n'êtes pas une grossesse à risque, mais… c'est ultra, ultra limite quoi… ultra, ultra limite…" Donc là tu sors, tu fais une heure de voiture et t'es là… ouais… alors… ultra, ultra limite… c'est-à-dire ? Non mais, c'est-à-dire ? Ça veut dire quoi "ultra limite" ? Cerveau, pas de

cerveau ? Dix bras, pas de bras ? Pas de doigts ? Enfin c'est quoi "ultra limite" ? […] Personne ne nous a donné de détails du tout. Du tout, du tout. » (Entretien avec Sidonie 29 ans, mère de deux enfants.)

À huit mois de grossesse, la gynécologue lui annonce qu'elle doit être déclenchée rapidement. Après quelques jours d'attente, elle repousse sa décision faute d'accord avec le chef de service. Sidonie quant à elle, reste dans l'angoisse face au silence de la gynécologue qui ne lui apporte aucune précision sur l'issue de cette grossesse.

« Elle me dit "là, je pense que ça sera…1 kilo 6." Oh ! Comment ça 1 kilos 6 ?... Mais ça n'existe pas ça, 1 kilo 6 ?! [Rires.] Non !... Non là, ce n'est pas possible là… Je… Et elle se lève et elle me dit "on prend rendez-vous pour dans deux jours". Donc je ne sais pas je devais être à un peu plus de sept mois et demi, huit mois tout juste de grossesse, elle me dit "Là on prend rendez-vous, immédiatement on accouche. Déclenchement jeudi." Ah bon ? Ah bon ! Donc je me lève, je sors du bureau et je lui dis, "mais il faut que je fasse quoi, ça se passe comment ? " "Vous allez au secrétariat ! Elles vont vous expliquer hein !" Donc je vais au secrétariat, je leur dis, excusez-moi, je, je dois accoucher, enfin je dois être déclenchée dans deux jours… "Ah bon… d'accord… bon eh bien écoutez, je regarde sur la liste si il reste de la place." […] Et puis la nana arrive et dit "Non, en fait je ne serai pas là dans deux jours, donc il vaut mieux qu'on fasse ça la semaine prochaine. Samedi. Hein ? Ça vous va samedi ?"… Ben oui, oui, bien sûr, samedi. Et elle me dit "De toutes façons il faut que je fasse passer votre dossier en attente, parce qu'on n'a pas le droit avant tant de mois sans demander l'accord du chef." Elle me rappelle et elle me dit "Non, écoutez le chef n'est pas d'accord. Il faut attendre encore un petit peu." Ok, d'accord… "Mais par contre là, il faudrait quand même venir faire un monitoring et une échographie de contrôle." Elle me fait une échographie de contrôle, un monitoring et elle me dit "Le monitoring ça va…ça va. Mais l'échographie… toujours pareil hein… toujours pareil… y'a des soucis…" (Silence) Et j'ai demandé "hein ! Qu'est-ce qu'il y a ? Qu'est-ce qui se passe ?" "C'est petit hein, c'est petit", et quand c'est petit, c'est petit hein [en l'imitant… rires]. D'accord…bon. Donc toi tu rentres, t'es dans un état…limite dépressif. Parce qu'en fait, au fur et à mesure, ça te rend dépressif. » (Entretien avec Sidonie, 29 ans, mère de deux enfants.)

Après quelques semaines, Sidonie a de nouveau un rendez-vous pour être déclenchée, elle est alors à deux semaines du terme…

« Là elle avait plus besoin d'avoir d'avis, donc du coup elle me dit "samedi matin, vous êtes déclenchée". Et là on avait l'impression que c'était une question de vie ou de mort hein. Elle donnait l'impression que c'était ultra grave quoi. […] Donc j'arrive ce samedi matin… Alors en plus L. bossait, génial… Le truc super sympa. Donc je vais déposer N., hop, j'arrive, on me met dans une salle, dans un couloir vide de la maternité… Je m'assois… Et là y'a une sage-femme qui passe…

"Madame ?" Je dis "ben je suis Madame S, c'est pour le déclenchement…" "Oufffff….le tout, tout petit bébé ? "… Et là je me mets à pleurer…. Et je me dis mais c'est pas possible… J'ai dû faire un truc hyper grave, je me suis dit c'est… Je suis condamnée, je… Et coup de chance, y'avait une dame qui était à côté qui avait rendez-vous avec le chef gynéco de C., il passe et il me dit "Mais vous faites quoi là, Madame ?", et je lui dis, "ben j'attends, je dois être déclenchée." "Un samedi ? Sans équipe ?!" Il me dit "Mais vous ne pouvez pas être déclenchée un samedi, y'a pas d'équipe le samedi." Il me dit "Bon, allez… Vous êtes Madame S, j'ai déjà eu votre dossier plusieurs fois sur mon bureau.", il me dit "Là on va…, vous allez venir faire une échographie de contrôle avec moi, on va voir vraiment", et il me dit heu… "Mais là, elle vous a prévu un accouchement… sans personnel. Donc on ne peut pas vous déclencher s'il n'y a pas de personnel… évidemment. Elle n'a pas mis d'équipe, elle n'a pas demandé à avoir une équipe aujourd'hui." Et là je me suis dit, je la revois, je la bute. Et donc j'arrive dans son truc et il me dit "Oui, c'est vrai que c'est petit, par rapport à tout ce qu'on vous a donné et tout mais pff…". Il me dit "on va arrêter là, hein, on va se calmer… on va refaire une échographie", il me refait une échographie et il me dit, "Non… non, non ça… ça arrivera à 2 kilos 6 à la naissance…. 2 kilos 7." Et je lui dis, "ben là, y'a une semaine c'était 1 kilo 6…C'est quoi là ?" Et il me dit "Non, non, 2 kilos 6, 2 kilos 7", il me dit "Non mais… Elle s'est beaucoup trompée sur ses échographies hein… Elle s'est complètement trompée hein." Bon d'accord… Je lui dis "donc du coup je ne suis pas déclenchée ?" et il me dit "Non, par contre vous serez déclenchée le jour J hein, si vous n'avez pas accouché avant. Ben oui, si vous n'avez pas accouché le jour J vous êtes déclenchée, ça, ça paraît logique." […] et puis il me dit "Bon et puis ça sert à rien d'essayer n'importe quoi avant hein. De toute façon ça ne marchera pas hein… Vous n'accoucherez pas avant… Hein donc on évite toute chose hein, ça ne sert à rien. On reste tranquille chez soi, hein, on se repose bien." [En l'imitant] Ok. [Rires] Donc tu ressors avec ton sac… Allo mon chéri, ben non je n'ai pas accouché… Parce que… Y'avait pas d'équipe ! [Rires]. » (Entretien avec Sidonie, 29 ans, mère de deux enfants.)

Le jour du terme Sidonie sera donc déclenchée. Elle refuse alors de rester immobile et décide de marcher pour accélérer le travail. Prise de fatigue, elle se repose, une sage-femme l'ausculte et lui dit qu'elle n'est qu'à trois centimètres de dilatation et que le travail risque de durer encore longtemps. Après plusieurs propositions elle finira par accepter la péridurale, pour apprendre après la pose de celle-ci qu'elle était à 7 cm de dilatation.

« Donc elle commence la péridurale, elle me loupe. Donc elle m'en refait une deuxième, donc déjà, super sympa… Et puis là, la nana elle dit "Attendez, j'ai oublié de l'ausculter !" ou un truc comme ça et donc du coup elle m'ausculte et elle me dit "Oh ! Ben vous êtes à 7 ! Bon ben on arrête tout maintenant hein, vous attendez deux heures parce qu'avec la péridurale c'est fini hein." Ah ! Ah ! [rires ironiques] et là tu te dis, ah la salope !.... Et donc du coup ils m'ont dit "Ben maintenant vous pouvez dormir un peu"… Je regarde L. et je lui dis, non, je ne dormirais pas ! Et l'autre "Surtout ne vous forcez pas hein, on a beaucoup d'accouchements !" Ah, ah ! Ben c'est pas grave tiens… J'vais

> forcer… J'vais vous emmerder jusqu'à la moelle… Et j'ai forcé, j'ai forcé, j'ai forcé et du coup O. est née. » (Entretien avec Sidonie, 29 ans, mère de deux enfants.)

Sa fille est née en parfaite santé, le jour du terme et faisait 2 kilos 7.

> « Deux kilos sept. (Long silence) Donc elle s'était réellement trompée la nana… Neuf mois…Neuf mois de cauchemars… Pour une nana qui ne savait pas, qui n'a pas réussi à faire ses échographies. […] Rien du tout…que dalle. Hyper bonne forme. Le mec il est venu me voir et il me dit "Je vous l'avais dit qu'elle serait belle votre fille hein… C'est un très, très beau bébé." » (Entretien Sidonie, 29 ans, mère de deux enfants.)

Face à un tel témoignage, on ne peut que comprendre la colère des femmes soumises à ce type d'aberration. Tout ici parait injustifié, l'absence de dialogue, la contradiction des avis médicaux, un déclenchement le jour du terme sans fondement médical… sans compter le stress permanent du couple tout au long de la grossesse.

2- L'hospitalisation, un environnement stressant.

Anne a eu une longue expérience à l'hôpital avant de choisir de s'installer en libéral pour pratiquer l'accompagnement global et l'accouchement à domicile. Selon elle, l'obligation pour les femmes de se plier à des protocoles hospitaliers dont elles ne comprennent pas toujours les bien-fondés peut être source de stress et entraîner des complications.

La prise de poids du nouveau-né.

Le caractère anxiogène de l'univers hospitalier, la fatigue pour certaines mères du rythme imposé par les visites et les consultations, peut conduire malgré le soutien du personnel, à des difficultés de mise en route de l'allaitement maternel. La situation la plus fréquemment entendue étant celle de bébés qui tardent à reprendre leur poids de naissance, entraînant alors un rallongement du séjour à la maternité et donc une inquiétude grandissante de la mère défavorable au démarrage de l'allaitement.
Isabelle était plutôt sereine à l'idée d'allaiter son premier enfant, malgré quelques difficultés pour les premières mises au sein. Elle reproche cependant à l'équipe médicale d'avoir inquiété son mari outre mesure en insistant sur l'importance d'une prise rapide de poids.

« J'étais jeune, j'avais 22 ans et j'imaginais que j'étais pas capable quoi, donc heu… Et puis presque ils disaient… Parce qu'ils ont tendance à prendre le papa a parti en lui disant, du genre, "Bon, il faut être sûr que le bébé il prenne bien hein, parce que sinon hein, si le bébé il ne prend pas bien heu…" Donc du coup ça ne concerne plus la femme, ça concerne le bébé, donc le papa là il va douter, lui qui avait confiance en sa femme, qui se disait, ben oui, elle veut allaiter je vais la laisser faire, oui mais ça concerne le bébé et si le bébé il ne prend pas bien c'est mauvais. Donc ils angoissent le père. » (Entretien avec Isabelle, 30 ans, mère de trois enfants.)

Le soutien du conjoint peut être dans certains couples, décisif sur le prolongement de l'allaitement.

De plus, l'obligation pour les services hospitaliers d'obtenir de bons résultats au niveau des courbes de poids avant le retour au domicile des patientes, parait difficilement compatible avec des séjours de plus en plus courts.

« Heureusement je suis rentrée, j'ai vu ma sage-femme tout de suite qui a, enfin voilà qui a, j'avais pas cédé sur les compléments parce que pour eux il aurait fallu donner un complément au biberon tout de suite et finalement voilà, ma fille a fait ses nuits à 6 semaines, elle faisait 5 kilos alors que eux, parce que la montée de lait mettait du temps à se faire, donc ils me disaient que je n'avais pas de lait, machin. Par contre après, j'ai eu la montée de lait au bout de 5 jours, j'avais les seins comme ça et là j'vais dire j'ai eu du lait hein, mais à la maternité, ça venait pas. » (Entretien avec Isabelle, 30 ans, mère de trois enfants.)

Des conseils contradictoires.

Malgré l'engagement de plus en plus fréquent des maternités vers une labellisation « Hôpital amis des bébés », les témoignages des mères soulignent les contradictions entre les conseils donnés par les sages-femmes libérales et les méthodes appliquées dans les services, concernant par exemple la prise de compléments ou l'allaitement à la demande.

« L'allaitement c'est pareil, on nous dit tellement que ça va être dur que moi je m'étais dis, il faut que je mette toutes les chances de mon côté, j'en avais beaucoup parlé avec la sage-femme et donc du coup je savais quelles pouvaient être les difficultés et qu'est-ce qu'il ne fallait surtout pas faire quoi. Et bon, éviter les compléments, la mettre le plus souvent possible au sein, alors à la maternité, "Ah, ben elle est encore au sein ?" Ben oui, je la mettais dès qu'elle pleurait, comme la montée de lait était pas faite, ben forcément je la mettais au sein pour stimuler, il fallait bien que ça vienne. Et effectivement, heureusement que ma sage-femme m'avait bien dit, parce que sinon, ben oui j'ai pas

de lait et puis j'aurais accepté les compléments et puis on serait entré dans un cercle vicieux et puis voilà quoi j'aurais foiré mon allaitement. » (Entretien avec Julie, 34 ans, mère d'un enfant.)

Rita et Hélène m'ont également fait part de leur impression d'être oppressées par les remarques et les conseils donnés en maternité et ont toutes deux constaté dès leur retour à leur domicile qu'elles étaient, et leurs nouveau-nés aussi, plus à l'aise pour l'allaitement.

« E. ne prenait pas le sein, donc elle perdait du poids et du coup ils ne voulaient pas me lâcher […] J'en avais ras-le-bol. […] j'ai dû voir au moins quinze personnes différentes, en train de me prendre les seins […] Et puis après, la montée de lait, c'était des vraies pastèques, elle pouvait rien faire la gamine. Et puis personne n'a eu la présence d'esprit de me dire, prenez un tire-lait, tirez votre lait, ça ira mieux. Non. […] L'auxiliaire de puériculture, elle m'a dit "Oui mais si vous sortez, vous savez, si elle doit être ramenée à être hospitalisée, ça sera sans vous. Vous devrez repartir chez vous. Alors que là, si vous restez vous serez avec elle." Mais, du chantage, vraiment. Elle essayait de me faire culpabiliser. Et F. elle m'a dit "Mais signe cette décharge, de toute façon, ça ne vaut rien. T'inquiète pas, ta petite elle va téter. On se retrouve chez toi." Ben pas manqué. Déjà je suis arrivée à la maison, je l'ai mise au sein, elle a tété, avant l'arrivée de F., F. elle est arrivée dans la foulée, 20 minutes après et elle me dit "alors ?", "ben elle a tété." » (Entretien avec Rita, 25 ans, mère de deux enfants.)

Le rythme de l'hôpital.

Les femmes évoquent fréquemment la difficulté de vivre les premiers jours qui suivent la naissance au rythme du service hospitalier.

« Ce que je n'ai pas du tout apprécié c'est les… les dérangements, tu vois. De pas être du tout dans le rythme… […] Le soir, heu, elles m'ont emmené le plat… […] J'ai eu ma mère heu…ma mère, ma sœur, ma tante, qui sont venues me faire un petit coucou et puis après j'ai dû passer un petit coup de téléphone et puis heu, tu vois, quant elles sont venues chercher le plateau je n'avais pas commencé. Elles ont fait la gueule. Et puis le matin rebelote parce que la nuit avait été assez entrecoupée on va dire. J'ai pas beaucoup dormi parce qu'elle a beaucoup tété, pas mal pleuré entre chaque, donc ben, voilà. Et puis le lendemain matin on commençait à s'endormir tu vois, on était bien [rires] et puis…Tindin ! Bonjour ! Petit déjeuner ! "Qu'est-ce que vous prenez ?" Donc j'ai dis, "ben écoutez, je crois que je vais pas manger maintenant, là, je mangerais plus tard." "Ah ben oui, mais nous, heu…à telle heure on est parti hein." […] Donc bon, ça j'ai pas trop… C'est le truc que j'ai pas trop apprécié quoi. Et puis heu…beaucoup de passages, des gens qui rentrent… Mais bon, quand même gentils, mais bon, c'est quand même pas… » (Second entretien avec Amandine, trois mois après son premier accouchement.)

« Et puis le lendemain quand on te réveille, sept heures du mat', "C'est du thé ou du café ?", heu, j'ai juste envie de dormir là… » (Entretien avec Rita, 25 ans, mère de deux enfants.)

Certaines sages-femmes constatent la fatigue des mères en raison de l'organisation du service.

« Anne : Oui, c'est absurde et puis on fatigue les femmes aussi. C'est fou… C'est comme cette maman, elle a accouché au petit matin, bon, elle a fait une nuit blanche, elle se repose un peu la journée, bon, et puis le soir ben c'était le bébé qui était agité bref, à 5 h 30, bébé, boum, tombe dans les pommes, enfin s'endort enfin ! Donc elle aussi. Ben oui mais l'équipe de nuit, par bienveillance hein, parce qu'une jeune maman, c'était son premier qui n'avait pas dormi de la nuit, avant de terminer sa nuit, s'est sentie dans l'obligation de venir voir "est-ce que la tété est prise ?" Ça faisait juste une heure qu'elle dormait, et là, toc toc toc, "Est-ce qu'il a tété ?", "Oui", et puis une heure après "Est-ce que vous voulez le petit déjeuner ?" Et puis une heure après, ben on va faire le bain du bébé… Et du coup on a des mamans épuisées, épuisées et puis après, ben voilà, qui pleurent pour un oui pour un non.
Pauline : Ben oui je vois bien hein, elles dorment plutôt en deuxième partie de nuit hein.
Anne : Et heu, c'est le système qui veut ça.
Pauline : Ben oui.
Anne : Parce que la bienveillance elle y est, c'était évident. En tant que professionnelle c'était normal qu'elle se dise "Quand même je suis responsable de cette maman, c'est son premier bébé, première nuit, elle ne m'a pas appelé… Avant de faire la transmission à ma collègue…" Bon voilà. Donc c'était tout à fait logique mais moyennant quoi y'a un truc qui est vrillé quand même parce que… Ben en fait elle se débrouillait bien.
Pauline : Alors après, ça dépend des personnes, y'en a aussi qui disent qu'on les a réveillées pour prendre une température, une tension, et puis c'est bête de les réveiller pour ça. » (Entretien avec Pauline et Anne, sages-femmes libérales.)

Pauline qui a connu l'hôpital également en tant qu'infirmière rappelle que cette organisation n'est pas spécifique à la maternité mais concerne l'institution hospitalière dans son ensemble.

« Et dans le fond ça, c'est des choses que, en y repensant, même heu, même dans les services de malades, c'est toujours cette idée que la structure elle n'est pas, ce n'est pas le malade qui est au centre, c'est la structure qui fonctionne pour elle-même. Donc de toute façon heu, ben on réveille les gens de bonne heure, même s'ils sont épuisés, qu'ils n'ont pas dormi heu et puis finalement en maternité, c'est pareil quoi. » (Entretien avec Pauline et Anne, sages-femmes libérales.)

Au contraire Maryse serait bien restée plus longtemps à la maternité. Elle exprime sa crainte du retour à la maison, seule avec son bébé.

« Et tu es restée combien de temps à la maternité ?

Maryse : Quatre jours. C'était le minimum là-bas. […] C'était bien. Moi je serais restée un peu plus. […] C'était assez reposant. Et… ouais, je serais bien restée un jour de plus. Mais… On était attendues alors on est rentrées. Non vraiment au niveau de l'hôpital, du… Du suivi accouchement c'était… C'était bien. […] Y'a une femme, heu, qui était je crois une auxiliaire de puériculture qui m'a… Qui est restée avec moi pour, tout un moment avec moi une nuit, pour qu'on trouve un moyen de la faire téter. Et après ça a été, elle a tété…sans arrêt [rires]. Donc c'est à ce niveau-là que j'étais bien à l'hôpital et que j'avais pas forcément envie de rentrer.

Moi : Tu appréhendais ?

Maryse : Oui, de me retrouver toute seule avec le bébé oui. Oui c'est… C'est un peu…Au début l'hôpital on y va à reculons et puis finalement après… quand on est bien entourée… on a peur de se retrouver seule quoi. » (Entretien avec Maryse, 32 ans, mère d'un enfant.)

Pour les femmes qui optent pour un suivi classique et un accouchement en structure, il existe la possibilité de faire appel à une sage-femme libérale ou de PMI pour un suivi post-partum à domicile, mais toutes ne semblent pas correctement informées.

3- Quelle préparation pour quel accouchement ?

Envisager ou non la péridurale.

« Moi pour mon premier j'avais pas réfléchi à tout ça, je pensais que je voulais accoucher naturellement et je me disais si je veux, ça va se faire tout seul, je pensais pas que je serais confrontée à des problèmes de positions, d'ocytocine, de machin et en fin de compte j'étais en échec, bon, et quand elle m'a mis la perf', elle m'a dit "Je vous met de l'eau" mais c'était de l'ocyto hein, sans ma permission et donc les contractions elles étaient décuplées et j'étais allongée donc forcément que je ne pouvais plus bouger et… Finalement les protocoles de la maternité nous imposent tout un tas de trucs, alors qu'on pense que accoucher c'est simple. » (Entretien avec Isabelle, 30 ans, mère de trois enfants.)

Face à l'inconnu, nombreuses sont les primipares à se projeter dans l'idée d'un accouchement « naturel », entendant par là « sans péridurale ». L'analgésie est envisagée dans un premier temps comme une éventualité, un recours face à une douleur insurmontable. « On verra », « je vais essayer sans », « si c'est trop dur, il y a la péridurale »… Malgré les peurs entourant cet

événement, il semble évident que les femmes ne souhaitent pas d'emblée se préparer à un accouchement compliqué.

> « C'est marrant parce que quand je leur demande, est-ce que vous voulez un accouchement sous péridurale ou pas, y'a des mamans, "Non, non, je veux une péri, ça existe… Ça a été inventé c'est pas pour, heu, voilà, je veux une péridurale", mais y'a aussi des jeunes, souvent des primipares, des mamans qui sont très jeunes, "Non, non, je ne veux pas de péridurale"… Heu… Elles veulent accoucher normalement… Bon… Et puis finalement ça se termine souvent en péridurale hein, parce que c'est long et tout ça. Mais c'est pas, ce n'est pas, ce n'est pas les mamans, les femmes un peu plus âgées, plus mûres qui disent "Non, je veux un accouchement normal", c'est souvent les futures mamans très jeunes qui ne veulent pas de péridurale, c'est rigolo hein. » (Entretien avec Blandine, sage-femme de PMI.)

Les sages-femmes libérales proposant les séances de préparation à la naissance, identifient et accompagnent ce souhait en proposant des outils, des méthodes pour gérer la douleur et vivre autant que possible une naissance « la plus physiologique possible ». Toutefois, la définition de la physiologie varie selon les professionnels qui en parlent, d'autre part, les conditions d'accouchement telles qu'elles peuvent être anticipées et imaginées par les femmes dans le cadre de la préparation peuvent s'avérer être l'antithèse de celles vécues le jour J.

Une séance de préparation, qu'elle soit collective ou individuelle se déroule en général dans une pièce ou un espace du cabinet de la sage-femme dédié à cela. L'aménagement est souvent accueillant ; banquettes, coussins, poufs ou autres installations permettent à la sage-femme d'être à la hauteur de ses interlocut(trices)eurs. La séance peut durer entre une heure et deux heures, avec bien souvent un temps d'explications, un temps de relaxation, de détente ou d'exercices de respiration ou de position relatives à l'accouchement, et un temps d'écoute, de paroles, d'échanges.

Le jour de l'accouchement, l'accueil à la maternité commence bien souvent par un examen. Monitoring, toucher vaginal, questionnements sur le début du travail s'ajoutent au stress éventuel des premières contractions. Lorsque les choses se précisent, la future mère est emmenée en salle d'accouchement, celle, selon les termes employés par Yveline et Alexandra (respectivement obstétricienne et cadre sage-femme) lors de notre entretien, où l'on est « attachée par tous les bouts ».

On peut comprendre que dans certaines conditions, immobilité due à un monitoring ou une perfusion sur un lit d'hôpital, atmosphère propre à une salle médicalisée, échanges brefs avec

des personnes rencontrées pour la première fois, les éléments donnés lors des séances de préparation soient difficiles à appliquer, particulièrement pour les primipares.

Selon Yveline, gynécologue obstétricienne et responsable de pôle, les femmes sont plus détendues qu'autrefois lorsqu'elles arrivent à la maternité parce qu'elles savent qu'elles pourront bénéficier de la péridurale. Cependant elle reconnaît que cela ne dissipe pas pour autant leurs angoisses.

Malgré les inquiétudes diverses qui peuvent habiter les femmes au moment de la naissance, le recours à la péridurale apparaît parfois dans le discours des femmes après l'accouchement, comme un choix par défaut. Dans un premier temps, ces femmes se sentent déçues d'elles mêmes, « finalement je n'ai pas réussi » diront certaines… Avec le recul, d'autres regretterons de ne pas avoir été accompagnées jusqu'au bout dans leur choix. Des phrases telles que, « j'ai fini par accepter », « j'ai fini par céder, parce que c'était trop dur », sous-entendent une insistance de la part du personnel.
Pour leur part, certains professionnels ne cachent pas une certaine ironie face aux demandes de leurs patientes qui veulent accoucher sans péridurale et qui « finalement [elles] sont bien contentes qu'on les soulage ».

Lors de la présentation de la « salle nature », où contrairement aux salles « classiques » de cet établissement le matériel médical est dissimulé derrière de grands rideaux[138], Yveline évoque, avec un ton moqueur, les nombreuses parturientes qui changent d'avis, sans préciser la nature de l'accompagnement dont elles bénéficient.

> « Mais par contre, dans toutes celles qui prévoient et qui se font des plans heu, alors là je peux vous dire qu'il y en a une sacré partie qui vrillent vers une salle normale pour avoir une péridurale en cours de route par contre. Hein, voilà. Donc ça c'est… voilà. Ça par contre c'est la confrontation avec la réalité, hein, on se fait des, des projets magnifiques et puis finalement on se rend compte qu'on n'est pas plus brillante que la copine d'à côté pour la douleur et donc la péri c'est quand même bien sympa… » (Entretien Yveline, gynécologue-obstétricienne et responsable de pôle et Alexandra, cadre sage-femme.)

[138] Les « salles natures » ou « espaces physiologiques » se déclinent différemment selon les maternités qui en disposent. Le matériel habituel d'une salle de naissance (monitoring, perfusion, étriers...) peut être absent ou rangé hors de la vue. On peut également y trouver un lit non médicalisé, une baignoire, des suspensions, un ballon.

« L'abandon » et le « chantage » à la péridurale.

Isabelle a fait le choix, pour son premier accouchement, d'une petite maternité, alors même que celle-ci se situait plus loin de son domicile qu'une structure de niveau 3, dans l'idée d'être accompagnée dans son choix d'un accouchement physiologique. Elle se dit déçue par le manque de soutien en fin de travail. Selon elle, la sage-femme présente attendait qu'elle demande la péridurale, sans avoir d'autres conseils à lui donner. Elle s'est sentie « influencée » dans sa prise de décision.

> « J'avais une sage-femme très gentille, heu, a priori très humaine, mais heu le fait d'être… Heu, j'avais pas le droit de boire, pas le droit de manger, pas le droit de bouger au monitoring. Heu… quand j'ai demandé un bain pour me détendre, elle m'a demandé de terminer le monitoring qui n'avait pas enregistré, donc ça refaisait une heure encore, enfin… Résultat ben j'ai pas tenu et j'étais rendu à 8 pourtant mais elle ne m'a pas aidée à aller jusqu'au bout en me disant que c'était la fin, enfin… Donc dès la première fois ou j'ai parlé de péridurale, l'anesthésiste est arrivé hein. […] Il était derrière la porte quoi, comme s'il attendait… Ça l'arrangeait je pense la sage-femme, elle avait peur que je sois… Je sais pas… Donc du coup j'ai eu une rachi-anesthésie et pas une péridurale et ben j'ai poussé dans le vide pendant une demi-heure et bon, ça c'est bien passé j'ai pas eu de forceps ni rien hein, je veux dire, c'est un moindre mal hein par rapport à ce qu'on sait, mais bon, très traditionnel, sur le dos, les pieds dans les étriers et puis surtout je l'ai pas sentie passé, enfin du tout. C'est-à-dire que, mon bébé était né et… Si… Vraiment j'avais, enfin, heureusement que j'étais consciente parce que je me serais vraiment posée la question s'il sortait de moi quoi, ça m'a vraiment fait un vide… Enfin, c'est cette sensation de, que j'avais tout géré et en fin de compte ils m'ont posé la rachi, elle est venue et elle a dit, "Bon, on perce la poche et on pousse" et en fait à une demi-heure près j'aurais pu… Heu, donc c'était un peu frustrant. » (Entretien avec Isabelle, 30 ans, mère de trois enfants.)

Les termes utilisés par Isabelle sont assez éloquents, elle se dit « frustrée » de ne pas avoir vécu cette naissance telle qu'elle le souhaitait, de ne pas avoir été informée plus clairement sur le fait que malgré la douleur, son accouchement se déroulait rapidement et sans complications.

> « Ben ouais, enfin, sur le moment non, pas du tout parce que de toutes façons dans ma tête c'était, j'en peux plus, mais elle ne m'a pas aidée à me soulager différemment. Elle m'a pas donné de… […] Donc pour moi j'étais au summum de ce que je pouvais supporter donc sur le moment c'était un soulagement mais ce qui a été frustrant c'est de se dire que finalement il ne restait qu'une demi-heure, que si elle m'avait dit que ça va aller vite, que c'est normal, que c'est la fin, enfin si elle m'avait un petit peu aiguillé sur mon, c'était mon premier donc forcément… En plus j'ai… Elle est née en quatre heures, donc ça a été très intense mais très vite, donc elle voyait bien que ça avançait, enfin… Donc c'était un peu… C'est après coup que ça a été frustrant de se dire, ben je voulais ça

> mais j'ai pas pu et en même temps elle ne m'a pas aidée, enfin sur le moment on se dit que c'est nous qui n'étions pas capables, enfin je me suis dis, ben, c'est moi qui ne suis pas capable, voilà quoi, j'imaginais que je pouvais et finalement pas du tout… Je ne suis pas assez forte, heu… Et après coup, en en reparlant avec ma sage-femme de, du centre prénatal, elle m'a dit ben peut être que si il y avait eu un petit coup de pouce, t'aurais pu… avec un peu d'aide ça aurait peut être été heu… Donc pour le deuxième, quand… J'veux changer de maternité. » (Entretien avec Isabelle, 30 ans, mère de trois enfants.)

Après la naissance de son deuxième enfant, sans péridurale, elle comprendra que ce qu'elle souhaitait avant tout, mais qu'elle n'arrivait pas à exprimer à l'époque, c'était d'être accompagnée dans sa douleur et non soulagée de cette douleur.

> « Donc là j'avais briefé mon mari déjà, je lui avais dit, même si je te supplie, heu, tu m'accompagnes, tu m'aides pour heu… Parce que je lui ai dit, je l'ai mal vécu, donc heu, tant pis si je crie mais tu m'aides hein. » (Entretien avec Isabelle, 30 ans, mère de trois enfants.)

Isabelle va jusqu'à dénoncer une forme de « chantage », qui consiste à dire aux femmes qui ne souhaitent pas de péridurale qu'elles ne sont pas en position de se plaindre, puisqu'a priori elles refusent d'être soulagées. Isabelle au contraire, revendique le droit de crier, de s'exprimer sans être jugée, si c'est la façon dont elle souhaite vivre son accouchement.

> « Et puis ils ont cette façon aussi dans les maternités de, enfin moi je sais que pour A., c'était ça, c'était heu… Des fois c'est à moitié du chantage, enfin "Là, c'est maintenant l'anesthésiste parce qu'après ça sera trop tard et puis…" Donc heu "Après il ne faudra pas venir vous plaindre". Alors bon… "Il ne faudra pas venir vous plaindre", ben si ! On peut quand même se plaindre pendant un accouchement, enfin… Non, mais je sais pas mais… C'est ce côté "Après il ne faudra pas venir vous plaindre", ben oui mais peut être qu'on aura besoin d'être encouragée, peut-être qu'on aura besoin de, ouais, peut être que la dame elle aura peut-être besoin de crier parce qu'elle aura pas eu sa péridurale, elle aura peut-être besoin d'être aidée, elle aura peut-être besoin de pleurer, enfin… après tout pourquoi pas, enfin je veux dire, elle est en train d'accoucher donc heu… […] Attend… "Si on vous met pas la péri, on veut pas vous entendre", ben si ! Raison de plus ! [Rires] Mais c'est pas pour autant qu'on va mal le vivre en fin de compte, c'est ça le truc. Alors peut-être qu'eux ils auront les oreilles un peu… mais… » (Entretien avec Isabelle, 30 ans, mère de trois enfants.)

Son témoignage rejoint celui de Julie, qui, ne souhaitant pas de péridurale, à été installée à son arrivée à la maternité dans une « salle physio » sans autre présence que celle de son mari et ce pendant des heures.

« J'avais dit que je ne voulais pas de péridurale. Donc du coup, ils nous ont installés dans une salle avec baignoire, heu… Enfin tous les accessoires d'aide heu, sensés être physiologiques etc. Donc on s'est installés et puis voilà… Et là heu, on a attendu un peu… Et puis le temps a passé… Et moi je pensais que, ben parce que dans les cours ils nous disent bêtement, 1cm-1heure, sauf que c'est pas vrai pour tout le monde… Parce que ça peut être hyper rapide comme ça peut être hyper long quoi. […] On n'a pas eu d'aide finalement. C'était un peu comme si… Comme si le simple fait de ne pas vouloir de péridurale, c'était un peu genre… bon ben elle sait faire. Comme si, bon ben si elle veut pas c'est qu'elle doit savoir, mais heu… Non, pas forcément ! C'est juste que, ben voilà, je ne voulais pas de péridurale mais ça n'empêche pas que… Que j'ai besoin de conseils quoi. Donc voilà quoi, au lieu de me dire, vous devriez marcher un peu plus, machin, bouger un peu plus, enfin, des petites choses heu… Mais non, rien… Donc en fait on était tous les deux avec mon mari et bon… Je gérais mes contractions comme je pouvais, mais personne, heu, personne n'était avec nous pour nous conseiller. » (Entretien avec Julie, 34 ans, mère d'une enfant.)

L'abandon semble être le sentiment partagé par les femmes faisant la demande explicite d'un accouchement sans péridurale. Julie regrette également le manque d'accompagnement et l'attitude persuasive des soignants à accepter la péridurale.

« Donc voilà y'a eu… Un gros, gros manque d'aide et… Ben je pense que en agissant différemment ça ne se serait pas… Peut-être pas quoi, en tout cas… Parce qu'ils agissent en fonction de leur idée à eux. Alors au départ, on a l'impression d'être écoutée… Parce que, ah c'est super, vous ne voulez pas de péridurale, pas de problème… Ok… Sauf que c'est valable quand ça va super vite quoi. En plus ils jouaient… Je m'en rappelle de ce truc-là parce que, quand ils m'ont, quand la sage-femme a dit mais c'est bon et tout, comment elle a dit ça, je ne me souviens plus, "Vous êtes notre héroïne de la nuit", "Vous tenez vachement" et tout, machin… En fait elle a bien joué là-dessus pour faire genre, c'est bon maintenant, vous pouvez lâcher le… Enfin voilà quoi, vous pouvez arrêter de souffrir. Ils ont joué beaucoup sur la situation, sur l'égo… Pour convaincre quoi. Ils savent s'y prendre hein… Mais ça, sur le coup, je ne m'en suis pas rendu compte. C'est après… Après réflexion… Parce que… Parce que je digère toujours pas la situation […] Alors en plus évidemment la phrase classique c'est "Ah oui mais…tant pis, au moins vous allez bien toutes les deux." Oui…Mais ça les gens ils ne se rendent pas compte quand ils disent ça que… Ben ça n'a rien avoir quoi. » (Entretien avec Julie, 34 ans, mère d'un enfant.)

Au bout de 24 h, alors qu'elle commençait à se décourager face à la durée du travail, la péridurale lui a été proposée selon elle, comme le remède incontournable à sa fatigue et à son sentiment de solitude.

« Et puis vers 5, 6 heures du matin, heu, donc environ 24 heures après le début du travail, ben la sage-femme "Ah ben quand même, ça commence à faire long", heu… "Vous êtes fatiguée, vous

devriez prendre la péridurale…" Heu, "Parce que si jamais ça s'accélère, vous serez trop fatiguée pour pousser"… Enfin, elle a insisté lourdement là-dessus au lieu de m'encourager. » (Entretien avec Julie, 34 ans, mère d'un enfant.)

Ici encore, ce témoignage évoque l'insistance de la sage-femme en faveur de la péridurale en réponse à une demande d'accompagnement et la prise à partie du mari dans ce jeu d'influence.

« Moi je ne réclamais rien du tout ! J'étais partie dans mon idée de faire sans péridurale. Et moi en général quand j'ai une idée en tête, je la suis quoi. Jusqu'au bout… Donc non ! Je m'étais dit j'arrive à gérer comme ça, donc pour l'instant on reste comme ça quoi. Et elle, elle insistait "Vous êtes trop fatiguée" Bla bla bla et puis mon mari qui s'y mettait "Ben quand même, heu, …", machin… Il se faisait un peu avoir par le discours quoi. Et donc au final, elle me répète "Il faudrait vraiment que vous la preniez", elle insistait quoi, au lieu de me dire, on va faire ci et ça, faut bouger… Non ! C'était tout le temps "Vous allez voir, ça va vous soulager", "Vous allez vous sentir mieux". Et moi tout du long je les ai trouvés vraiment sympas… Et je m'en suis rendue compte qu'après en fait. Sur le coup je n'ai rien vu venir. Et donc heu… Je sais pas… Je sais pas trop dans quel état d'esprit j'étais mais j'ai… J'ai lâché le morceau… J'ai accepté quoi. […] Et bon, je l'avais vraiment mauvaise d'accepter… Et elle insistait vraiment tellement… Comme si c'était un passage obligé que… Que, ben j'ai pas su dire non quoi. Donc malgré ma réticence, malgré mon envie de, de continuer naturellement, comme ça, voilà. Et donc ils m'ont posé la péridurale. […] Le travail n'avançait pas plus que ça puisque ben… Alors voilà, ça, c'est encore un truc de réflexion qu'on a après, mais comment ça pouvait avancer en étant assise ou couchée sur cette table quoi ? […] C'est mes réflexions d'après mais, je pense qu'il y a beaucoup de… "Bon, ben c'est trop long donc heu… C'est bon quoi… On a autre chose à faire que de monopoliser la salle". » (Entretien avec Julie, 34 ans, mère d'un enfant.)

Sur le moment, rares sont les femmes qui osent exprimer leurs doutes sur les décisions prises par l'équipe. Les mois qui suivent la naissance sont souvent, pour elles, l'occasion d'échanges avec d'autres mères, de lectures, de recherches pour trouver des explications à leur vécu, aux questions restées sans réponse, au malaise qui persiste après un accouchement durant lequel elles ne se sont pas senties respectées.
Pour Julie, après la pose de la péridurale, la naissance se fera par césarienne.

« Et la sage-femme me dit : "Là, si ça ne s'accélère pas, il va falloir passer par la césarienne"… Ok… Super…. Donc ils ont appelé l'obstétricien qui me suivait et… Parce qu'il travaillait avec cette clinique donc heu… Il n'était pas loin. Et puis il m'a à peine examinée et il me dit "de toute façon, si la sage-femme le dit, elle a l'expérience", donc c'est que. » (Entretien Julie, 34 ans, mère d'un enfant.)

Julie, devra donc abandonner son souhait d'accoucher « naturellement » pour vivre la naissance de son enfant, « les bras attachés ». Son accouchement sera suivi d'une séparation, restée sans explication, avec son nouveau-né.

> « En plus j'avais les bras attachés, donc heu… Super bonnes, heu, sensations aussi… Le masque et les bras attachés, trop le top ! […] En lisant d'autres témoignages on s'aperçoit que… Y'en a quand même qui arrivent à faire du peau à peau avec leur bébé tout de suite après la césa et tout donc, bon, je me demande pourquoi ils ne me l'ont pas… Pourquoi ils ne l'ont pas fait quoi […] J'ai l'impression que c'était leur mode de fonctionnement habituel quoi. C'est comme ça, donc personne ne posent de questions, personne… On suit ce qu'ils disent et c'est tout quoi. » (Entretien avec Julie, 34 ans, mère d'un enfant.)

Le manque de dialogue avec l'équipe a laissé la place, semble-t-il, à de nombreuses questions et interprétations qui ont amené Julie à s'informer, lire, chercher des témoignages d'autres mamans, ce qui comme c'est parfois le cas, conduiront Julie vers un autre type d'accompagnement pour une prochaine grossesse.

> « Et je m'aperçois maintenant, à force de m'informer, à force de lire, d'entendre les témoignages d'autres mamans que, ils ont tout fait pour faire croire que, qu'ils étaient à l'écoute… Alors qu'en fait, c'était pas le cas. Les choses étaient figées dans leur façon de faire et du coup ben… Parce que le coup de la péridurale, j'veux dire, ben… personne ne nous explique quoi que ce soit et puis au final, "ah ben il vaudrait mieux"… alors qu'en fait heu… non quoi. J'veux dire, heu, y'en a qui ont un travail qui dure 35 heures sans…, sans avoir de péridurale et ça passe quand même quoi. Donc moi, je pense que oui, j'aurais très bien pu continuer comme ça… Si on ne m'avait pas forcé la main quoi. Donc maintenant avec tout ce que je sais effectivement, je ferais les choses différemment. Mais bon… on ne peut pas revenir en arrière… » (Entretien avec Julie, 34 ans, mère d'un enfant.)

Lors d'une émission des « Maternelles » sur France 5[139], un court reportage dont l'objectif premier était de montrer le respect de la physiologie dans une petite maternité, dévoilait malgré tout ce même type de chantage émotionnel. Le discours valorisant le courage de la femme « Vous avez tenu très longtemps, exactement comme vous le souhaitiez… », appuyé par une empathie dont on ne saurait dire si elle est sincère, « Vous avez été au bout de ce que vous pouviez donner, vous pouvez être fière de vous… » semble nettement dissimuler une volonté de faire céder la femme sur sa décision de départ, « Le mieux serait de prendre la péridurale maintenant… ».

[139] Émission des « Maternelles », du 22 avril 2013, intitulée « Je veux un accouchement naturel, que faire ? »

Mes échanges avec les sages-femmes à ce sujet ont confirmé le fait que dans la plupart des cas, proposer une péridurale à 8 ou 10 cm de dilatation lorsque le travail se déroule normalement est, d'un point de vue obstétrical, une aberration.

Il aura fallu deux accouchements extrêmement médicalisés à Géraldine pour trouver la détermination de s'opposer à cette « proposition » :

> « Peut-être que j'aurais cédé mais par… Enfin, peut être qu'il aurait réussi à me faire céder parce qu'ils insistent un peu quand même. » (Entretien avec Géraldine, 35 ans, mère de quatre enfants.)

Sidonie se dit également extrêmement déçue par le manque d'écoute, de disponibilité et l'attitude de l'équipe qui lui a annoncé que le travail touchait à sa fin après qu'elle ait accepté la pose de la péridurale.

> « Et bon moi je pensais, que comme à C. ils ont travaillé un peu sur, bon sur l'accouchement un peu plus naturel et tout, je pensais qu'ils donneraient des clés, pour heu, des positions, des techniques, je sais pas, mais en fait elle n'a pas du tout expliqué… Pff, pour résultat de toute façon, je ne m'en servais même pas alors… […] Et tu es suivie par une personne mais qui ne sera pas forcément là le jour J et tu tombes sur quelqu'un qui ne connaît pas du tout ton projet et qui d'ailleurs s'en fout complètement. Faut être réaliste, ils font style ils sont à l'écoute, mais le jour ben, y'en a quatre et la nana elle n'a pas le temps… Pas le temps de faire dans le sentiment, "Allez madame on y va !" comme si t'es au marché quoi, tu veux un kilo de bananes, "Allez un kilo de banane pour madame !" C'est le même truc quoi. T'es au marché, tu fais la queue, c'est pareil… Enfin moi en tout cas c'est comme ça que je l'ai ressenti. Et puis le coup de me mettre la péridurale pour me dire après que j'étais à 7… Hyper dur ça. Parce que tu te dis… Enfin moi j'avais l'impression que j'allais mourir, j'en pouvais plus quoi et la fille qui me dit "Bon, péridurale pas péridurale ? Allez-y maintenant hein, parce que après… Là y'a la dame à côté elle a besoin aussi hein !" Donc j'ai dis ok, péridurale et là "Oh, vous êtes à 7 !" Et là tu enrages, tu te dis, mais ça sert à rien, c'était la fin et là la fille te dis "Bon, ben là maintenant madame faut attendre hein, faut se reposer hein, la péridurale ça arrête un peu." Ah, ben ça aurait été sympa de me le dire avant hein ! [rires] Donc bon, après coup il vaut mieux en rire… Mais quand t'y penses t'es dégoutée quoi… T'es mis à l'abandon… Enfin… T'es faussement mis à l'abandon en fait, c'est-à-dire que on te prend, on te kidnappe le truc, tu n'es pas maître de toi. » (Entretien avec Sidonie, 29 ans, mère de deux enfants.)

Pour Karine, sage-femme hospitalière puis enseignante, il est vrai que les femmes qui accouchent en structures mais ne souhaitent pas de péridurale, ne bénéficient pas d'un accompagnement adéquat.

« En effet, la plupart du temps c'est ça, "Ah, vous ne voulez pas de péri ! Ben d'accord, ça veut dire que vous voulez vous démerder." Alors on n'a pas compris, mais c'est aussi parce que les sages-femmes ne savent pas… Alors, y'a le côté qu'elles ont trois femmes en même temps, donc ça c'est clairement heu, ben, tu ne peux pas faire du bon boulot… Mais y'a pas que ça et moi je dirais… Je me demande même si il n'y a pas essentiellement autre chose, qui est que ces sages-femmes là, elles n'ont tellement pas l'habitude… Tu sais, on est formés, on est dressés, ils n'ont pas beaucoup d'exemple hein, les étudiants… Moi avant d'arriver à P., heu… Je ne savais pas que c'était possible… Et donc là ça leur fait peur. Tu sais quand on ne maîtrise plus, on t'apprend tout le temps qu'il faut tout maîtriser, heu, pour que ce soit sécurisé et pour que tu sois une bonne sage-femme, il faut être dans l'action… C'est très compliqué tout d'un coup de se dire que juste être là, on agit plus que de faire des choses. Et donc le fait d'être là et d'attendre des heures, en étant simplement en train de respirer, c'est insoutenable pour la plupart des sages-femmes… Qui d'abord... On l'impression de ne rien faire et ensuite, tout simplement, ne supportent pas d'être avec quelqu'un qui, qui a mal parce que on n'a pas réfléchi sur le sens de cette douleur, heu, sur l'importance que ça avait d'aboutir à ça et on est dans le devoir… On est aussi dans une société anti-doloriste à fond ! Donc il faut, nous notre place c'est de soulager. » (Entretien avec Karine, sage-femme enseignante.)

« Bon, elle la veut ou pas sa péri ? », la pression des anesthésistes.

Blandine dit avoir constaté, lorsqu'elle travaillait à l'hôpital, la pression faite par les médecins et les anesthésistes sur les sages-femmes et sur les patientes pour que celles-ci optent pour la péridurale.

« Y'en a beaucoup qui craquent pour la péridurale. Oui… Il y a beaucoup de péridurale hein. Je ne sais pas ici, au CHD combien y'en a heu…70 % d'accouchements sous péridurale hein… Oui, donc y'en a beaucoup. Et puis il y a aussi heu, justement, pareil, c'est la pression du médecin derrière hein ou de l'anesthésiste… Par exemple on est en début de nuit et il veut aller se coucher hein, se reposer, heu vous… (Elle me fait signe de couper ce passage de l'enregistrement), heu, y'a une maman qui est en début de travail, elle hésite pour la péridurale, voilà, elle ne veut pas trop, elle gère bien et le médecin vient et dit "bon, elle veut une péridurale ou pas ? Parce que c'est maintenant hein, après je m'en vais". Donc voilà, ça c'est souvent hein… » (Entretien avec Blandine, sage-femme de PMI)

Pour Dominique, le conseil donné aux femmes de se rendre à la maternité « quand il y a des contractions toutes les 10 minutes », n'est pas adapté à la prise en charge proposée en début de travail.

« À la maternité on va leur dire qu'il faut qu'elles viennent quand elles ont des contractions toutes les dix minutes. Donc c'est à la femme après de se dire, bon attends, elle m'a dit ça, mais moi je pense que je peux tenir plus longtemps… Ou alors, elle m'a dit ça donc ok, vite, vite on y va quand c'est toutes les dix minutes. Donc ça dépend là encore l'état d'esprit des dames, mais à dix minutes,

heu… Y'a rien de fait ! Y'a rien de fait… C'est une évidence. Surtout sur un premier… » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

De même, elle considère que proposer la péridurale aux femmes qui arrivent en fin de travail relève souvent d'une proposition hâtive de la part des sages-femmes.

« Y'en a qui ont pris cette décision, et puis qui arrivent là, au moment où c'est dur là, huit, neuf centimètres, et là on leur dit "vous voulez une péridurale ? C'est maintenant ou jamais hein !" Attends… T'es en plein dans la tempête et on te dit, vous voulez une péridurale, c'est maintenant ou jamais, ah bon, ben, finalement oui, mettez la, mettez la ! » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

Au regard de la redondance des témoignages à ce sujet, le fameux « c'est maintenant ou jamais » ne semble pas être un mythe.

« Y'en a beaucoup qui disent "bon ben, c'est maintenant la péridurale, hein !", "l'anesthésiste est là hein, si vous voulez on la pose." » (Entretien avec Blandine, sage-femme de PMI.)

« Et si elles sont pas tellement disponibles et que l'anesthésiste passe trois fois pour dire "bon alors ! Elle la veut ou elle l'a veut pas sa péri ? Parce qu'après je reviens plus hein !" (Entretien avec Nadia, étudiante sage-femme.)

« "Je la prends, je la prends pas, je vais y arriver ?", "Ah ben décidez-vous hein ! Parce que dans une heure c'est trop tard !" » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

«Mais ça prend du temps, pour observer plein de choses, en fonction des gens avec qui on travaille, de sentir même, même effectivement cette pression qui, enfin oui quoi, oui une femme qui arrive, elle va accoucher, moi j'étais pas là forcément à suggérer la péridurale, mais la pression du personnel, "alors elle veut la péridurale ?" Et comment il fallait se défendre de ça, mais ça on s'en rend compte au fur et à mesure, pas tout de suite hein. » (Entretien avec Pauline, sage-femme libérale.)

Réparer les pots cassés.

Les sages-femmes libérales, dans le cadre du suivi post-partum ou lors d'entretiens au cours d'une grossesse suivante, sont amenées à recueillir la parole des femmes qui ont mal vécu leur accouchement.

« Et on en a à tour de bras des femmes comme ça… Qui sont complètement perturbées. Et après qui ne le vivent pas forcément bien. Et nous après, on récupère les pots cassés ! » (Entretien avec Pauline, sage-femme libérale.)

« Enfin nous, des femmes blessées, on en voit beaucoup quand même ! C'est pas une comme ça ! Et c'est des larmes quand elles racontent leur premier accouchement quand même ! Alors heu… Quel gâchis, sur des femmes qui allaient bien, où y'avait rien de particulier et qui disent bien… Voilà, l'un dans l'autre, on m'a emmenée, moi dans le doute… Heu voilà… Quand ça ne se termine pas par une césarienne ! » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Dans le cadre d'un suivi global, les craintes provoquées par l'accouchement précédent, représentent, pour les sages-femmes, des barrières supplémentaires à la mise en confiance nécessaire à un accompagnement dans la physiologie.

« C'est-à-dire qu'on a des femmes qui ont mal digéré l'histoire, parce que finalement, elles étaient assez spontanées, on ne les aurait pas questionnées, elles auraient passé le truc et très contentes… Finalement elles le vivent mal et pour le second par contre, il s'est accumulé tout le doute, la culpabilité de ci et de ça. Donc pour le deuxième qui pourrait être tout simple, c'est… Déjà pendant la grossesse, c'est bon… Est-ce que j'ai fais le bon choix, est-ce que je devrais, devrais pas et …. Et est-ce que je vais y arriver ?!...Parce que la première fois j'ai pas su, est-ce que je vais y arriver ? […] Là encore, une maman, alors son premier elle avait aucune réflexion sur la chose, ben "Je suis arrivée à huit centimètre… bon… ça allait hein !"... Une heure plus tard, "Bon, est-ce que vous voulez la péridurale ? Parce qu'après c'est trop tard !"... "Ben c'est sûr que là, ça commence à être un peu dur quoi !"... Donc heu… "Elle avait l'air de me dire qu'il vaudrait peut être mieux parce que… Bon ben du coup je l'ai fait." Elle me dit, "Ben médicalement heu… Pour eux, j'ai très, très bien accouché hein !... Episio, truc, machin…" Elle me dit, "Je l'ai extrêmement mal vécu", elle est partie en dépression, elle me dit, "Je crois que j'ai mis un an à m'attacher à ma fille, heureusement y'a eu l'allaitement qui a créé le lien, mais en fait j'ai ressassé une culpabilité énorme de ne pas l'avoir mise au monde, de ne pas l'avoir sortie…" Et puis son conjoint aussi je crois, il s'est senti d'un coup spectateur d'un truc où, pff… On sortait un bébé, on leur disait que c'était à eux quoi !... Ah ben… Et ça il faut récupérer le coup après hein… La deuxième grossesse heu… […] Oui. Alors, y' a des femmes qui, qui ont pas l'occasion de se poser la question et qui remettent rien en question et puis on se dit, ben on va pas aller les turlupiner sur le fait que peut être y'a un impact dans sa vie de femme, dans son histoire, dans son enfant, dans tout ça heu… On laisse les choses comme ça. Mais… y'en a quand même pas mal qui après ressassent… En plus quand ça c'est terminé par un forceps, un truc, un machin. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Une organisation qui pousse à l'interventionnisme.

Dominique évoque quant à elle l'aspect « confortable » d'un accouchement sous péridurale pour la sage-femme.

> « C'est confortable aussi pour nous hein, une femme qui est sous péridurale… On l'entend plus, elle dit plus rien. Et puis à partir du moment où elle est sous péridurale, on peut faire ce qu'on veut avec le col… Elle ne réagit pas la dame, donc heu… Donc voilà, bien sûr que c'est confortable aussi. » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

Selon elle, la formation des sages-femmes met l'accent sur la surveillance des accouchements médicalisés, ce qui permet entre autre chose, comme le remarque également Josiane, une « gestion des flux ». Ainsi, habituées à maîtriser la progression du travail, la dilatation, à faire « la pluie et le beau temps », elles peineraient à accepter les variations de temps que peut induire un accouchement physiologique.

> « Alors c'est vrai que c'est pratique le protocole, parce que bon, t'as une conduite à tenir, tu t'y tiens et puis tu accélères, tu, tu… Tu fais la pluie et le beau temps entre guillemets, mais… Parfois tu provoques aussi le forceps ou la césarienne… Si tu vas trop vite, si… Il faut lui laisser le temps de venir à ce bébé nom de nom ! … Et à la maman de s'y faire. » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

Les sages-femmes soulignent l'impossibilité pour elles de se soustraire à ce fonctionnement, « une fois que tu es dans les murs… t'es vite happée par le système ». (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

À présent Dominique est installée en libéral. Dans le cadre du suivi global de ses patientes, il lui arrive d'accompagner des femmes à la maternité, « en spectateur », lorsque ces dernières optent pour une péridurale pendant le travail. L'équipe de la maternité dans laquelle elle exerçait auparavant accepte sa présence,

> « Mais c'est eux qui prennent l'accouchement en main ».

Elle ajoute avec regret,

> « Je ne peux plus rien dire. [...] Je suis juste là pour continuer d'encourager ma patiente, je suis obligée de laisser faire et han… Quand je vois tout ce qui s'y fait, je… Oh mon Dieu ! » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

Les établissements de santé évoluent vers une meilleure prise en charge en terme d'accueil, « d'hôtellerie », c'est le terme employé, mais peine à respecter le déroulement physiologique des naissances. L'interventionnisme semble inhérent à la logique de prise en charge décrite par les protocoles**.**

> « Ça arrive, heu tellement rarement maintenant qu'une patiente accouche sans péridurale, que bon, pour elles c'est un événement !... Mais…Heu, pff…
> Moi : Pour qui ? Pour les sages-femmes ou pour les femmes ?
> Rebecca : [Elle rit] Pour les sages-femmes ! La plupart du temps quand même la patiente qui accouche sans péridurale, soit c'est par choix, bon. Délibéré hein, et elle va tout mettre en œuvre pour heu ne pas en avoir une, soit c'est parce qu'elle arrive trop tard… La plupart du temps. » (Entretien avec Rebecca, cadre sage-femme responsable d'un pôle mère-enfant.)

Que signifie ici, dans les propos de Rebecca, l'expression « tout mettre en œuvre » ? Il semblerait que dans ce service, à moins d'accoucher particulièrement rapidement, il faille déployer les moyens nécessaires afin de pouvoir accoucher sans péridurale[140].

> « Moi, je pars du principe que la péridurale emmène beaucoup de choses négatives et donc comme on n'a pas de péri, on n'a pas de ralentissement du cœur du bébé, ou très peu. Une maman qui est libre en fait, de se bouger etc. Donc un bébé qui va s'engager dans le bassin, qui ne va pas rester coincé comme beaucoup après une péri. On n'a pas, ou très, très peu de… tout ce qui est hémorragie de la délivrance, pourquoi, parce que le corps n'a pas été rempli de produits, péridurale, perfusion d'ocytocine et tout ces machins trucs, que la maman elle n'est pas restée douze heures allongée, donc heu, ça stagne le sang hein, etc. Heu, voilà, que les conditions d'un accouchement sans péridurale, mobilisation, respiration, l'environnement calme, heu, la maman qui mange et qui boit, tout ça c'est pareil, d'ailleurs ça a été prouvé récemment là, que ça favorisait, enfin, ça diminuait les risques d'hémorragie de la délivrance par exemple. Donc moi je prends en compte tout ça. » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

Selon une majorité de médecins anesthésistes, la péridurale serait de nos jours sans effets secondaires pour la mère et l'enfant. Françoise évoque des publications anglo-saxonnes qui affirmeraient le contraire :

[140] Virginie Robin, dans son mémoire de fin d'études de sage-femme intitulé *L'accompagnement des parturientes serait-il influencé par l'analgésie péridurale ?* (Rouen, 2011), remarque également lors de ses stages en maternité que « les femmes doivent résister activement » pour refuser une péridurale (Robin, 2011 : 14) et cite également dans sa revue littéraire, Danièle Carricaburu (Carricaburu, 2005), qui à propos de la péridurale écrit « dans la journée, pour y échapper, il faut vraiment en vouloir ».

> « Et pourtant y'en a eu des publications hein, sur les complications, sur les effets à court terme, à long terme, sur la mère et sur l'enfant. Et ça, c'est quand même reconnu qu'elles saignent beaucoup hein… […] C'est des publications anglo-saxonnes… En français y'en a pas hein ! » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Lors d'une de nos rencontres, Camille, qui est ostéopathe et travaille en collaboration avec des sages-femmes libérales pour le suivi des patientes avant et après l'accouchement, m'explique les effets physiques et psychologiques de la péridurale. Elle compare en effet, la technique utilisée à une ponction lombaire, dont les effets seraient moindres. L'injection des produits et la perte d'air dans la colonne créeraient une dépression susceptible de se répercuter sur la zone cérébrale et d'entraîner des troubles psychiques tels que des dépressions.

Selon certains professionnels, la mise sous silence des effets physiques et psychologiques néfastes de la médicalisation est dûe à l'incapacité à remettre en cause un fonctionnement rentable pour les établissements.

> « Elle a une patiente qui est anesthésiste, qu'elle a accouché pour la troisième fois, elle dit, "Ils sont quand même gonflés de nous assurer à 100 % que les produits anesthésiants ne passent pas chez l'enfant !" Elle dit, "Alors je ne comprends pas bien, ça va dans les jambes, ça va là, ça va là, mais là, y'a rideau, ça passe pas !" C'est un peu le non-dit heu… Mais elle, elle dit "Ben, non. Faut être lucide, évidemment qu'il y a un impact sur l'enfant ! L'enfant il boit ces trucs-là !" Donc heu… Si on réfléchissait à ça, par rapport au Ph et tout ça… Il y a des études quand même, sur les dépressions post-partum, y'en a quand même plus après péridurale que sans. Alors voilà, on ne va pas faire une généralité de ci, de ça, mais qu'on dise un peu les choses aussi quoi, qu'on lise un peu les chiffres. Moi je dis tout le temps au gens, si au point de vue national vous avez 20 % de césariennes, 20 % de forceps plus des ventouses, on a quand même presque une femme sur deux qui n'accouche plus par ses propres moyens… Bon, je vous laisse réfléchir, dites-moi ce que vous en pensez ? Si vous ça vous va, heu, allez y, hein. Moi après, je ne suis pas à vous dire que vous souffriez mais j'estime que aujourd'hui si on est bien accompagnée, si on anticipe bien les trucs, oui, l'accouchement reste une tempête, je vous dis pas qu'il y a des moments toujours hyper agréables, mais qui se dépassent et d'expérience je vois des femmes qui le vivent plutôt bien et qui accouchent simplement. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

4- Pôles physiologiques et salles « nature ».

Du discours à la réalité.

Pour certaines sages-femmes, la mise en avant des labels et des formations à la physiologie ne reflète pas la réalité des pratiques.

> « Toutes les maternités là, qui se veulent très ouvertes, à S. c'est pareil… Oui, on a fait, on a le label "Amis des bébés", donc heu… Super ouvert, l'allaitement etc. Et puis maintenant, ça y'est, tout le monde à fait la formation de Gasquet pour les postures d'accouchement, donc heu c'est bon. On a toutes les étiquettes ! Oui mais en pratique ? Elles ont fait la formation, mais ça dépend encore d'elles et de leurs volontés ! L'autre jour y'avait, à la clinique, une fille, adorable hein, au demeurant comme collègue, hein, mais elle avait dans deux salles, une maman qui accouchait de son deuxième, une maman qui accouchait de son troisième, qui pour une fois n'avaient pas de péridurale parce qu'elles étaient relativement en fin de travail, elles étaient toutes les deux, heu…Y'en a une qui se plaignait d'avoir mal au dos, donc elle, elle avait fait quoi ? Elle avait simplement proposé une posture de se rouler sur le côté et de prendre le masque relaxant et puis pareil de l'autre côté. J'me suis dit, mais elle a oublié aussi de lui dire de… (Elle mime « de marcher » avec ses doigts) C'est-à-dire, tellement formatée à l'idée qu'une femme c'est allongé, hein, quand ça accouche ! Donc heu… Et pourtant je sais que c'est une fille pas comme ça, je sais que pour elle, elle n'a pas accouché comme ça, elle a accouché avec Françoise ! Alors heu…franchement ! Et bien, non, dans la pratique… Et pourtant… Une fille adorable, d'une gentillesse, d'une bienveillance…Y'a pas de souci par rapport à ça, ce n'est pas quelqu'un qui envoie promener, mais spontanément, ben voilà, il fallait le décorum, y'avait la perf', le machin, le monitoring… Ils ont un monitoring sans fil ! Ils ont tout ce qu'il faut quoi ! On peut même si on reste dans des protocoles, on peut respecter la… Enfin… Alors, elles ont fait la formation, la formation de postures d'accouchement, mais en fait elles l'adaptent que dans une histoire de femmes sous péri qu'on va tourner un peu à gauche, un peu à droite… donc voilà. Là on voit bien qu'à la source, y'a un bug quand même ! » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Bernadette de Gasquet, impliquée dans la formation continue des sages-femmes hospitalières, regrette que la connaissance des postures facilitant le travail de l'accouchement ne soit pas davantage accompagnée d'un véritable soutien de la femme en travail.

> « Aujourd'hui on pourrait revenir à plus de mobilité, avec toute la surveillance, avec toute la sécurité et moi mon combat c'est ça, c'est d'allier la sécurité et… Ce qu'on peut faire dans la brousse, on peut le faire en salle d'accouchement. Mais pas l'inverse. […] En même temps, les jeunes, elles n'ont jamais vu ça, elles ne savent pas faire quand il n'y a pas de péridurale… Elles ne savent pas

> accompagner. […] Elles ne se sentent pas formées, elles ne l'ont pas vécu parce qu'elles sont jeunes et qu'elles n'ont pas de transmission elles-mêmes et elles ne l'ont pas vu, ni en compagnonnage, etc. Donc en fait, elles sont assez démunies pour accompagner la douleur mais en même temps, la péridurale est un peu ce qui empêche tout. Donc heu… quelques fois c'est un petit peu un prétexte quand même. » (Entretien avec Bernadette de Gasquet, le 6 décembre 2012.)

Pauline a elle aussi exercé longtemps en milieu hospitalier avant de devenir sage-femme libérale, elle relève le paradoxe d'un discours en faveur de la physiologie dans un cadre qui tend à en restreindre de plus en plus sa définition.

> « On met les forceps dans l'eutocie maintenant. Péridurale, forceps, ventouses, c'est l'eutocie… Donc heu…Pff, là c'est vrai que c'est… C'est troublant je veux dire. Elle est où la conception de l'eutocie quoi ? » (Entretien avec Pauline, sage-femme libérale.)

Le même constat est fait par Élisa, qui ne comprend pas l'attitude des cadres qui proposent des salles nature au sein de leur service mais font preuve d'incompréhension envers la pratique des accouchements par des sages-femmes libérales. Elle appuie son propos sur le souvenir d'un appel téléphonique d'une cadre sage-femme après le transfert d'une de ses patientes dont la délivrance tardait.

> « Tu vois l'exemple de cette cadre sage-femme qui m'a appelée, c'est dans une maternité qui a mis en place une salle nature. Donc heu, je veux dire, entre ce qu'elle m'a dit, le discours qu'elle m'a tenu et le discours qu'elle devrait tenir vu qu'elle est quand même cadre dans un service qui prône heu, la nature… Ben, elle n'a pas compris, j'veux dire heu… De me sortir une phrase, "On récolte les merdes des accouchements à domicile", et la seconde d'après de présenter la salle nature à un couple, des parents, ben je veux dire, c'est le jour et la nuit, ça ne va pas dans l'idée. Donc tu vois, elle n'a pas intégré son rôle d'accompagnement de la grossesse physiologique. En plus, cadre sage-femme… C'est pas cadre-médecin, c'est cadre sage-femme, c'est-à-dire que, elle en a oublié son métier de base, qui est, je suis la physio et je transfère quand c'est patho. » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

Hôpital amis des mamans ?

Lors d'un entretien avec Rebecca, responsable du nouveau pôle mère-enfant de R., la démarche de la maternité pour l'acquisition du label « Hôpital Ami des bébés » est au cœur de la discussion.

> « Les objectifs de base... […] C'est l'amélioration de l'accueil au niveau hôtellerie par les chambres individuelles. Je crois que rien que ça hein ? […] Heu théoriquement dans le plan 2007-2012 on est tenu d'avoir 80 % de chambres individuelles, c'est au niveau national, hein, bon ben maintenant on y répond hein… » (Entretien avec Rebecca, sage-femme cadre et responsable de pôle.)

La rénovation des locaux, la formation du personnel à l'accompagnement de l'allaitement maternel sont les points majeurs de l'évolution du service. La question du respect de la physiologie est abordée sous l'angle de l'allaitement, du rythme de la mère et du bébé en post-natal. Pas un mot ne sera prononcé sur la physiologie de l'accouchement.

> « On est dans cette démarche là, donc heu, on est en cours d'acquisition, heu, de labellisation et donc heu... C'est vraiment le respect heu, des rythmes physiologiques, des nouveau-nés et de la famille. Bon, quand vous êtes dans une chambre à deux lits, heu c'est pas tellement facile, quand le bébé d'à côté est en train de pleurer, les visites tout ça, donc heu ça rentre, les chambres individuelles pour nous c'est évident, ça rentre là-dedans. Faciliter l'allaitement, heu, pour plein de raisons. […] Y'a un espace pour le change, avec une baignoire, où si la maman ne veut pas sortir de sa chambre, elle peut très bien ne pas sortir de sa chambre, donc voilà. C'est ça, c'est respecter la physiologie et le couple dans sa globalité avec son bébé, s'ils veulent rester tout seuls, tranquilles, on leur fiche la paix, enfin, on leur fiche la paix, non, parce qu'on les accompagne mais voilà. […] Une nurserie centrale, là on a plusieurs postes de soins, où on peut faire tous les soins, les bains tout ça en commun. Y'a une auxiliaire de puériculture qui est là à partir de telle heure, qui prévient les, les mères dans les chambres en disant si vous voulez, au lieu qu'on fasse le bain dans votre chambre, on le fait là, y'a quatre postes en vis-à-vis et comme ça les mamans échangent. Et c'est vrai que depuis qu'on est là, hein, y'a tout le temps du monde. Les papas sont là le matin… Ah, y'a du monde autour de ça ! [elle rit] Et les mamans sont ravies, ravies. » (Entretien avec Rebecca, cadre sage-femme et responsable de pôle.)

Yveline, chef de service de la maternité de C., me fait « visiter » la « salle nature » récemment ouverte au sein de son service. Elle m'explique les démarches fastidieuses auprès de l'administration pour faire aboutir ce projet. Elle semble satisfaite de sa mise en place mais reconnaît qu'au-delà de l'utilisation de la salle par les parturientes pendant le travail, peut d'entre elles y mettent leur enfant au monde, car « beaucoup dérivent vers une salle classique ».

> « Alors après, donc nous avons beaucoup travaillé à mettre en forme le truc et surtout à persuader notre administration qui, finalement, y a vu certainement quelques intérêts aussi puisque ils se sont dit qu'ils récupéreraient sûrement quelques dames qui voulaient accoucher à domicile, mais que peut-être elles viendraient plutôt accoucher à l'hôpital mais dans un, en démédicalisant si vous voulez bon. Donc l'administration y a vu un peu son intérêt heu au point de vue nombres

d'accouchements si vous voulez et nous d'un point de vue médical aussi. » (Entretien avec Yveline, gynécologue-obstétricienne responsable de pôle.)

Pôles physiologique et salles nature : du marketing ?

Françoise m'explique que suite à la rénovation du centre hospitalier de S., le chef obstétricien de la maternité souhaitait lui permettre l'accès à un plateau technique. Françoise ayant pris sa retraite, Anne a travaillé quelques temps dans cet établissement, mais le projet n'a finalement pas abouti en raison d'une trop grande incompatibilité des pratiques.

> « Ils sont venus ici hein, il est venu ici l'obstétricien, chez moi, […] Pour m'ouvrir l'accès et patati et patata, il voulait faire une super maternité, on est allé voir la surveillante, elle t'a raconté C. ? Y'a toujours rien de fait hein, toujours rien. […] Et c'est lui qui est venu chez moi, ce n'est pas moi qui suis allée le chercher hein ! On est venu chez moi ! On est venu chez moi, parce qu'on veut la clientèle, tout le monde la veut cette clientèle. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Pour Françoise, « tout ça c'est de la récupération… c'est de la vitrine… c'est le vernis ». Au regard de son expérience en milieu hospitalier, à domicile ou en plateau-technique, le suivi de la grossesse et du travail de l'accouchement prime sur le cadre proposé.

> « Mais on n'a pas besoin de salle nature hein ! On s'en fout de ça. À L. c'est pareil, ils avaient fait une salle nature, heu, mais moi, les femmes qui viennent accoucher avec moi, on le fait pas pour la salle nature hein, c'est pour l'accompagnement hein, ce qu'on fait avant. Mais parce qu'ils ne l'ont pas compris ça ! Ça ils ne l'ont pas compris hein… On s'en fout du cadre, tu parles, quand t'es en train d'accoucher… […] Mais c'est parce qu'ils n'ont rien compris. On peut leur faire toutes les salles natures et tout ça, tant qu'elles auront peur d'accoucher, qu'elles n'ont pas compris que c'est elles et elles toutes seules, elles avant tout, avec leur force interne. Ça hein… Alors justement, hein, est-ce qu'il faut avoir soi-même, en tant que professionnel, sa tranquillité en les anesthésiant… ou les accompagner pour qu'elles grandissent ? Le problème, il est là. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Bien que les évolutions engendrées par la volonté d'acquérir un label pour l'établissement tendent vers une adaptation aux rythmes des nouveau-nés, à une meilleure écoute des souhaits des patientes en termes d'accueil, le suivi global offert par les sages-femmes libérales ne peut, pour Anne, trouver d'équivalent au sein des grosses structures.

« Anne : On reçoit un dossier, heu, on s'occupe d'une dame, ben ça bloque l'accouchement, pas facile, on aurait peut-être pu faire de la prévention, mais on n'est pas en cause, hein, bon ben elle a eu une césarienne, bon heu… L'implication heu c'est de la faute peut-être aux autres, c'est pas…On n'a pas la même…

Nadia : J'en suis même à me dire qu'ils ne font pas le lien, hein… Quand y'a des femmes qui ont pris 25 kilos avant l'accouchement et qu'il faut un forceps pour un bébé de trois kilos qui descend pas, heu… Ils ne se posent pas la question de savoir si c'est… Oui elle a pris 32 kilos, mais c'est pas grave… Y'a pas de diabète puisque le bébé est petit, donc on s'en fout. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale et Nadia, étudiante sage-femme.)

Certaines sages-femmes dénotent dans la mise en place de ces nouveaux espaces, la prévalence de l'aspect lucratif au détriment d'une réflexion de fond sur la nature de l'accompagnement.

« Même les changements dont on parle, dans les hôpitaux, c'est du business, le problème de fond ne change pas. Les locaux s'améliorent mais est-ce qu'on aide les femmes à mieux vivre leurs accouchements ? Non. Elles ont leurs péridurales, on ne les entend plus, c'est ça qui compte. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

« Si on remet vraiment ce qu'est un pôle physiologique, c'est juste un espace un peu nature… C'est ce qu'ils appellent maintenant à tour de bras les salles nature, mais ce n'est pas un suivi par un même professionnel et moi je pense que l'essentiel de la différence c'est ça. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

« Les salles natures, ça me fait bien rire ! »

Lorsque la question est posée aux sages-femmes libérales, de ce qu'elles pensent des « salles nature », bien souvent la réponse commence par un sourire, voire même par cette même exclamation « ça me fait bien rire ». Effectivement la démarche de nombreuses maternités, de mettre en place des salles dédiées à la physiologie, est vue d'un bon œil en général par les femmes qui se sentent entendues dans leurs demandes d'accompagnement moins médicalisé, mais manque de crédibilité aux yeux des professionnels de santé qui, attachés au respect du processus physiologique de la naissance, perçoivent avant tout l'aspect « marketing » d'une salle « nature » mais pour laquelle l'équipe n'est que trop peu disponible et soumise aux mêmes protocoles de surveillance que pour une salle « classique », autrement dit médicalisée.

« Moi : Qu'est-ce que tu penses des pôles physiologiques, des salles nature ?

Élisa : Ah ! Ça me fait bien rire [rires] … Ça me fait rire !... » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

Pour Élisa, qui accompagne, par le suivi gynécologique pendant la grossesse et par des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, aussi bien des couples qui font le choix d'un accouchement en maternité que des couples qui opteront pour l'accouchement à domicile, ces espaces « nature » marquent un « effort » de la part des structures envers ceux qui souhaitent une naissance plus « naturelle » au sein d'une structure qui répond à leur critères de sécurité. Cependant elle déplore que cette démarche ne soit pas plus étendue.

« Non… Bon, c'est bien dans l'idée, c'est-à-dire que ça prouve que quand même qu'ils se rendent compte que les couples ne sont pas forcément contents de l'accompagnement qui se fait à l'heure actuelle dans les maternités… Donc ils se posent des questions et ils essayent de trouver des solutions. Je trouve ça dommage qu'on appelle ça une salle physio, elles devraient toutes être physio, salle nature, voilà, on différencie une salle sur dix salles d'accouchements, ça veut dire que les autres c'est quoi ? Des salles heu, bas de gamme ? Je ne sais pas, pourquoi celle-ci on l'appelle « nature » et la dame elle va dire, « Eh bien moi je vais dans laquelle ? Je veux une nature moi aussi », ah ben non madame, pour vous ça va être la salle torture. [Rires] Donc non, c'est vrai que c'est pas logique. Mais bon, dans l'idée, on ne peut pas leur enlever quand même qu'ils ont voulu faire un effort. Donc ils ont pris conscience quand même en partie que y'avait un manque, que y' avait une demande que, ils ne répondaient pas, ils ne répondaient pas à une certaine demande des couples, donc c'est pas mal. […] Mais pourquoi telle dame, elle aurait le droit à un maxi grand lit et puis l'autre à un tout riquiqui avec les étriers en aciers, tu vois. Bon, ça prouve que ça bouge un petit peu, mais… On n'y est pas encore quoi. » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

La même question est posée à Sophie qui bénéficie d'une longue expérience de l'accouchement à domicile. Pour elle, ce qui prime dans l'accompagnement d'un accouchement physiologique c'est la disponibilité de la sage-femme, sa présence continue pendant le travail, ce qui n'est pas réalisable en milieu hospitalier.

« Moi : Les salles natures, est-ce que ça pourrait répondre à la demande de ces gens-là (des personnes qui la sollicitent pour un accouchement à domicile) ?
Sophie : Non. Non, parce qu'ils ne sont pas dupes. C'est bien beau hein, la salle nature, mais quand on voit que les sages-femmes elles sont trois pour quinze salles de naissance, si y a une salle nature, et bien si elle n'a pas plus le temps... […] Pratiquement toutes les mamans qui accouchent à la maison, dans les trois jours qui suivent, toutes, mais toutes, sous une forme ou sous une autre, elles me disent "tu sais hein, si j'avais été à la maternité, je crois que j'aurais demandé la péridurale", "mais bon, je ne l'ai pas prise, qu'est-ce que je suis fière." Donc c'est vrai qu'après, même si c'est

une salle nature, au sein de la mater, c'est facile de dire "je veux la péridurale" et c'est facile pour la sage-femme de dire, "Ben ok, on la met". C'est tellement plus facile d'accompagner une femme sous péri, monito, perf' et tout le bazar. Y'a moins d'investissement. Donc heu, je pense que oui, ça peut être bien mais ça ne répondra pas à ce besoin. Les gens qui veulent vraiment accoucher à la maison… Voilà. Après, même si l'accompagnement global est important, c'est aussi de leur faire prendre conscience de leur autonomie, de leur, elles sont capables d'accoucher. Et même si ce n'est pas moi qui suis là, elle est capable de mettre son enfant au monde. C'est, toutes, elles veulent mettre leur enfant au monde quoi. Heu… Après heu, voilà, heu, que ce soit moi ou Élisa ou T., je ne sais pas, elles seront capables de se débrouiller. Voilà. […] Oui, ça peut être bien les salles nature, mais voilà, après, comment on intervient dans cette salle nature ? Comment on accompagne les gens dans la salle nature ? […] Je pense qu'il y a encore toute une catégorie de population qui est vraiment entre deux et voilà, à qui peut être la salle nature peut correspondre, mais pour moi c'est pas encore l'idéal. » (Entretien avec Sophie, sage-femme libérale.)

Josiane a toujours travaillé en tant qu'hospitalière puis en tant que cadre, son discours pourtant est similaire. Elle ajoute à ce propos, que le refus d'intégrer des sages-femmes libérales aux projets de pôles physiologiques ainsi qu'aux futures maisons de naissances dénote une volonté de la part des institutions de garder le monopole sur l'offre de soins, y compris sur la prise en charge des accouchements physiologiques.

« Moi : Les pôles physiologiques…Vous en pensez quoi ?
Josiane : Ça me fait rigoler…Ça me fait beaucoup rire. […] Même à la Maison de la naissance, à N., lorsqu'il s'agissait d'ouvrir le plateau technique aux sages-femmes libérales, les sages-femmes hospitalières, les sages-femmes de la Maison de la naissance, qui pourtant étaient censées quand même être assez ouvertes… Elles ne voulaient pas, elles ne voulaient pas. C'est-à-dire que l'ouverture des sages-femmes par rapport aux sages-femmes libérales n'est pas faite. […] Moi je trouve ça ridicule une maison de naissance attenante à une maternité, je trouve que c'est une façon pour les médecins d'avoir encore la main mise bien évidemment sur ce qui se passe dans les maisons de naissance. Alors où est l'indépendance, l'autonomie etc. ? Donc les sages-femmes restent ce qu'elles sont, c'est-à-dire des techniciennes supérieures de l'accouchement, sous la responsabilité des médecins. De plus en plus… De plus en plus quand même… » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Françoise quant à elle, remarque que la création d'un espace dédié à la physiologie dans un univers adapté à la pathologie, lorsque l'on admet toutefois que 80 % des grossesses et accouchements sont physiologiques a priori, reflète davantage une volonté de « récupération » plutôt qu'une véritable compréhension des limites d'une médicalisation systématique.

« Attends…Ça te fait pas rigoler… Faire un truc physiologique ?... Ce n'est pas physiologique la naissance, avant d'être pathologique ?! Hein ? Non mais attend ! C'est tellement paradoxal que moi… Moi ça m'énerve tout ça. Ça m'énerve. Ça m'énerve, ça m'énerve, ça m'énerve. […] Tout ça c'est de la récupération ! C'est de la récupération politique […] Tout ça c'est du blabla. Tu pourras marquer que c'est du blabla tout ça… Moi ça m'énerve. […] Tout ça… c'est de la récupération. Alors ils font des accouchements physiologiques… ah ben dis donc, quelle découverte !... Ils font des accouchements physiologiques… Vraiment ! » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

« Tu parles ! Tu demanderas à M. quand elle a fait son stage au CHD, s'ils s'en servent des baignoires et compagnie… Rien du tout. Rien du tout. Donc heu, pff… Tout ça c'est du pipeau. Tu peux me croire… Chacun finalement fait de la publicité pour son truc. […] C'est du marketing. Tout ça, c'est pour se faire mousser et c'est tout. Non… C'est pareil tu sais, se mettre Amis des bébés, par rapport à l'allaitement… Alors maintenant tu vas rencontrer des sages-femmes conseillères en allaitement, tout, tout ça, ça me fait rigoler [en chuchotant]… Conseillère en allaitement… Ça ne sert à rien puisque c'est ton métier ! […] Tout ça c'est de la récupération, c'est du marketing […] Ils ont tous fait une formation maintenant, attention… On les a cadrés. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

« Les femmes après elles rentrent chez elles, au bout de deux jours les seins s'engorgent, tout, y'a plus personne… [Rires]… Le service après vente, dis donc. C'est le système qui est mauvais. Et puis ça dépend des gens qu'il y a le jour même. C'est tout hein, c'est toujours pareil. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Lorsqu'elle travaillait dans une maternité de niveau 1 en début de carrière, Karine a connu, avant la mise en place des salles dites « nature », la possibilité d'accompagner des femmes dans une salle peu médicalisée où son autonomie autant que l'intimité de la parturiente étaient respectées. Son expérience lui fait dire que le cadre importe peu, seule la volonté du service d'accepter le déroulement physiologique des accouchements est nécessaire.

« Malgré tout c'est pas mal hein ! Moi pour avoir bossé en hosto, heu, et d'avoir eu la possibilité qu'on nous foute la paix dans une salle heu… Parce que pour moi le lieu importe peu. Même dans une salle de CHU, même si c'est pas une salle nature, une salle d'accouchement… Moi j'ai toujours pu accompagner à quatre pattes ou debout ou n'importe quoi, donc pour moi, ça c'est, ça n'a pas grande importance, ce qui compte c'est de pouvoir avoir la possibilité de le faire et de le faire tranquillement. Sans que tu aies personne sur le dos qui vienne t'emmerder. » (Entretien avec Karine, sage-femme enseignante.)

Selon elle, il est indispensable, dans la configuration actuelle des choses, de trouver un juste milieu dans l'offre de soins, entre l'accouchement à domicile, qui en France sera toujours considéré comme une situation extrémiste et l'hyper-médicalisation, incompatible avec l'événement de la naissance tel que les couples ont besoin de le vivre.

> « Pour moi on est dans quelque chose de, qui est inconcevable, pour nous en France, l'accouchement à domicile… Parce que c'est la transgression totale, absolue, c'est l'animalité, c'est heu, la sauvagerie. On échappe à tout ce que la société heu, dans sa droite ligne, pense… Avec bienveillance en plus hein, pense avec bienveillance, être ce qui… Ben être ce qui sauve la vie de tout le monde. [...] Donc en fait, tout va dans le sens de la non civilisation quand tu es à la maison. T'as mal, tu cries, t'as pas de blouse, heu, y'a pas de technique… T'es chez toi et tu mélanges l'intime avec un moment comme ça qui devrait normalement être technique, donc voilà, on est… En plus dans une relation corporelle, charnelle avec la sage-femme, heu, physique, qui est, heu, qui est intolérable pour la plupart des gens, heu, qui est ambiguë, qui est tout ce qu'on veut. Donc on est là vraiment dans un truc absolument impensable et intolérable. Ensuite tu as l'hôpital, le CHU, qui est la droite ligne, mais qui ne peut pas être satisfaisante parce que malgré tout pour un événement comme ça, même si on essaye de le rendre purement technique, c'est juste pas possible parce que c'est incompatible avec notre sens de l'humain… Pour la plupart du temps. Il faut rendre sacré ce moment… Enfin tu vois, on a besoin de, de ce moment un peu sacré, de ce moment privilégié, de ce moment, de, d'y mettre autre chose quoi, que du blanc, du propre, du stérile…. Donc en fait, heu, on sent bien là, qu'il faut absolument trouver un compromis. Donc voilà, moi, c'est un peu ma théorie, il faut trouver un compromis pour que la société puisse fonctionner. Parce que sinon, en hôpital, il y en a la moitié qui ne sont pas contents et qui sont frustrés de ça. À domicile, heu, ça ne peut pas être proposé à tout le monde et en plus on ne le permet pas. Donc le compromis c'est heu… [...] C'est le secteur physiologique dans le CHU… Parce que là, heu, là, on fait croire heu... [...] C'est-à-dire qu'on est à la fois dans un cadre technique qui, c'est parfait, on est bien, dans ce qui est de l'évolution de la société et puis on utilise, on autorise une bulle, mais sous contrôle. » (Entretien avec Karine, sage-femme enseignante.)

Cependant, elle reconnaît que les espaces physiologiques tels qu'ils existent dans certains établissements ne marqueront pas un véritable changement tant que la formation et les habitudes des sages-femmes n'évolueront pas en ce sens.

> « Mais tu sais, moi ce que j'ai comme impression, c'est que quand on veut, on peut. C'est-à-dire que la plupart du temps, il y a des salles nature, des baignoires et tout ça mais qu'est-ce qui se passe ? Les sages-femmes, elles n'y vont pas ! Tout simplement… » (Entretien avec Karine, sage-femme enseignante.)

Résumé médiatique.

L'émission populaire « Les Maternelles » consacrée à « l'Accouchement naturel » (Carnet de terrain : Émission « Les Maternelles », du 22 avril 2013), résumait à sa manière, la problématique soulevée ici.

Benoît Legoëdec, sage-femme, était invitée à parler de « ces accouchements si particuliers ». Cette façon d'aborder l'accouchement physiologique, comme un cas à part, marginal, est pointée du doigt par les sages-femmes rencontrées, comme un paradoxe spécifique à la France. C'est d'ailleurs pour elles, cette façon d'aborder tous les accouchements selon les mêmes protocoles, comme s'ils étaient tous potentiellement à risque, qui engendre chez les femmes la crainte de ne pas être en capacité d'accoucher sans médicalisation. Cette incertitude fréquente est illustrée par la question de la présentatrice « Comment peut-on savoir si on est faite pour l'accouchement physiologique ? » Ce à quoi répondra M. Legoëdec, « on y est fait par nature. Par nature la femme est capable. Il faut trouver la confiance en soi. » L'émission se poursuit. La présentatrice interroge, « L'accouchement physiologique est-il possible en maternité ? ». Avant de rappeler que la prise en charge d'un accouchement physiologique est pourtant moins onéreuse car elle ne comprend ni médicament, ni actes médicaux, la réponse sera « Oui, dans le discours... Mais il est peu encouragé dans la pratique. » ; ce qui constitue de nouveau une confirmation des points de vue recueillis auprès des sages-femmes.

L'insistance de la présentatrice en attente d'une autre réponse est également révélatrice de la tension entre la demande des patientes pour un accouchement « naturel » et les réponses offertes par les institutions hospitalières, qui fait débat parmi les professionnels.

> « La présentatrice : – Peut-on avoir un accouchement physiologique avec une péridurale ?
> *Hésitation du professionnel. Silence.*
> La présentatrice : – Même une toute petite ? » (*Avec insistance.)*
> Le sage-femme : – *Silence*. Oui. Si la péridurale n'implique pas d'autres actes...
> La présentatrice : – *Grand sourire*. Ah ! Je suis contente de vous entendre dire ça !
> *Sourire mitigé du professionnel*.
> La présentatrice : – J'imagine que le plus important c'est que ça se passe bien pour la mère et pour le bébé ?
> Le sage-femme : – Oui, bien sûr. » (Carnet de terrain : Émission « Les Maternelles », du 22 avril 2013)

À cette idée, certaines sages-femmes sont effarées. La réponse donnée ici ressemble d'ailleurs plus, de la part de M. Legoëdec, à une concession, qu'à un point de vue bien arrêté sur la question, d'autant plus que lui même pratique l'accompagnement global. Il y a là pour certaines, une confusion entre la physiologie, qui concerne un déroulement du travail sans intervention extérieure et qu'elles sont formées à accompagner et l'eutocie, qui caractérise un accouchement sans complications majeures, sans pathologie durant le travail, et dont elles sont pour certaines « les gardiennes », et qui pour d'autres, semble compatible avec la péridurale.

La réaction de la présentatrice reflète quant à elle l'ambivalence de certaines patientes entre leur désir d'accoucher naturellement et « l'acceptation d'une douce servitude » (Cesbron, 2010).

Enfin, une brève présentation de la « Maison de naissance » de Pontoise viendra achever cette description de la situation. On nous rappelle tout d'abord que « la demande pour les Maisons de naissance ne représente que 4 % des patientes en France ». Sachant qu'à cette même période seuls deux projets de ce type (à Pontoise et à la maternité des Bluets) étaient autorisés à fonctionner, cela peut explique ce taux. Le reportage débute par quelques mots sur une Maison de naissance en Belgique puis se poursuit : « À Pontoise, c'est un peu comme à Liège mais avec la sécurité supplémentaire de se trouver au sein d'une structure ». Les professionnels interviewés viendront préciser que c'était là la condition *sine qua non* pour avoir l'aval du Collège des gynécologues obstétriciens.

Chapitre 3 : Le point de vue des sages-femmes.

I/ Devenir sage-femme.

1- Le regard porté sur la formation.

> « Ils auront beau changer les murs, ils ne changeront pas le fond ! Ça… C'est tellement un problème de société que… Il faudrait d'abord changer l'enseignement des sages-femmes, commencer par là. Parce que moi, je me demande comment ça va devenir hein, dans les années à venir… Parce que les plus jeunes, elles sont tellement formées à trois centimètres, péri, rupture, Syntho…Pff… Que pour mener un accouchement d'une femme qui doit accoucher, comme on doit accoucher, normalement. Elles savent plus hein !... Elles sont dépassées… » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Une formation de plus en plus technique ?

Ici, Françoise fait part d'un certain désenchantement face aux réaménagements des maternités visant à illustrer l'humanisation des conditions de la naissance tant attendue. « Trois centimètres, péri, rupture, syntho » est une formule bien connue des sages-femmes visant à résumer la démarche standard à suivre en milieu hospitalier. À trois centimètres de dilatation l'analgésie péridurale peut être posée, suivie d'une rupture de la poche des eaux afin de relancer le travail souvent suspendu par la pose de l'analgésie, puis d'une administration d'ocytocine de synthèse (Syntocinon étant le nom commercial du produit le plus fréquemment utilisé) afin d'augmenter les contractions utérines.

Le constat de la technicisation de la formation est fait par les sages-femmes les plus anciennes qui ont vu l'utilisation des « machines » et des nouvelles techniques de surveillance remplacer le toucher, l'observation, l'écoute de la femme en travail. Transparaît alors l'idée, qu'avec le

temps, la formation s'est adaptée aux nouvelles conditions de travail pour faire des sages-femmes, des techniciennes.

La question mérite ici d'être approfondie, tant d'un point de vue historique que du point de vue des représentations. La technique, dans le sens d'un savoir-faire spécifique et l'empathie, indispensables à l'accompagnement par le soin, sont-elles dissociables, voire incompatibles ? Y a t-il des sages-femmes plus techniciennes qu'accompagnantes et vice-versa ? Ces interrogations sont présentes dans les entretiens avec les sages-femmes les plus expérimentées.

> « Ils en parlent les sociologues, jadis on définissait les sages-femmes…, on disait des sages-femmes, "ah ben oui mais elle, elle est…". On différenciait les techniciennes des relationnelles. On disait, "oh oui mais celle-là elle est très relationnelle, celle-là elle est très technicienne…" Mais en même temps, par exemple, une sage-femme qui était connue pour sa dureté, même son inhumanité à l'endroit des femmes, on disait, "Mais c'est une bonne sage-femme." Et quand on disait "Mais c'est une bonne sage-femme", ça voulait dire qu'elle avait une maîtrise de, de sa technique, qu'elle savait… Mais l'un s'opposait à l'autre à la limite. Et que, en définitive, ce qui était le plus valorisé et pour cause, c'était d'être… Comme si on séparait les choses, c'est quand même incroyable. Ce qui est quand même incroyable… Mais ça existe encore. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Le recrutement par le PCEM1[141]*, pour un profil plus scientifique ?*

Tout d'abord, la formation des sages-femmes a connu de nombreuses mutations, tant dans le contenu que dans le temps des études. Les sages-femmes qui ont accédé à la formation par concours et ont donc connu les études sur trois ans, évoquent fréquemment le passage, comme il est convenu actuellement par le PCEM1, c'est-à-dire par la première année du premier cycle d'études de médecine, comme un changement crucial dans le recrutement et la formation des sages-femmes. Nombreuses, comme l'exprime Blandine, sont celles qui pensent qu'elles n'auraient pas pu devenir sage-femme si ce recrutement avait existé à leur époque.

> « Aujourd'hui je ne sais pas si je le ferais hein, ce cursus là de… Déjà je pense que je n'aurais même pas le niveau de la fac, de la fac de médecine, d'avoir le concours, voilà… Non, moi, trois ans c'était très bien quoi. » (Entretien avec Blandine, sage-femme de PMI.)

[141] Depuis 2010, la PCEM1 (Première année du premier cycle des études médicales) a été remplacée par le PACES (Première année commune des études de santé). Cependant, tous mes interlocuteurs ont employé le premier terme, celui-ci sera donc utilisé dans le texte pour en faciliter la compréhension.

La validation de la première année de médecine est pour elles synonyme d'un recrutement d'élèves aux profils plus « scientifiques » et d'une formation plus orientée vers la médicalisation.

Un recul historique sur la formation.

Une bonne connaissance de l'histoire, permet toutefois de prendre du recul face à une vision caricaturale que peuvent avoir notamment les plus jeunes, d'une évolution de la profession comme d'un passage, par la reconnaissance en tant que profession médicale, des sages-femmes peu instruites, proches des matrones, principalement « accompagnantes », aux sages-femmes « modernes » et « techniciennes ».

De son côté, Françoise rappelle qu'à son époque déjà, dans les années 1960, le diplôme de sage-femme, bien qu'il ne fût pas délivré au terme d'un cursus universitaire, était remis par la faculté de médecine.

> « Oui, maintenant... Tout ça pour être mieux reconnu, alors c'est encore les ambivalences de la France… Le diplôme a toujours été délivré par la faculté de médecine dont dépend l'école de sages-femmes. Y'a une école de sages-femmes par faculté de médecine, bon. Moi, mon diplôme il a été délivré par la faculté de médecine aussi… Ça doit être signé du doyen, donc moi je pensais qu'il était universitaire, et bien il n'est pas universitaire ma pauvre. Non. Non. Alors s'il n'est pas universitaire, pourquoi c'est l'université qui le délivre ? […] Ce n'est pas une école hein, ni le rectorat. Non mais tout ça, parce qu'elles ont laissé tout faire. Alors elles ont mis la première année de médecine, pour être reconnues comme universitaires, mais bon… […] Mais ça, c'est les paradoxes de la France. De cette profession qu'on a toujours voulu mettre sur la touche, et tout le temps ficelée et… Et un peu étouffée quoi. C'est tout hein. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Josiane par exemple, ancienne cadre sage-femme, porte un grand intérêt aux recherches historiques sur sa profession. Elle me fait part des travaux récents de l'historienne Natalie Sage-Pranchère qui souligne l'émergence d'une « identité sage-femme » par la création de l'école de sages-femmes de Port-Royal en 1802. Ainsi, la création d'un « corps de sages-femmes » aurait marqué la distinction avec les accoucheuses traditionnelles dont l'activité se poursuivra sur une grande partie du territoire.

Contrairement à l'idée prédominante, d'une technicisation de la formation en adéquation avec l'évolution de la prise en charge, un regard historique sur l'enseignement des sages-femmes permet, selon Josiane, d'aborder la médicalisation de l'accouchement comme une conséquence des recherches de plus en plus approfondies en obstétrique, notamment au travers de l'enseignement. Le développement de ce savoir aurait donc nécessité une présence accrue des sages-femmes dans l'univers hospitalier, au plus proche de la pathologie.

> « Alors ce qui est intéressant quand même, c'est quand on revient sur les études historiques sur, sur l'histoire, c'est que Madame La Chapelle qui a créé la fameuse école de sages-femmes de Port-Royal, qui a créée, enfin oui c'est quand même elle qui a créé, qui l'a mise en place avec Baudelocque. Baudelocque pensait, c'est Natalie Sage-Pranchère qui nous a dit ça, Baudelocque pensait que plus on allait étudier le déroulement de l'accouchement, heu, la grossesse, l'accouchement etc., plus on allait éviter, évidemment les morts maternelles et les morts des bébés, mais en même temps, plus on allait arriver à un état de santé qui pouvait mener en fait à des accouchements normaux, physiologiques, à des grossesses physiologiques et normales. Or, en fait, on s'est aperçu que plus on a travaillé justement sur, sur par exemple les bassins, sur, etc, plus on est allé dans la technicisation. Et c'est ça qui est assez incroyable. C'est qu'en fait, en gros, on est arrivé à des résultats qui ont été complètement opposés aux prémices qui ont été, qui ont été posés. C'est ça qui… Ça aussi c'est drôlement intéressant d'étudier ça… » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Josiane m'explique donc ici, que dès les prémices de la formation des sages-femmes, ces dernières ainsi que les médecins avaient constaté, malgré une volonté certaine d'améliorer les résultats périnataux, la progression des accouchements dystociques de manière parallèle à la technicisation de la formation et de l'accompagnement des parturientes. Cette analyse, faite encore aujourd'hui par certaines sages-femmes, fait toujours l'objet de débats avec une partie du corps médical.

Petit à petit les matrones ont donc cédé leur place aux sages-femmes, formées au suivi prénatal et à la gestion des risques de pathologie en cours de travail. Une formation unique était donc dispensée, pour deux cadres de travail très différents. D'une part la maternité pour les sages-femmes hospitalières, au plus proche de la pathologie et donc de la technique, d'autre part le domicile pour les sages-femmes libérales.

Aujourd'hui les sages-femmes libérales qui pratiquent le suivi global ont la même formation que les hospitalières, les mêmes compétences. Pourtant la caricature de la sage-femme libérale pratiquant au domicile de ses patientes, voire même en plateau-technique, telle une matrone, presque une « sorcière », qui pratiquerait « à mains nues », sans technique, perdure, jusque dans

le discours des professionnels de la santé. « À domicile, elles n'ont rien. Elles ne peuvent même pas écouter le cœur du bébé, elles n'ont rien ! ». Tels sont les propos d'Yveline, gynécologue obstétricienne, qui semble ignorer que ces praticiennes ont, lorsqu'elles pratiquent à domicile, un doppler[142], un monitoring[143], de l'oxygène et de quoi faire une perfusion en cas d'urgence.

L'évolution de la formation et de la démographie des sages-femmes.

La pratique des accouchements durant la formation a toujours eu lieu dans des établissements hospitaliers. La proximité avec les médecins et la soumission hiérarchique envers ces derniers pourrait expliquer les demandes des sages-femmes pour une augmentation de leurs connaissances et pratiques médicales.
Josiane évoque à ce sujet les travaux de la sociologue Danièle Carricaburu :

> « Et Carricaburu le dit et je crois qu'elle a tout à fait raison, les sages-femmes, toujours, ont tenu à augmenter leur niveau de connaissances… Mais en même temps, quel niveau de connaissances ? Elles ont parié sur le créneau… sciences dures, si on peut dire. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Nous évoquons également au cours de cet entretien, le rapport de Philippe Charrier (Charrier, 2011) qui met en avant les modifications dans le recrutement des sages-femmes.

> « Donc en fait, ce qui ressort c'est que, d'après Philippe Charrier, c'est que le recrutement sociologique des sages-femmes depuis les années 1980, est un recrutement complètement différent. C'est-à-dire que, avant les années 1980, les sages-femmes étaient recrutées dans les milieux artisans, commerçants, des milieux… classes populaires on peut dire, des milieux modestes, or maintenant c'est classe moyenne supérieure. […] Je me dis qu'effectivement y'a une autre couleur dans le milieu sage-femme. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

L'évolution de l'origine sociale des futures sages-femmes, qui pourrait être un facteur de progression des revendications salariales et déontologiques, serait donc antécédente à la mise en place de l'entrée par la première année de médecine. Cependant, c'est cette réforme qui est

[142] Le doppler est un instrument d'imagerie médicale permettant d'étudier le débit du sang dans les artères et les veines, donnant ainsi des renseignements sur ses conditions d'écoulement et la bonne irrigation des organes.
[143] Le monitoring fœtal permet de réaliser un enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF) par cardiotocographie.

le plus souvent identifiée lors des entretiens, comme étant la cause d'une mutation de la profession vers un raisonnement et un positionnement de plus en plus médical.

Les particularités de la formation française.

Aurélie a fait le choix de se former en Belgique car elle ne se sentait pas capable de faire la première année de médecine.[144] Pour elle, le recrutement par le PCEM1 amène des élèves à choisir cette filière par défaut et empêche d'autres d'y accéder malgré leur motivation.

> « Ok, elles se sont battues [pour obtenir la première année de médecine afin de revaloriser la formation], maintenant c'est mieux reconnu… Mais bon, le problème c'est que y'en a plein qui font sage-femme parce qu'elles n'ont pas eu médecine au bout de la deuxième année et y'en a plein comme moi qui ont jamais réussi médecine et qui pourraient pas être sage-femme donc après… » (Entretien avec Aurélie, étudiante sage-femme.)

Pour Blandine ce choix « par défaut » se ressent dans la pratique des professionnels plus enclins à la médicalisation.

> « Depuis ce recrutement par le PCEM1, mais y'a beaucoup de médecins frustrés quoi, qui n'ont pas réussi le concours et qui par défaut choisissent sage-femme. Et je trouve que ça se ressent dans leur pratique après hein. » (Entretien avec Blandine, sage-femme de PMI.)

Anne partage cet avis.

> « Nadia : – Avec les inscriptions en médecine, les gens qui arrivent en sage-femme y'en a quand même une majorité, très heureux après d'être en sage-femme, mais qui au départ ne voulait pas être sage-femme, voulait être médecin… […] Ce qui n'empêche qu'on peut très bien, enfin c'est… Ça peut faire de très bonnes sages-femmes et…
> Anne : – Y'a quand même pas mal de frustrées… » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale et Nadia, étudiante sage-femme.)

Pauline se souvient, lors de son entrée à l'école de sage-femme, du discours de la directrice,

[144] La France est le seul pays en Europe où les études de sages-femmes durent 5 ans et exigent l'obtention de la première année de médecine. De plus il est un des rare à ne pas proposer pas d'accès à la formation aux diplômés en soins infirmiers. Cf., *Etudes des régulateurs européens de sages-femmes*, 2ème édition, février 2010, Ordre des sages-femmes.

« Elle disait, “vous êtes ici dans un cursus à part entière…, vous n’êtes pas là…” Elle le disait bien, “en, en dénigrement et en frustration…”. Je trouvais qu’elle insistait beaucoup là-dessus et je ne comprenais pas pourquoi elle disait ça et après oui. [...] Dans notre promo, on était quand même beaucoup à avoir fait médecine avant… » (Entretien avec Pauline, sage-femme libérale.)

Karine a également accédé à la formation par concours après le baccalauréat et se souvient que, à l’époque déjà, la plupart des élèves de sa promotion avaient tenté médecine avant de s’orienter vers la formation de sage-femme. Son point de vue vient nuancer ceux récoltés majoritairement.

« Moi : Et toi, tu penses que le fait de devoir passer par médecine, ça change quelque chose dans le recrutement des sages-femmes ?
Karine : Heu… Franchement, je ne crois pas. Pour te dire une chose, on était vingt dans ma classe de sages-femmes… Et il y en avait dix-huit qui avaient raté médecine…Tu vois… On était deux à sortir du bac. […] Ils avaient la démarche de, ils allaient passer le concours de sage-femme, mais là ils ont la démarche de mettre ça en premier choix… […] Donc heu… Je… Moi franchement, je n’ai pas l’impression que ça change grand-chose. » (Entretien avec Karine, enseignante sage-femme.)

Karine est aujourd’hui enseignante. Aujourd’hui, parmi les élèves qu’elle forme, elle précise que beaucoup inscrivent en premier choix d’orientation, dès la première année de médecine, la formation de sage-femme. De plus, la découverte du métier, par ceux dont ce n’était pas le premier choix, serait souvent décisive dans un engagement à long terme dans cette voie.

« Maintenant je suis enseignante à l’école, ben, on en a quand même heu, je dirais un bon quart… Même un bon tiers, facile, un bon tiers, pour qui c’était le premier choix depuis le début. Donc heu… Je dirais que c’est un tiers qui voulait faire sage-femme et qui ont fait médecine pour s’inscrire en sage-femme, un autre tiers, qui, heu, savait pas trop et voilà et un autre tiers qui est vraiment déçu et qui voulait faire médecine. Mais dans ce dernier tiers, t’as ceux qui supportent pas, c’est-à-dire tu en as un ou deux qui abandonnent, en disant non, c’est vraiment pas mon truc et le reste qui découvre. En disant, ben, je ne connaissais pas mais en fait c’est vachement bien et maintenant, on aurait le choix, on choisirait direct sage-femme. » (Entretien avec Karine, enseignante sage-femme.)

Effectivement, la possibilité d’inscrire ses choix dès l’inscription en première année, modifie quelque peu les orientations, puisque désormais, les choix des élèves sont pris en compte parallèlement aux résultats obtenus, ce qui n’était pas le cas il y a quelques années. C’est ce que m’explique Élisa.

« Je vais aller en sage-femme et je vais leurs montrer que je peux très bien, je peux très bien être très heureuse en sage-femme et heu, prouver que ce métier-là, ce n'est pas un sous-métier parce que c'est pareil aussi hein, quand on dit, je vais faire médecine et qu'on est pris en sage-femme, heu, les parents ils font "Oh…ben t'es prise en sage-femme…oh…" […] C'est vrai que, à mon époque c'était ça. C'est-à-dire que les premiers classés c'était médecine, puis dentaire, puis sage-femme. Mais là, y'a eu la réforme l'année dernière et heu… Je ne m'y connais pas trop hein, mais je crois que ça c'est modulé et qu'en fait maintenant les gens choisissent, heu deux options. Genre, ils choisissent par exemple, heu dentaire ou sage-femme et en fonction des notes qu'ils vont avoir… Ça crée des moyennes et on est plus dans cette…, je crois… On est plus trop dans cette idée de, les meilleurs sont classés médecine, les moyens, dentaire et les nuls, sage-femme. » (entretien Élisa, sage-femme libérale.)

Élisa quant à elle trouve dommage qu'une catégorie de femmes, plus mûres, qui pourraient faire le choix de cette profession après leurs expériences d'accouchements, en soit éloignée par le passage obligé en première année de médecine, alors qu'elles pourraient en avoir les capacités. Ce sont ces femmes selon elle, qui se dirigent, lors d'une reconversion, vers les activités de doulas ou de conseillères (exemple : La Leche League).

« Ils ont voulu intégrer sage-femme dans la formation médecine pour justement lui donner une valorisation à ce métier et je crois que ça… Ça ne marche pas hein, ça ne marche pas du tout. Et puis malheureusement, y'a des femmes aussi, heu, qui voudraient faire sage-femme après un second métier, enfin en, en reconversion professionnelle et qui ne le font pas parce qu'il y a passage par médecine. Parce que, ben quand tu as trois enfants à la maison, tu ne refais pas la première année de médecine pour être sage-femme. Alors que, une femme de quarante ans qui a ses trois gamins, elle va tenter le concours d'infirmière pour devenir infirmière. Tu vois ce que je veux dire ? À l'époque, l'entrée pour la formation de sage-femme c'était sur concours. Donc sur vocation, heu, tardive, n'importe quelle femme pouvait tenter le concours et être reçue… Qu'elle est dix-huit ou quarante ans, quoi. Et moi j'en ai beaucoup qui, heu, après un premier, un deuxième accouchement, y' a eu une révélation, "Oh, c'est ce métier là que j'veux faire", ben ouais, mais quand elle regarde le cursus heu, ben non… Une année de fac de médecine, heu, ben non, ça le fait pas quoi… C'est dommage. Et donc, y'a l'apparition du métier de doula. […] Ah ben c'est ça, les doulas c'est ça, c'est des femmes clairement qui voudraient être sages-femmes, mais qui ne font pas la première année de médecine, qui se disent "accompagnantes à la naissance", mais bon… C'est pas, c'est pas un métier quoi. » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

La place de la pratique dans la formation.

Aujourd'hui, la technicisation de l'enseignement, évolue parallèlement à la médicalisation de l'accouchement. Bien que les sages-femmes aient de tout temps demandé un temps d'études plus long et un contenu plus proche des sciences médicales que sociales et humaines, elles semblent être désormais en demande d'une humanisation des soins. C'est effectivement par la pratique et notamment des accouchements eutociques que les sages-femmes se forgent une expérience, un savoir-faire dans l'accompagnement de la physiologie.
Pour Françoise, un des changements le plus visible est le manque d'expérience acquis pendant les études.

> « On sortait, on avait de l'expérience. On avait beaucoup plus de pratique que celles de maintenant. J'ai fait beaucoup plus de pratique qu'Anne et Pauline, beaucoup plus. […] Ben oui, on en faisait tous les jours ! Tous les jours, voilà, ben comme je faisais mon travail. Donc quand on fait quelque chose tous les jours, bon ben… Tandis que, quand ils ont modifié les études en 1970, en 1972, heu, ben elles passaient leur temps à être en stages là, en stages là, là, partout, mais pas l'essentiel, alors. Mon mari, quand il a passé l'internat pour faire chirurgie et ben il était au bloc, il a appris son métier tous les jours, voilà. Ce qui est logique. Et moi je pensais que ça allait continuer comme ça avec la quatrième année, et bien je m'étais trompée. Et la cinquième année, c'est encore moins comme ça. Voilà, c'est tout… Mais… Moi je pense que c'est voulu hein. Ça c'est encore des mascarades. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Le temps consacré à la pratique selon Françoise n'aurait donc pas augmenté au profit de l'enseignement théorique, malgré l'allongement du temps des études. De plus, la médicalisation de la naissance a nettement diminué le nombre d'accouchements physiologiques au sein des maternités et particulièrement des CHU dans lesquels sont formées les futures sages-femmes.

> « Moi quand j'ai fait mes études à Bordeaux […] Y'avait cette notion d'accompagnement. Parce que, quand on prenait une femme, on était quatre, quatre ou cinq de garde en même temps, en salle d'accouchement. Quand on prenait une femme en charge, qu'elle arrivait en travail, on ne la quittait que lorsqu'elle avait accouchée. […] À Bordeaux, à l'époque où j'ai fais mes études, on faisait une nuit en salle d'accouchement, le lendemain on se reposait, le lendemain on refaisait en salle d'accouchement et le jour suivant en suite de couches. Donc on avait cette continuité, pour connaître les gens. […] Et après, dans la division du service, on était responsable de quatre chambres, c'est tout, pas plus. Comme ça, on connaissait bien les femmes. […] Et donc à l'époque y'avait que trois ans. [...] Mais moi je suis déçue, parce que finalement la quatrième année... Moi je croyais que la quatrième année, elles feraient des accouchements toute la journée, tu parles… Elles passent leur

> temps à voyager aux quatre coins de France. Moi j'ai des étudiantes qui venaient en stage, ça faisait six mois qu'elles n'avaient pas vu, ni fait un accouchement, ça, ça nous est jamais arrivé pendant nos études. […] Et on faisait le même nombre d'heures, 5 200 heures, que les dentistes, qui eux faisaient à l'époque en cinq ans. Nous, on faisait 5 200 heures en trois ans. […] Parce qu'à l'hosto, nous on y était toute la journée hein. On faisait tout le boulot de l'hosto hein, y' avait pas de personnel hein, le personnel c'étaient les femmes qui faisaient le ménage et qui portaient les repas. Le reste, c'étaient les filles qui faisaient tout gratos… pour le CHU de Bordeaux. Maintenant elles sont payées, nous on payait. [Rires] On était internes. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Valérie qui pourtant a fait ses études dans les années 1980, fait une analyse similaire sur le temps de travail des étudiant(e)s sages-femmes dans le service de la maternité.

> « Parce que faut pas se leurrer quand même, les élèves sages-femmes font beaucoup de ce que pourraient faire d'autres personnes quand même hein. Elles sont encadrées par les sages-femmes, les médecins et compagnie mais enfin heu…Pff… Enfin en tout cas de mon temps… On faisait tourner la boîte hein !... Quand même hein… […] Oui… On n'était pas payées et on faisait tourner la boîte, je trouvais ça un peu… Avec du recul je me rends compte que… Quand même heu, au niveau de l'hôpital, ils n'auraient pas eu d'élèves heu… Les filles, il aurait fallu qu'elles bossent hein, un peu plus. » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

Pour Valérie comme pour Karine (qui sont de la génération suivant celle de Françoise), les stages, plus nombreux depuis que le temps des études a augmenté, permettent aux étudiant(e)s d'élargir leur regard sur la pratique au-delà du cadre médicalisé du CHU, notamment dans des maternités de niveau 1 ou auprès de sages-femmes libérales dont l'exercice est peu abordé pendant la formation, bien qu'elles représentent aujourd'hui près de 20 % de la profession et dont le champ des compétences tend à s'élargir.

> « Elles font quatre années et maintenant elles ont la possibilité d'aller voir, de faire des stages à l'extérieur et notamment chez des sages-femmes libérales, je pense que ça leurs donne un autre regard. » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

Reconnaissance et application des compétences cliniques.

Incontestablement, ce n'est pas tant le temps des études qui paraît faire l'objet d'une remise en question mais bien le contenu et l'issue de celles-ci. Ce que regrettent avant tout les plus anciennes, c'est que les revendications des sages-femmes n'aboutissent pas à une

reconnaissance sincère de leurs compétences et donc de leur légitimité au-delà d'un simple titre ou statut socioprofessionnel.

> « Alors maintenant, les sages-femmes se battent pour avoir un doctorat, ce n'est pas parce qu'on sera docteur qu'on sera… Pff, si faut être docteur pour être reconnu dans ce pays… Ben dis donc… Moi ça m'attriste hein… Vraiment ça m'attriste hein. Ça changera quoi ?… Rien du tout, rien du tout. Moi ce qui compte, c'est les résultats en périnatalité et ils vont en se dégradant alors… Je comprends plus. […] Oui… Et en écrasant la profession de sage-femme, c'est toute une vision de la naissance qu'on… qu'on casse. Complètement. Parce que je pense que les sages-femmes, si on les avait laissées, elles seraient restées dans cette physiologie… Je pense hein. Mais il a fallu casser quelque chose pour toujours dominer. Donc après, la technologie, c'est comme maintenant, en Afrique, au Maroc tout ça, les sages-femmes se sont des techniciennes, elles te font des épisios systématiques, elles te font des perfusions en débit libre, tout, mais finalement elles sont contentes, elles font des gestes techniques. Parce que ça a plus de valeur que d'accompagner, de passer du temps à accompagner quelqu'un, voilà… parce que ça, ce n'est pas mesurable, ce n'est pas quantifiable, c'est tout hein. Si c'est plus honorant finalement de couper quelqu'un pour recoudre… Y'en a qui sont bons couturiers, d'autres qui sont mauvais couturiers. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Ce qui ressort principalement des discussions avec les sages-femmes concernant la formation actuelle, c'est qu'elle les forme avant tout à la surveillance et à l'accompagnement des accouchements dirigés médicalement. Les étudiant(e)s n'ont que peu de connaissances sur l'histoire de la profession, sur l'évolution des conditions de la naissance et n'abordent l'approche des sages-femmes libérales que si elles en font le choix pendant leurs périodes de stages. Au sortir de leurs études, une majorité travaille dans une structure et fait évoluer sa pratique dans le cadre des protocoles. Les jeunes diplômé(e)s ont pour beaucoup, le sentiment de manquer d'expérience dans la pratique des accouchements non dirigés. Très peu souhaitent ou se sentent prêtes à investir leur rôle d'une toute autre façon, que ce soit en milieu hospitalier ou pour se lancer dans une pratique d'accompagnement global en tant que libérale.

Karine, qui est enseignante, compare les choix d'orientation exprimés par ses élèves en début et en fin de cursus. Ils sont sans équivoque. Lorsque les étudiants sont interrogés sur leur choix d'orientation professionnelle en fin d'études, la grande majorité évoque l'idée de travailler en maternité de type 3.

> « En début de M1, quand on avait dit, les parcours professionnalisant, qu'est-ce que vous voulez, on en avait un tiers libéral, un tiers type 1, un tiers type 3 CHU, et arrivé pour choisir en début de M2,

on avait 98 % type 3 et une en libéral. Parce qu'ils prennent peur, on leur apprend la peur. » (Entretien avec Karine, enseignante sage-femme.)

Pour Nadia, qui était encore étudiante lors de notre entretien, le plus attrayant pour les jeunes sages-femmes c'est la technique, l'urgence, les responsabilités.

« Je pense que les 90 % des filles sortent en se disant, je vais aller au bloc d'accouchement. Parce que c'est là que c'est le plus technique…
Anne : – …Le plus stressant…
Nadia : – …Oui c'est ça, mais aussi parce que c'est là qu'on a le plus de responsabilités.
Anne : – Ce n'est pas inculqué non plus d'emblée aux étudiantes que… ben voilà, vous pouvez tout, vous pouvez être sage-femme, d'emblée, en théorie on devrait sortir en se disant, ben oui je suis sage-femme, je peux faire des consultations… Bon ceci dit, même à l'époque de F., y'a quarante ans, elle dit bien que, bien qu'ayant vu sa mère fonctionner comme ça et elle avait idée d'un jour le faire, elle avait d'abord voulu aller travailler un peu dans des hôpitaux pour compléter sa pratique. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale et Nadia, étudiante sage-femme.)

Blandine nuance ce point de vue en précisant qu'au-delà de l'aspect technique, c'est pour elle, l'événement même de l'accouchement qui attire toute jeune sage-femme.

« Je pense que les jeunes sages-femmes iront en salle, parce que la technique, quand on sort de l'école, on a envie d'en faire hein. Un accouchement, c'est vrai que c'est super hein, enfin c'est vrai que moi, j'adorais ça aussi hein, l'adrénaline de l'accouchement… Heu… Voilà et puis c'est vrai qu'au bout d'un moment, on se dit, oui, mais il y a peut-être autre chose dans le métier de sage-femme. » (Entretien avec Blandine, sage-femme de PMI.)

Les plus anciennes souhaitent au contraire se défaire des cadres imposés par la formation qu'elles jugent trop protocolaires.

« Alors c'est sur le temps, pendant mes quatre ans d'études j'étais hyper conditionnée, par les protocoles… Ça je n'en veux plus moi. Parfois je m'y plie parce que je n'ai pas le choix… Et, et c'est ce qui a fait que j'ai choisi de faire des accouchements à la maison aussi, c'est pour avoir la liberté de choisir comment j'allais travailler… Et la liberté d'entendre ce que la patiente me demandait. En maternité, t'as plein de collègues qui font des efforts pour entendre ça mais elles sont prises dans le système, elles ont obligation de suivre les protocoles. Donc heu, elles font un peu à leur sauce quand elles peuvent, mais heu… Elles sont quand même obligées. » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

Formation et pratique libérale.

Pour certaines sages-femmes, une pratique de longue durée en structure ne facilite pas toujours la démarche d'installation en libéral.
Lisiane s'est installée en tant que libérale depuis quelques années. Elle ne propose pour l'instant que le suivi de grossesse. Elle explique les difficultés qu'elle a rencontrées, dans les premiers temps, dans le suivi des débuts de grossesses.

> « À l'hôpital, on ne faisait que des consultations du huitième et du neuvième mois. Donc, ce qui m'a fait très drôle quand j'ai commencé… Je ne savais plus faire les touchers vaginaux, enfin… Ben si, mais moi, mes touchers vaginaux c'était sur des femmes qui étaient sur le point d'accoucher quoi. Et donc là, heu, panique à bord. [...] C'était vraiment ça. C'est-à-dire que, on est tellement habitué à sentir une présentation qui s'appuie, un col qui commence à s'ouvrir, qui est souple, tout ça, que mes doigts ne connaissaient pas le toucher de début de grossesse, avant cinq mois, et donc j'ai vraiment été perturbée. Et heu, en un clin d'œil, à deux reprises, j'ai envoyé des femmes faire des échographies de col. Parce que… j'avais peur, je me disais… Mais, mais c'est ouvert là ? [Rires] Et puis après… Ben maintenant c'est bon quoi. Je reconnais un col quand y' a pas de présentation qui s'appuie derrière quoi.
> Moi : Et quand on sort de la formation…, enfin, à l'école, on ne voit pas ça non plus, vous n'aviez pas de souvenirs ?
> Lisiane : Non, non. C'est-à-dire que nous, à l'époque, notre profession c'était de faire des consultations à partir du sixième mois. Nous, on était concerné par les femmes enceintes à partir de six mois… De l'accouchement et après du bébé jusqu'à un an. Donc ben… Ben non, j'avais pas fait de toucher vaginaux avant six mois. » (Entretien avec Lisiane, sage-femme libérale.)

Anne se souvient d'avoir suivi une formation continue sur le suivi gynécologique. À cette occasion elle a rencontré des sages-femmes hospitalières qui souhaitaient se former pour s'installer en libéral. Elle dit avoir senti la plupart « apeurées » à l'idée d'être « responsables » du suivi de la grossesse et aucune prête à s'investir dans la pratique des accouchements.

> « En tant que professionnelles, les professionnelles elles-mêmes ne sont pas prêtes à proposer autre chose ! Elles ne sont pas formées non plus. C'est-à-dire qu'elles sont formées à appliquer, heu, je travaille en niveau 1, niveau 2, niveau 3, avec heu machin, avec l'assurance de tout ça et puis d'un seul coup leur réapprendre la physiologie, l'accouchement eutocique sans faire de multiples trucs, heu, se laisser des délais d'attentes par exemple, elles sont terrorisées, elles n'osent plus ! Elles osent plus… Donc c'est aussi aller former déjà à la source… » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Pauline partage l'idée que la formation, telle qu'elle l'a connue et encore plus telle qu'elle est aujourd'hui, ne prépare pas les futures praticiennes à la pratique libérale.

> « Je trouve qu'on est quand même assez formée pour être sage-femme hospitalière et que tout ce côté libérale, pff, y'a plein de choses qu'on ne sait pas. Moi, c'est ce que je dis à F., c'est parce que je l'ai rencontrée qu'il y a eu des choses qui, petit à petit, à force de l'entendre de tout ce qu'elle raconte, aussi bien heu, bon, mais au début heu c'était, pff… [...] Et mais encore plus maintenant ! Encore plus maintenant. Les jeunes, elles n'ont aucune idée de tout ça, aucune idée. » (Entretien avec Pauline, sage-femme libérale.)

Formation et « formatage ».

Une grande partie des sages-femmes interrogées partagent le sentiment d'avoir été fortement « conditionnées », « formatées » pendant leurs études à une vision unique de la pratique.

> « Moi j'étais vraiment, j'étais un bon petit soldat tu sais, hein, je faisais ce qu'on me disait, heu… Moi, je ne m'étais pas posée la question, s'il y avait d'autres façons de faire et tout hein, pour moi c'était comme ça. [...] Moi j'étais dans la phase il faut dire, fin des années 1980… On est quand même dans les 90 % de péri, 90 % de déclenchement, enfin j'exagère un peu, mais c'était ça quoi. Donc heu, on mettait…, on commençait par mettre les péridurales hein, faut dire ce qui est. À Paris, on était dans une étape, donc entre 1987 et 1990, on convoquait les femmes à 38 semaines et 3 jours, on commençait par mettre les péridurales, ensuite on mettait le Synthocinon et ensuite on attendait que ça passe. Et au bout de… 20 h, on passait au bloc parce que ça passait pas quoi. […] C'était quand même extraordinairement mécanisé. Et on pensait bien faire, hein ! Parce que, enfin, elles n'avaient plus mal quoi… » (Entretien avec Karine, sage-femme libérale.)

La systématisation de certains actes médicaux est transmise aux élèves tant dans la formation théorique que pratique.

> « T'as certaines sages-femmes qui sont encore, parce qu'on a malheureusement toutes appris à accompagner les femmes sur le dos… Parce que, ça nous a été transmis comme ça, depuis le XVIII^e^, XIX^e^ siècle par les médecins qui avaient pris l'emprise sur les femmes qui accouchaient. […] Position gynéco, on surveille, on est là, on surveille le périnée, on ne s'occupe pas de la femme, on ne se pose pas la question de savoir si elle a mal, si elle a pas mal… Je suis le maître, je fais. Tu vois, c'est ça ! C'est exactement ça ! Donc t'as quand même certaines sages-femmes qui vont être mal à l'aise. Au bout d'un moment, quand elles perdent un peu leurs repères… qui peuvent être mal à l'aise. » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

Les sages-femmes qui, au sein de leur service, se permettent de prendre des initiatives personnelles sont rapidement critiquées et mises en doute.

> « Moi, j'ai été formée aux épisiotomies quand elles étaient utiles, hein, juste celles qui sont venues après, épisiotomies systématiques et puis elles ont continué, épisios systématiques, tout le monde était content, très bien… Moi j'ai toujours continué en fonction du cas, et puis c'est tout. Et je n'ai jamais publié dans le *Quotidien du médecin*... ! À l'époque, si je m'étais permise de dire, vous savez, je n'en fais pas beaucoup, "Ah ! Ben les périnées ! Les dégâts, les incontinences !..." Gnagnagni, gnagnagna, on me serait tombé dessus !... Quand l'obstétricien a dit aux sages-femmes, "Moi j'exige ici que les épisios soient systématiques !", et bien les sages-femmes, elles ont fait les épisios systématiques ! Alors moi, je passais pour une rebelle, mais je ne suis pas une rebelle, je suis dans le bon sens. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

L'expérience personnelle.

Valérie met en cause également son manque d'expérience personnelle en tant que femme dans les débuts de sa pratique.

> « Donc en fait heu, je suis rentrée, je venais juste d'avoir 18 ans, je suis sortie de sage-femme à 21 ans, c'est… C'est nul ! [rires] C'est d'une immaturité, au niveau expériences de vie… Mais que dalle ! Que dalle ! » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

Son point de vue, tout comme celui de Dominique qui juge les stagiaires qu'elle reçoit « trop jeunes » pour « accompagner pleinement les femmes dans l'expérience de l'accouchement », rappelle les qualités recherchées par les femmes d'autrefois dans l'élection des matrones. Le profil type était en effet, avant l'arrivée des jeunes sages-femmes diplômées, celui d'une femme ayant déjà accouché de nombreuses fois, l'expérience de vie donnant du crédit à l'accompagnement.

> « Alors quand on sort de l'école, voilà, comme je disais, on est vachement formaté, on n'a pas forcément l'expérience, on n'a pas forcément toutes des enfants, quand on est sage-femme, qu'on sort de l'école… Du coup, je pense que c'est toujours un peu plus difficile de se… Ce n'est pas de se mettre à la place, mais c'est de pouvoir entendre des choses et de trouver des solutions. » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

Blandine quant à elle, malgré de longues années d'expérience d'accouchements en tant qu'hospitalière et une assurance certaine dans sa pratique, continue à dire à ses patientes pour

les mettre en confiance, qu'elle a elle-même accouché plusieurs fois, alors qu'elle n'a pas d'enfants.

Dominique reconnaît que pendant longtemps elle a vu d'un mauvais œil la pratique de l'accouchement à domicile et comprend la réticence des jeunes sages-femmes de sortir du cadre de l'accouchement en structure.

> « À l'époque où je travaillais dans les structures comme ça, que j'entendais qu'il y avait des collègues qui faisaient des accouchements à la maison, que j'étais encore bien conditionnée par l'école, ben je me disais, mais elles sont folles les filles, il va leur arriver un truc, c'est pas possible, comment on peut faire un truc pareil ? Et quand j'y suis venue, moi, je me suis dis, mais purée, comment j'ai pu entrer si facilement dans le moule ? » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

Toutefois elle constate de la part de certain(e)s, une ouverture d'esprit prompte à faire évoluer les pratiques.

> « Et puis de plus en plus, on a de jeunes sages-femmes hospitalières qui s'ouvrent vers l'accouchement à domicile quand même. Et qui comprennent quand une patiente leur montre un projet de naissance à la maison, qui comprennent qu'elles aient envie de faire ça. » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

La rencontre avec l'accompagnement global.

Anne évoque la diversité des pratiques chez les sages-femmes malgré la similitude des enseignements reçus. Au-delà de la volonté d'évoluer autrement dans la pratique, la rencontre avec une sage-femme libérale ayant une longue expérience de l'accompagnement global a été pour Anne, comme pour beaucoup d'autres sages-femmes pratiquant ainsi aujourd'hui, prépondérante dans ses choix.

> « Pour se rendre compte dans les études qu'on était pas tous motivés par les mêmes choses. [Rires] Ça c'est frappant, c'est tout de même incroyable, de se dire qu'on a fait le même cursus et qu'il s'en dégage des pratiques si différentes après. Et donc après, ben rencontrant Françoise, c'est vrai que… Ces lectures là me montraient déjà qu'on pouvait accoucher autrement que ce qu'on nous montrait dans nos stages. […] Et puis après, ben de voir Françoise fonctionner comme ça… Je me dis, y'a quand même une évidence de cet, heu… de cet accompagnement quoi. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Élisa, quant à elle, a choisi, ce qui semble être plutôt rare, d'exercer le suivi global dès la sortie de l'école.

> « Les études sont très, très, très carrées, hein, on nous fait voir qu'une vision de la chose et en fait je pense que j'ai un caractère qui va pas du tout avec tout ça, donc ça m'a donné encore plus l'envie d'aller voir à l'autre heu, à l'autre extrême si on peut dire. » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

Son orientation professionnelle s'est affirmée grâce au soutien de Sophie, qui pratique l'accompagnement global depuis près de trente ans, qui lui a permis de l'accompagner lors d'accouchements à domicile.
Sophie, qui elle-même avait bénéficié d'une forme de compagnonnage de la part de Françoise, a transmis son savoir à son tour à des sages-femmes qui souhaitaient pratiquer l'accompagnement global, comme Dominique ou Élisa, avec le souhait de préserver une connaissance de la physiologie et un savoir-faire propre aux sages-femmes.

> « C'est dommage que les jeunes soient aussi formatées à la pratique hospitalière, alors que le métier c'est quand même la physiologie. » (Entretien avec Sophie, sage-femme libérale.)

Sophie, qui reçoit régulièrement des étudiantes en stage, me confirme l'interdiction posée par certaines écoles de participer à des accouchements à domicile :

> « Moi, j'ai eu une étudiante de Baudelocque, on lui avait interdit d'assister à un accouchement à la maison, des fois que, il y aurait quelque chose, heu, elle serait complice et tout donc on lui a interdit, bon. Elle est quand même venue, parce qu'il y a eu une naissance et c'était aussi un peu son but, du coup elle est venue et je lui ai dit, ben tu n'es pas obligée de dire que tu as vu un accouchement à la maison, et voilà, mais oui, c'est interdit. » (Entretien avec Sophie, sage-femme libérale.)

Nadia en dernière année d'études de sage-femme, s'est intéressée de près à l'accompagnement global. En effet, elle aimerait en faire sa pratique car elle « ne se voit pas travailler à vie dans un hôpital ». Cependant, elle considère au vue de sa formation, qu'elle manque d'expérience pour s'installer en libéral, pour faire du suivi de grossesse et d'autant plus pour pratiquer seule des accouchements. Elle souhaiterait que soit proposé une forme de « marrainage » pour les jeunes sages-femmes désirant s'installer en tant que libérale.

> « De la même façon que dans les structures hospitalières, où effectivement quand une sage-femme vient d'être diplômée et commence, elle est pas laissée toute seule, on fait en sorte qu'elles ne soient

pas à la même garde, deux ou trois diplômées qui ont, qui viennent de sortir, qu'il y ait toujours une ancienne qui est là depuis 20 ans qui va pouvoir leurs expliquer. » (Entretien avec Nadia, étudiante sage-femme)

En ce qui concerne la pratique du suivi global, le principal obstacle qu'elle identifie, est le nombre extrêmement restreint de sages-femmes étant en mesure de proposer un tel accompagnement.

« Ça serait le rêve hein… Si moi on me disait, Nadia, là y'a deux sages-femmes qui travaillent, elles cherchent une troisième, heu… Et que j'avais l'assurance qu'une soit là, en consultation les mêmes jours si jamais j'avais une question… Ou que même si je fais un accouchement toute seule, j'arrive sur un plateau technique où je sais que je serais épaulée et qu'on ne me dira pas, "t'es mignonne, t'as un plateau technique, t'es libérale, tu te débrouilles toute seule", moi je foncerais ! Parce que c'est passionnant et que j'adore ça… Or ce n'est pas le cas hein… J'ai une amie qui a eu une proposition suite à un stage dans une maison de naissance en Suisse et la sage-femme est toute seule, elle cherche quelqu'un… Elle l'a vue en stage, elle a vu que c'était une fille qui réfléchissait, qui était compétente et qui gérait bien son truc, du coup elle lui a proposé de bosser. Mais la sage-femme était bien consciente en disant "tu sors de ton diplôme, t'es compétente mais voilà, t'as besoin d'accompagnement, moi je te propose que tu viennes travailler avec moi mais que pendant les quatre, cinq premières années, tu me réveilles jour et nuit si y'a besoin." » (Entretien avec Nadia, étudiante sage-femme.)

Pour ce qui est des études, « la meilleure formation » pour Nadia qui étudie en Belgique, « serait un melting-pot des deux ».

« Parce que c'est vrai, nous on manque beaucoup de pratique mais je pense qu'en France, elles manquent beaucoup de, de réflexion sur tout ce qui est la grossesse normale, tout ce qui est accompagnement. » (Entretien avec Nadia., étudiante sage-femme.)

Formation et accompagnement de la douleur.

Pour Aurélie le système hospitalier Belge est plus adapté que le système français à l'accompagnement physiologique et les sages-femmes sont globalement plus patientes avec les femmes qui ne souhaitent pas d'analgésie.

« Globalement quand même en Belgique les sages-femmes sont mieux formées à suivre la physiologie, à accompagner les femmes dans la douleur, à accompagner celles qui ne veulent pas de

> péridurale, les mettre dans le bain heu… En France déjà y'avait pas de baignoire. Alors moi j'ai trouvé ça dingue, enfin moi en Belgique j'ai jamais vu un seul hôpital où y'a pas de baignoire, enfin c'est vraiment le truc où on les met tout le temps. [...] La plupart sont super stressées en fait et je trouve que les françaises, qui sont formées en France elles cherchent, elles ont une patiente, elles cherchent la pathologie direct et voilà quoi elles mettent une perf, elles mettent tous les trucs, elles la branchent partout et en fait elles pensent, je pense qu'elles ne pensent même pas à se dire, comment est-ce qu'elle veut vivre cette naissance ?… » (Entretien avec Aurélie, étudiante sage-femme.)

La plus-value de la formation française pour Aurélie, réside dans l'élargissement de leur mode d'exercice[145], comme par exemple les droits de prescription supplémentaire pour les sages-femmes françaises[146], mais elle note que la valorisation se fait au détriment d'un savoir-faire propre à l'accompagnement. Elle évoque à ce sujet une conversation houleuse, lors d'un stage dans une clinique en France entre une ancienne sage-femme et un jeune homme tout juste diplômé. La sage-femme n'ayant pas connu l'obligation de faire la première année de médecine, défendait, contrairement à son interlocuteur, l'idée que cette année supplémentaire n'était pas indispensable. Aurélie voulant appuyer le point de vue de cette sage-femme évoqua la formation belge plus axée sur la physiologie.

> « Je lui disais, bon, mais est-ce que vous avez des cours par exemple, sur les positions, pour l'accouchement tout ça ? Et il me dit fièrement : "Oui, oui, on a." Et juste à ce moment-là il venait de mettre une péri à une dame qui était dilatée à même pas deux doigts, pff, enfin bon… J'ai dit ok. » (Entretien avec Aurélie, étudiante sage-femme.)

Pour Josiane et Karine qui ont toutes les deux une longue expérience de l'hôpital, le point faible de la formation réside également dans l'absence de réflexion autour de la douleur et des méthodes autres que la péridurale pour la soulager.

[145] En Belgique, les possibilités de prescriptions des sages-femmes sont moindres qu'en France et la profession est désignée comme paramédicale.

[146] L'entretien avec Aurélie s'est déroulé en 2013. A cette période, en Belgique, la prescription de médicaments était réservé aux médecins. Depuis Janvier 2014, une vingtaine de médicaments peuvent être prescrit pendant la grossesse ou administrés pendant le travail de l'accouchement par les sages-femmes. Cf. « Arrêté royal du 15 décembre 2013 fixant la liste des prescriptions médicamenteuses pouvant être rédigés de manière autonome par les sages-femmes dans le cadre du suivi de la grossesse normale, de la pratique des accouchements eutociques et des soins aux nouveau-nés bien-portant dans ou en dehors d'un hôpital ». En France, une première liste de médicaments a été établie par un arrêté ministériel du 4 octobre 1971 (modifié par les arrêtés du 15 janvier 1973 et du 10 décembre 1974), puis par un arrêté du 17 octobre 1983. Par la suite, cette liste a été actualisé par l'arrêté du 12 octobre 2011, puis modifié par l'arrêté du 4 février 2013. Cette liste est un peu plus importante que dans la législation belge et est complétée par la prescription de vaccins, de contraceptifs et la possibilité de délivrer des arrêts de travail.

Josiane insiste sur le fait que l'attitude algique de certaines patientes peut être l'expression d'une souffrance intériorisée.

> « Mais là aussi, on ne nous a pas appris des choses, on ne nous a jamais appris que parfois, les femmes… Et ça je, parfois les femmes manifestaient leurs douleurs… Pour taire une souffrance. Et je pense aux histoires de viols, aux histoires de tout ça… Et ça, on ne nous l'a pas appris. Parce que parfois on ne comprenait pas… Pourquoi une telle douleur ? Et la douleur c'était peut-être pas la douleur de l'accouchement… C'était la douleur d'autre chose. [...] On est dans une espèce de, de *stand by* par rapport la condition faite aux femmes, parce qu'on ne réfléchit pas trop quand même sur le pourquoi du comment. Bon ben alors de toute façon vous avez mal, allez hop, péridurale quoi. Mais qu'est-ce qu'on soulage, qu'est-ce qu'on veut soulager ? Je veux dire, est-ce qu'on a interrogé la souffrance ? Est-ce qu'on a interrogé la douleur ? C'est ça la question. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Karine relève le fait que les jeunes sages-femmes ont à cœur de soulager à tout prix les douleurs de l'accouchement sans avoir connaissance, ni au travers de leurs enseignements, ni au travers de leurs expériences personnelles, de l'impact que peut avoir sur le vécu de la parturiente qui en exprime le souhait, l'accomplissement d'un accouchement naturel.

> « Quand on n'a pas appris ou qu'on n'a pas vécu quelque chose qui montre à quel point… De respecter cette volonté-là chez la femme pour qui c'est vraiment important et qui, et de voir après pendant des mois, de voir leur épanouissement et ce que ça a changé dans leur vie, d'avoir réussi à arriver au bout de ce projet… […] Mais tu es sur l'immédiateté, tu te dis, là, elle va m'en vouloir parce que finalement, moi je suis là, j'ai, j'ai qu'à téléphoner pour qu'on la soulage et elle, elle hurle… Mais c'est normal quand, quand on t'a pas appris que la douleur c'était un symptôme et que ce n'était pas bon, je veux dire, c'est normal de vouloir soulager ça à court terme parce qu'on n'a pas appris qu'à long terme c'était une autre résonance. » (Entretien avec Karine, sage-femme enseignante.)

Ces propos font ici écho au témoignage de Pascaline (cf. carnet de terrain), qui, en exercice depuis quelques années seulement, a eu « la chance » d'être présente auprès d'une patiente à la maternité, qui a accouché très rapidement et sans aide de son deuxième enfant ; « c'était magique, c'était la première fois que je voyais une femme accoucher toute seule. J'aimerai pouvoir revivre ça tout le temps. »

Comme le souligne Karine, il est rare, dans le cadre d'une structure, de vivre ce type d'expérience, pourtant essentielle à l'établissement de la confiance à accorder au processus physiologique de l'accouchement. Ce serait là, pour elle, le rôle du corps enseignant.

« Ça dépend de la volonté des écoles. Et puis, ben, il faut semer des graines et puis après on sait de toute façon que chez certains ça va pousser et chez d'autres pas et puis y' en a certains qui auront besoin de commencer par faire de l'abattage en usine pour se sentir à l'aise et puis après qui auront envie d'autre chose. » (Entretien avec Karine, sage-femme enseignante.)

L'idée selon laquelle la formation est prioritairement axée sur la maîtrise des outils, des techniques de surveillance et de direction du travail de l'accouchement au détriment de l'accompagnement humain est souvent présente dans les entretiens. Cependant les sages-femmes les plus expérimentées mettent également en avant la place essentielle de la pratique, du développement du savoir empirique dans l'apprentissage du métier. Elles soulignent que leurs enseignements ont toujours intégré des savoirs scientifiques et techniques pointus indispensables à la surveillance, au diagnostic, à l'examen clinique des parturientes et à l'accompagnement de l'accouchement mais que ces compétences étaient jadis complétées par la pratique quotidienne d'accouchements physiologiques. Effectivement, comme le souligne Karine, bien que les professionnels en charge de l'enseignement des futures sages-femmes puissent guider au mieux leurs élèves dans l'accompagnement psychologique et émotionnel des patientes, il n'en demeure pas moins que si la pratique s'effectue auprès de 70 % de femmes sous péridurale au sein d'un service saturé, l'expérience des étudiants sera façonnée en conséquence.

2- L'expérience professionnelle.

Le facteur temps.

Les plus anciennes sages-femmes ont connu l'évolution de la profession en lien avec la médicalisation. Les protocoles de prévention des risques ont fait dévier l'accompagnement par la sage-femme vers la surveillance, source de sécurité avant tout médico-légale. L'accompagnement est resté, pour certaines, synonyme de temps et de disponibilité, donc incompatible avec les conditions de travail telles qu'elles ont été imposées par le regroupement des petites maternités en structures plus importantes.

Karine évoque sa première expérience en tant que jeune sage-femme dans une petite maternité. C'est auprès d'anciennes sages-femmes, et auprès des femmes, encore peu conditionnées par la médicalisation qu'elle considère avoir réellement appris l'art de l'obstétrique.

> « Donc quand je suis arrivée à P.… Là, c'est les femmes premièrement qui m'ont épatée, parce qu'elles arrivaient en disant "non, non, nous l'anesthésie on ne veut pas", donc on avait quoi… Même pas la moitié qui voulait une péridurale, alors qu'on avait des anesthésistes et tout hein. Donc ça c'était pour moi étonnant. Et puis les sages-femmes ! Qui avaient toujours bossé sans et puis qui travaillaient avec leurs mains, qui m'ont appris l'obstétrique… Et puis surtout du temps quoi ! C'était pareil hein, c'était le même temps, 24 h de garde, comme à Paris, sauf que là, ben heu, t'avais le temps de voir les gens, de les revoir, de les re-revoir, de commencer l'accouchement, de les renvoyer faire le tour, se balader pour que ça dilate tranquille, faire le tour du port à pied, revenir, heu… C'était une autre dimension. Et du coup, moi, quand j'ai quitté ce mois de garde là. […] Je me suis dis, ah, c'est pour ça que j'ai fait ça, ça y est je comprends. » (Entretien avec Karine, sage-femme enseignante.)

Beaucoup de sages-femmes se plaignent du temps que leur prend « la paperasse ». En effet, la modification de la gestion du temps, temps du travail pour les sages-femmes et du « travail » de l'accouchement pour les femmes, a modifié l'autonomie des sages-femmes et augmenté le temps de gestion administrative.

> « Il y a 20 ans... […] Elles étaient deux sages-femmes, sur 24 heures, heu comment dirais-je, elles étaient assez autonomes en salle d'accouchement, elles étaient pas envahies de multi trucs, donc elles avaient, heu une bonne autonomie, un bon respect en tant que sages-femmes. Et puis là, en 20 ans, elles sont passées de 2 000 à 4 500 [accouchements], c'était plus 24 heures, il fallait venir toutes les 12 heures, faire des choses très robotisées. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

En effet, les sages-femmes qui ont connu le passage des gardes de 24 heures aux gardes de 12 heures, expriment toutes cette impression de ne plus avoir eu le temps d'accompagner pleinement les femmes.

> « En plus on passait en garde de 12 heures… Donc là heu… Pff… C'était beaucoup moins bien. Les gardes de 12 heures, déjà ça ne me convenait pas vraiment, parce que je, on n'avait pas le temps de commencer qu'il fallait laisser les femmes en route et tout… […] Alors que tu vois, quand t'as 24 heures, tu quittes à 9 h. normalement le matin, mais c'est vrai que si la femme elle n'a pas accouché, quand t'as fait 24 heures, tu restes jusqu'à midi, heu, pour finir le boulot quoi. Tandis que là, 12 heures, tu quittes à 20 h. et tu dois être là à 8 h. le lendemain matin, tu… Ce n'est pas possible

quoi. Donc en fait, saucissonner le boulot c'était pas terrible. » (Entretien avec Karine, sage-femme enseignante.)

Pour un grand nombre de sages-femmes rencontrées, l'impression que le travail est « fragmenté », « morcelé » est exprimée et reflète une certaine évolution de la profession.

« Donc j'ai connu ce système là qui était intéressant parce que sur 24 heures, ça permettait soit de revoir les mêmes femmes qui revenaient, soit de les gérer sur plusieurs heures et ça c'est intéressant même pour la clinique, pour apprendre le métier, parce que là, faire des trucs morcelés pour apprendre la clinique c'est quand même moins évident. » (Entretien avec Pauline, sage-femme libérale.)

Pauline précise ici l'importance pour elle du facteur temps dans l'apprentissage clinique de la parturition.
L'organisation des naissances en milieu hospitalier exige une rigueur, une temporalité qui ont justifié la mise en place de pratiques médicales d'intervention pour déclencher, accélérer, contrôler le travail. Les protocoles, ayant pour but de protéger les professionnels de santé sujets à des pressions médico-légales croissantes, concernent également les techniques médicales visant à surveiller et rendre compte de l'évolution du travail de l'accouchement. La pratique des sages-femmes s'est vue « morcelée », par la multiplication de gestes techniques et de tâches administratives d'une part et par l'organisation du temps de travail pour répondre aux exigences du salariat, d'autre part.

L'organisation du travail des sages-femmes s'appuie sur une logique de rentabilité et d'efficacité au détriment d'un accompagnement réellement personnalisé.

« On n'est plus dans l'accompagnement. Le travail est fragmenté, un coup on est au bloc, un coup en suites de couches. Et puis y'a le dossier informatique. Et puis d'un coup le téléphone, et puis une autre femme qui arrive, et puis l'autre, machin, et puis on refait un dossier informatique, et puis voilà comment ça se passe hein. Puisqu'on veut des grosses structures... » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Compétences et activité.

En parallèle, les compétences de la sage-femme dans les textes ont augmenté, mais les possibilités de les appliquer en milieu hospitalier diminuent. Les plus grosses structures n'ont

pas toujours la possibilité de proposer un suivi sur la totalité de la grossesse ni même de préparation à la naissance. Pour les sages-femmes libérales, les moyens d'exercer l'accompagnement de la naissance sont limités.

Anne évoque le vécu de Françoise, qui a connu des changements radicaux tant dans la formation que dans les pratiques des sages-femmes.

> « Je lui dis c'est très intéressant déjà de voir, toi, comment tu voyais le métier, comment tu l'as connu par ta mère, comment il a été enseigné, comment il a été exercé, comment même toi tu étais respectée dans tes études, parce qu'elle dit bien par exemple que jeune diplômée, elle faisait un accouchement du siège, elle appelait personne, hein ! Et puis que là, heu, quarante ans d'exercices plus tard, il faut qu'elle ait le pédiatre, l'anesthésiste, le gynéco qui surveillent tout ce qu'elle fait, etc. Ça montre bien une évolution des pratiques. Je lui dis, témoigne de ça, témoigne de simplement ce que tu as fait effectivement. Et heu, voilà… T'appelleras ça « sage-femme une profession sacrifiée. » [Rires]… C'est un peu négatif ! Mais bon, il faut un peu montrer que, effectivement, il y avait un savoir-faire, il y avait quelque chose et pfft !... » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Lors de notre premier entretien, Françoise me montre les statistiques de la Sécurité sociale concernant l'activité des sages-femmes libérales. Les actes principaux sont la préparation à l'accouchement et la rééducation périnéale, viennent ensuite le suivi gynécologique des grossesses, et le suivi des suites de couche mais l'accouchement n'est pas représenté.

> « Voilà l'activité des sages-femmes libérales en France… Y'a surtout de la préparation à l'accouchement et de la rééducation périnéale… Suites de couches, regarde, 5 %, alors que normalement… Et si tu regardes, l'accouchement n'est même pas abordé. Jamais tu retrouves, dans aucun document, tu retrouves très rarement le mot accouchement, très rarement. Tu trouves tout le reste. Donc cette déviation vers autre chose, tu sais… pour se sauver. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale.)

Pour elle, l'élargissement des compétences des sages-femmes s'accompagne d'un éloignement des sages-femmes libérales de l'accompagnement des accouchements. Depuis peu, le suivi gynécologique des femmes et la prescription des moyens de contraception ont été ajouté. La disponibilité qu'exige la pratique des accouchements en tant que libérale est peu compatible pour Anne avec l'application de toutes ces compétences.

« On est complètement morcelées. […] Dans l'idéal on pourrait imaginer que oui on est le professionnel qui va suivre la femme pour son suivi gynécologique, qui après va l'accompagner quand elle est enceinte et puis à son accouchement… C'est une illusion complète. […] En pratique c'est une illusion complète. […] Mais si on fait vraiment notre activité de sage-femme, suivi de grossesses, accouchements, heu, cinquante, je ne sais pas combien par an, on ne peut pas avoir, comme on disait tout à l'heure par rapport à, au cabinet, on ne peut pas avoir de planning de rendez-vous de gynécologie et de machin ! Ce n'est pas possible ! […] Dans la logique, c'est pas conciliable avec les accouchements. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Certaines sages-femmes libérales élargissent leur activité au suivi gynécologique et à la rééducation tout en pratiquant les accouchements, mais dont le nombre est dans ce cas extrêmement limité pour des questions de planning.

« Je fais tout. Tout ce que peut faire la sage-femme. Le suivi gynéco, frotti, contraception, pose de stérilet tout ça, déclaration de grossesse, suivi médical de la grossesse, préparation à l'accouchement, accouchement, suivi postnatal du bébé, rééducation périnéale, la totale. Enfin voilà, tout ce qui peux être fait par la sage-femme, heu, hors diplômes complémentaires quoi. Donc voilà… oui… heu, accompagnement de l'allaitement, heu… L'avant, le pendant, l'après. Et c'est l'intérêt, c'est vrai, d'être sur l'accompagnement global réel. » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

« Je fais tout. Je suis sage-femme et je fais mon boulot de A à Z. Voilà. Et pour moi c'est hyper important et heu voilà, donc heu… Oui, je fais des préparations pour des gens qui vont accoucher à la maternité, où du coup, voilà, en tant libérale on est un peu sage-femme de secteur. Je fais des suivis de grossesses pathologiques, des suivis de bébés, des consultations de grossesse, enfin voilà, je fais tout le boulot d'une sage-femme. Et moi j'y tiens. Parce que c'est vraiment c'est… Alors bien sûr, le global c'est…, c'est super intéressant parce qu'on a… On a tout hein, et comme on fait aussi le suivi des bébés après, les nourrissons en bonne santé jusqu'à un an hein, on voit vraiment les gens super longtemps. Et maintenant qu'on a la gynéco en plus. » (Entretien avec Sophie, sage-femme libérale.)

« Parce que c'est très large, oui, oui, la profession de sage-femme c'est très large. Ça nous donne quand même malgré tout, une sacrée ouverture… La seule chose qui nous bloque c'est les… Ce qui est normal quelque part, c'est de rester dans la physiologie, mais sinon heu… Ouais, ouais c'est large. » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

« Parce que le métier de sage-femme c'est très, très large, hein, vous pouvez faire plein de choses. […] Mais c'est quand même un métier qui est très large et vous avez des sages-femmes, des filles qui sortent et qui, qui sortent de leurs études et qui vont par exemple travailler, travailler au planning familial pour heu, faire toutes les consultations d'IVG par exemple… Voilà… C'est quand même très, très large et c'est vrai que quand on voit les facettes du métier… C'est vrai que quand on dit

sage-femme, les gens pensent à la naissance, mais voilà… Et c'est vrai que y' a quand même des filles qui s'engagent comme ça ». (Entretien avec Nadia, étudiante sage-femme.)

La profession est donc « très large » car elle comporte en effet de nombreuses disciplines dont le suivi gynécologique de la grossesse, de multiples approches de préparation, le suivi du travail de l'accouchement, les suites de couches, la rééducation périnéale, mais également l'activité au sein de la PMI, les consultations d'IVG ou encore le conseil en allaitement.

L'autonomie professionnelle.

Au-delà d'affinités particulières pour tel ou tel domaine de l'accompagnement, les sages-femmes expliquent fréquemment leur choix pour l'exercice libéral par le souhait de s'éloigner de la tutelle des médecins et de la hiérarchie hospitalière.

Josiane n'a jamais souhaité quitter la fonction hospitalière, pour des raisons de « confort » financier souligne-t-elle. Cependant, elle porte un regard assez critique sur le fonctionnement de l'institution.

Comme le fait Josiane, quelques professionnelles expriment leur « nostalgie » d'un temps où les « maîtresses sages-femmes » avaient un certain « pouvoir », l'entière direction et gestion des services de maternité. Est-ce dû à une question de génération ou à un intérêt tout particulier pour l'histoire de leur profession ? Quand bien même, ce sont elles qui semblent porter le plus légitimement l'espoir d'une re-connaissance des sages-femmes comme les véritables spécialistes de la naissance, envers l'hostilité quasi constante de l'élite médicale, depuis l'ascension du corps des médecins accoucheurs jusqu'à nos jours.

Françoise, également à la retraite, revient sur le passé pour évoquer les conditions de travail de sa mère, sage-femme libérale dans les années 1940, qui travaillait en étroite collaboration avec le milieu hospitalier et qui a vécu la disparition de l'accompagnement global au profit de l'accouchement en structure.
C'est ce recul historique qui permet aux sages-femmes engagées dans la préservation de l'intégrité de leur profession, d'approfondir leur analyse sur l'évolution de leurs pratiques.

« Nous, pour nos générations, c'est après la Deuxième Guerre Mondiale, la Sécurité sociale qui s'organise, les médecins qui sont majoritaires au parlement et qui squeezent la profession de sage-

femme qui est une profession de femmes c'est tout hein, en sachant qu'elles n'avaient pas le droit de vote jusque-là et tout, faut tout replacer dans le contexte hein. Je sais pas, ma mère est plus de ce monde et je ne lui ai jamais demandé, j'ai jamais pensé, mais, à l'époque où elle s'est installée, elle s'est installée en 1939, comme elle travaillait, je pense qu'il fallait avoir l'autorisation du mari, juridiquement. On ne pouvait pas travailler sans l'autorisation de son mari. […] Et ce sont des femmes, moi je pense, qui avaient énormément de mérite, tant sur le plan professionnel que sur le plan humain et qui finalement…, on a balayé tout ce rôle-là, comme si c'était heu… rien du tout quoi…Voilà. Et comme on continue quelque part hein…

Moi : Et à l'époque de votre mère, y'avait les sages-femmes hospitalières et quelques libérales ?

Françoise : Non, elles étaient presque toutes libérales.

Moi : Ah oui.

Françoise : Elles faisaient presque toutes des accouchements. Ah non, il n'y en avait peu à l'hôpital hein. L'hôpital c'était pour les indigents. On a commencé à valoriser l'hôpital à partir de 1958, avec la loi du grand-père de Debré, pour que, parce que l'hôpital c'était pour les indigents, donc heu, ils se sont dit, si on amène des médecins de notoriété, il va y avoir une autre population qui va venir et on est arrivé petit à petit à l'hôpital de maintenant.

Moi : Et qui faisait les accouchements, des médecins ?

Françoise : Non, il y avait quelques sages-femmes. Mais par exemple comme il n'y avait pas beaucoup de sages-femmes, par exemple l'été, ma mère faisait des remplacements au CHU de Bordeaux. Parce qu'il n'y avait pas de, elles n'étaient pas nombreuses hein. […] Et après quand j'ai travaillé dans l'autre service, on n'était pas nombreuses, on n'était pas dix et y'avait du boulot hein. Non, on appelait que si y' avait quelque chose hein, on faisait tout hein. […] Mais ça dans son livre, Thébaud elle parle de ça (*Quand nos grands-mères donnaient la vie*, Françoise Thébaud, PUL), elle en parle bien de toute cette chronologie. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

L'incitation au salariat, touchant en premier lieu les sages-femmes exerçant dans les grandes villes dans les années 1950, puis dans les années 1970 celles des régions rurales, a marqué pour Françoise, le recul de l'accompagnement global.

« C'est-à-dire que ce qui est arrivé ici, est arrivé, quinze ans ou vingt ans plus tôt en ville. Ici, elles sont restées beaucoup plus implantées en tant que sages-femmes libérales faisant les accouchements de leurs clientèles. Mais elles ont été décanillées à la fin des années 1970 hein. Alors qu'on les a plus décanillées à la fin des années 1950 en ville. […] Quoiqu'en Vendée, il devait y en avoir beaucoup de sages-femmes libérales qui faisaient les accouchements… Mais les généralistes faisaient les accouchements aussi. Donc heu… Voilà heu… Et puis si y' avait besoin d'une césarienne, ils allaient à l'hôpital hein… On appelait le chirurgien. Alors… moi tout ça, je n'ai pas trop connu hein. Moi quand je suis arrivée ici c'était déjà dépassé tout ça hein. J'ai pas trop connu… » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Le témoignage de ces sages-femmes est essentiel à la prise de conscience et l'engagement des générations suivantes.

> « Françoise, heu, elle me donnait un tas d'infos, y' a 20 ans je ne comprenais pas son analyse et son combat et avec le recul, je comprends bien que, elle, elle a vu fonctionner les sages-femmes différemment. Sa mère était sage-femme et quand on remonte dans le temps, tous ces écrits un peu anciens, on voit bien qu'est-ce que c'était que d'être sage-femme. Sa mère elle était sur les bancs de la fac à côté des médecins… Voilà, y'avait une reconnaissance de cette profession, après les études de sage-femme, elles tenaient des cliniques privées, elles faisaient des accouchements à domicile et puis une femme enceinte elle allait voir plutôt la sage-femme, c'était réflexe, c'était là bon… Après on a fermé toutes ces petites structures, on a interdit tous ces lieux et puis on a dit aux sages-femmes, allez venez, vous serez salariées, bah c'est un peu heu… Le paradis, d'un coup, vous aurez plus à vous lever, machin, salariée etc. Et aujourd'hui on est quand même dans une société où on est assez consommateur quoi, c'est confortable les congés payés, les machins, les trucs, donc… Revenir en arrière là-dessus ? Moi j'y crois pas trop ! » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Les revendications statutaires.

Aujourd'hui, les revendications qui animent principalement la profession sont d'ordre salarial et statutaire. Au début des années 2000, les discussions portant sur une meilleure reconnaissance des compétences ont abouti à l'obtention d'un diplôme équivalent à un niveau bac + 5. Josiane et Françoise constatent amèrement que contrairement à l'objectif visé, cela n'a pas modifié les rapports hiérarchiques avec les médecins.
Actuellement une des demandes principales, argumentée par les syndicats (ONSSF), par les cadres (ANSFC) et par les sages-femmes enseignantes (CNEMA), concerne le souhait d'accéder au statut de praticien hospitalier.

> « Les sages-femmes hospitalières subissent depuis des années des paradoxes législatifs. En effet, il y a plus de dix ans maintenant, il avait été proposé que les sages-femmes hospitalières puissent rejoindre le statut du Personnel Médical Hospitalier. Nous sommes en 2013, et les sages-femmes hospitalières, profession médicale à compétences définies, sont encore et toujours dans la catégorie des personnels non médicaux. Les sages-femmes demandent à être intégrées comme les autres professions médicales et les pharmaciens dans le titre II du statut général de la Fonction Publique, relative à la Fonction Publique d'État. La profession de sage-femme a toujours été inscrite dans le Livre I^{er} « Professions médicales » de la quatrième partie du Code de la santé publique, tout comme les professions de médecin et de chirurgien-dentiste. Elle est cependant la seule à ce jour à ne pas être intégrée au statut de praticien médical tel que défini dans les articles L. 6152-1 à L. 6152-6 de la sixième partie du Code de santé publique (« Établissements et services de santé »), au Titre V

> « Personnels médicaux et pharmaceutiques » du Livre I[er] « Établissements de santé ». Ce statut a pourtant, depuis longtemps maintenant, intégré en son sein la profession[147]. »

Josiane, qui pourtant a été elle-même cadre puis enseignante, n'adhère pas à cette idée.

> « C'est ridicule de vouloir toujours courir après les médecins parce que jamais les sages-femmes, jamais elles n'auront la même place, le même rôle que les médecins. Les médecins leur seront toujours supérieurs niveau études. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Cette requête portée par les syndicats s'appuie sur le souhait d'« être responsables, à part entière et en toute autonomie ».

> « La différence de statut entre les sages-femmes et les médecins avec qui nous collaborons chaque jour semble placer la sage-femme dans un lien de subordination. Or, législativement il n'en est rien. Un statut équivalent ne modifiera pas l'obligation légale des sages-femmes d'adresser les patientes à un médecin dans les situations pathologiques et dystociques, conformément à la définition de nos compétences. Là encore, une évolution vers le statut du Personnel Médical Hospitalier, dont le statut de PH, nous semble indispensable pour s'émanciper de ces hiérarchies réelles ou supposées[148]. »

Pour Josiane, la lutte des sages-femmes pour être reconnues comme une profession médicale, de même que les demandes d'accès au statut de praticien hospitalier (PH), resteront illusoires tant que la réalité sur le terrain ne changera pas.

> « Donc voilà, c'est à partir de là… Il ne faut pas dire que les sages-femmes sont une profession médicale. Alors en plus… Trois louchées en plus en 1945, avec l'Ordre des sages-femmes présidé par un médecin, plus le directeur technique des écoles qui est quand même un médecin. Donc bon… C'est vrai que c'est… Et quand on voit les congrès de sages-femmes qui sont des… Bon, bref, les congrès de sages-femmes il faut y aller hein, ça vaut le coup. D'abord y'a les marchands du temple, y'a tout les labos qui sont en train de vendre leurs petits business et ensuite y'a les… les conférences… Et les conférences, ce ne sont que des conférences médicales. Il n'y a pratiquement pas d'interventions, heu, propres aux sages-femmes, typiquement sage-femme. Alors dire que… Non, faut pas… Ça fait rigoler quand même. Alors que les sages-femmes demandent à être praticiens hospitaliers, je vois ce qui va se passer là hein, je le vois très bien. Alors là du coup il y aura les maïeuticiennes, c'est-à-dire celles qui feront les accouchements, ceux ou celles qui seront en salle d'accouchements, les grandes maîtresses, les chefs de cabinets des médecins ou je sais pas quoi et puis à côté il y aura, peut-être les sages-femmes libérales, celles qui diront « ce n'est pas mon rôle »… Pourquoi pas. Ça peut être ça hein… Et on aura un petit appendice là, entre les deux, pour arrondir les angles et dans les… Dans les maisons de naissance pour les accouchements

[147] Cf. « Les sages-femmes dans le projet de loi 2014 », in *Santé génésique des femmes et périnatalité*, le 7 novembre 2013, CFTC, CNSF, ONSSF, CNEMA, ANSFC, ANESF, p. 10.
[148] *Ibid.*, p.11.

> physiologiques, mais elles seront sous la coupe des sages-femmes de salles d'accouchement qui seront sous la coupe des médecins, donc voilà. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Au-delà de l'autonomie professionnelle, Josiane aborde la question d'une éventuelle remise en question de la place de la sage-femme auprès des parturientes, par l'accès à ce nouveau statut.

> « Tout est tellement complexe actuellement, dans la réalité de la santé, que, et de la réalité de la maternité, et bien que, tout est tellement complexe que je ne suis pas sûre que les sages-femmes aient les outils suffisants, se donnent les outils suffisants pour rester cohérentes. Et que, au bout d'un certains temps… Justement les PH, parce qu'il y a aussi sous la menace « sage-femme PH », qu'est-ce qui va se passer ? C'est que, elles vont être reléguées à ce qu'une vieille sage-femme que j'adorais, elle s'appelait Jeanne Sentubéry qui disait, "les sages-femmes, il faut qu'elles sortent du ghetto utérin", c'est-à-dire de la salle d'accouchement. Hors, si elles veulent être PH…, je ne crois pas que les directions hospitalières, vont considérer que, après tout, que ce soit pas mieux de mettre une infirmière en suite de couches, qu'une sage-femme. Si elles sont payées très cher, on va réfléchir au service rendu et à prix plus bas. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Cette crainte est également exprimée par Blandine :

> « Si elles sont PH […], elles seront peut-être encore plus dans la technique et moins auprès de la femme oui… Ça sera peut-être plus l'aide-soignante qui sera là comme accompagnante et la sage-femme elle sera… Ben dans son bureau de médecin… Ouais, moi j'ai peur de ça aussi. » (Entretien avec Pauline, sage-femme de PMI.)

Pour Josiane, ces vœux ne sont pas représentatifs de la majorité des sages-femmes.

> « Ça vient essentiellement quand même des écoles de sages-femmes et des cadres sages-femmes, cette volonté de reconnaissance universitaire et de courir après le médecin, ça c'est très, c'est très, très clair. C'est-à-dire que les écoles n'ont pas, ni l'Ordre, ni l'Ordre des sages-femmes d'ailleurs, n'ont pas travaillé à l'identité, j'y reviens hein, à l'identité de la sage-femme. […] Les cadres sont complètement éloignées du terrain. Hors ce sont eux qui font les textes, ce sont eux qui sont censés savoir le devenir et l'avenir de, bon, CQFD hein, CQFD. Ce sont des personnes très intelligentes, très… Mais je ne suis pas du tout sûre qu'elles soient… Elles ne sont pas en phase, elles ne sont pas en prise avec les femmes. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

L'idée que les revendications des sages-femmes hospitalières pour obtenir plus de reconnaissance via le statut de praticien hospitalier viennent des cadres davantage que des sages-femmes « de terrain » est également avancée par Karine.

« Moi je les vois hein, je discute avec elles hein. Non, non, elles sont des infirmières spécialisées tout en le niant et en revendiquant un statut médical, mais qui est plus de l'ordre d'un statut social et… Ça veut rien dire pour moi, parce que de toute façon, dès qu'il y a un truc, elles appellent le médecin. Et surtout, elles ne voudraient pour rien au monde ne pas avoir de médecin à côté donc heu…

Moi : C'est quoi l'intérêt dans ce cas d'être reconnu comme praticien hospitalier ?

Karine : Mais c'est des questions de valorisation sociale, purement, de se faire croire que. Et puis praticien hospitalier, il ne faut pas se leurrer hein, il y en a très peu qui avaient envie hein, c'est celles, c'est les cadres sup' qui sont dans les bureaux et puis certaines enseignantes qui n'ont pas foutu les pieds dans un service depuis 20 ans hein, faut pas se leurrer. Au quotidien, celles qui voulaient être praticien hospitalier, moi je dirais qu'il y en a 10 % hein, à tout péter hein, il faut voir comment ça c'est fait, donc non, non, elles ne veulent pas. Bien sûr que non qu'elles ne veulent pas. Elles ne veulent pas d'autonomie, elles ne veulent pas… Elles veulent continuer à faire ce que leur disent les médecins. C'est triste à dire. Au CHU c'est ça hein, les seules qui ont envie d'autre chose, c'est celles qui sont en libérales. Parce que si elles ont fait la démarche d'être libérales c'est pour être autonomes. » (Entretien avec Karine, sage-femme enseignante.)

L'élargissement des compétences des sages-femmes libérales, pourrait être pour Josiane, une voie vers cette reconnaissance tant recherchée de la profession.

« Je crois qu'il y a là une ouverture, c'est du côté des sages-femmes libérales maintenant… Elle va être là. Parce que, à partir du moment où, l'hospitalisation va être considérée comme extrêmement coûteuse, les femmes vont sortir très rapidement, donc là, elles vont avoir affaire à des sages-femmes. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Elle émet donc l'hypothèse qu'une diversification de l'offre de soin serait possible et pourrait advenir par une meilleure connaissance de l'exercice des sages-femmes par les parturientes lors de leurs consultations pré et post-partum. Cependant, elle identifie le système politique français, notamment en termes de santé publique, comme un frein majeur à cette ouverture.

« On va rester, aussi longtemps qu'on est en France, dans l'exception française. Dans l'exception française, parce que… Dans, les sages-femmes anglaises ont réussi hein, suite à ce fameux rapport de 1992, hein, à faire entendre que, il y avait une partie de la population qui voulait accoucher à domicile et ils ont réussi à être entendu… La Hollande aussi, mais la France, avec cette espèce de Jacobinisme, ce centralisme. […] Cette espèce d'hypercentralisation, d'hyper-valorisation de la France scientifique, la France héritière de la Révolution Française. […] Engendre cette espèce de, de, de refus de reconnaître aux individus et aux femmes le droit de revendiquer quelque chose qui ne soit pas envisageable par les élites. Et ça, c'est quand même assez extraordinaire. Mais c'est français. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Anne se souvient d'un échange avec une collègue anglaise qui évoquait avec ironie l'autonomie revendiquée par les sages-femmes en France. Son opinion à ce sujet serait que, malgré un champ de compétences plus large en théorie (notamment dans les possibilités de prescriptions), l'autonomie des sages-femmes françaises, en pratique, serait moindre.

> « Oui les françaises vous pouvez faire ça, ça, ça et ça mais en pratique ? Quand est-ce que vous êtes autonomes ? Vous travaillez dans des services où vous êtes complètements dépendantes de ci et de ça, bordées par tel, elle est où votre autonomie de raisonnement ? […] Alors qu'en Angleterre ils se sont quand même beaucoup battus pour heu, y'a eu un peu une révolution de tout ça dans les années 1990 […] L'état des lieux par rapport à la maternité, c'est, dans les années 1990 ça a été de dire, bon, ben globalement il faut qu'on revalorise la profession de sage-femme, qu'on rouvre les vannes au niveau des écoles et qu'on en remette un peu partout et puis voilà. Et puis je pense quand même qu'il y a eu du changement un peu chez eux par rapport à tout ça et que même on peut faire des accouchements à domicile, ça peut même être des salariées qui vont faire à domicile les accouchements. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

La question de l'identité professionnelle.

La persistance d'une scission entre l'exercice hospitalier et l'exercice libéral, pourrait avoir selon l'analyse de Josiane, des répercussions sans précédent sur la définition, sur l'identité de la profession.

> « Moi : Comment vous voyez l'évolution du métier de sage-femme ? Sa place à l'avenir… ?
> Josiane : Je ne la vois pas. [Rires] Non, mais je dis sincèrement que l'identité de sage-femme est… La question ça serait de re-réfléchir sur l'identité de sage-femme. La question ça serait d'avoir… La sagesse, c'est bien le cas de le dire, la sagesse de reprendre les données historiques, les données anthropologiques, les données politiques, de reprendre toutes ces données et de… Pour se recentrer sur la profession hein, plutôt que de passer son temps à courir après heu… Ou à être dans des marches forcées, c'est même pas courir, c'est à être dans des marches forcées, c'est encore pire, dictées par des médecins et je pense que c'est… Si on ne fait pas ça, je ne vois pas comment on peut y arriver. Parce que… On est tellement différentes, on est tellement sur des créneaux… Vous n'avez pas eu cette impression ? Que les sages-femmes étaient très divisées ? » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

L'entretien réalisé avec Karine est à ce sujet très intéressant. Sage-femme hospitalière, ayant eu une expérience dans le libéral et notamment dans la pratique de l'accompagnement global mais également enseignante en école de sage-femme, elle partage une certaine désillusion quant à

l'engagement et à la remise en question de la profession face à la médicalisation, désillusion omniprésente dans le discours des plus anciennes sages-femmes interrogées…

> « Mais moi je n'ai plus aucune illusion dans la sage-femme telle qu'elle est hein. C'est des gens qui ne sont pas intéressés. Nous, nos conférences elles sont ouvertes aux sages-femmes, comme je te le disais, y' en a 100 en face, y' en a trois qui sont venues l'année dernière. Même pour voir des gens comme Jaques Gélis ! Il y a une menace sur T., d'enlever 50 % des sages-femmes et de les remplacer, par exemple en suites de couches, les remplacer toutes par des infirmières, elles sont 98 concernées, y'en a 6 qui se sont réunies en groupe de travail pour argumenter contre. Les autres, oh ben non je ne peux pas, je vais chercher mon enfant à l'école, oh ben non je ne peux pas je suis fatiguée, oh ben non ce soir, y' a telle émission de télé… Faut pas se leurrer hein. » (Entretien avec Karine, sage-femme enseignante.)

…mais à la fois, un certain optimiste dans le positionnement à venir des nouvelles sages-femmes.

> « Ils font des stages en type 1 et y'a pas photo hein. Je vois quand ils vont faire un stage à la maternité de C. qui est à côté, qui est un type 1 et en plus avec une volonté alternative vraiment, nature et avec des gens qui sont vraiment investis là-dedans… Ils reviennent heu, y'en a qui disent, heu, enfin tous disent "Mais quel bonheur, mais quel bonheur. C'est vraiment trop bien, on n'imaginait pas que ça pouvait être comme ça une naissance et c'est comme ça qu'on veut bosser." Y' en a qui disent "Et puis du coup c'est ça qu'on veut faire" et puis y' en a qui disent "Génial, mais moi ce que j'aime c'est l'urgence et puis l'hyper-technique". Et tout, mais après ils choisissent. Mais tous ils voient. » (Entretien avec Karine, sage-femme enseignante.)

II/ Positionnements éthiques et déontologiques.

1- L'orientation professionnelle.

Chaque sage-femme fonde sa vision de la naissance en fonction de son histoire, de son ressenti, de ce qu'elle a acquis pendant sa formation. La généralisation des actes pour toutes les femmes telle qu'elle est pratiquée en structure ne va pas de soi pour toutes les sages-femmes. Ce qui « pour le système » est logique apparaît pour certaines comme une aberration.

> « Déjà dans mes études je revenais de garde et je disais, tu te rends pas compte, ils ont fait ça, ils ont fait ça, à tour de bras on en voit des histoires où on se dit, tu te rends compte, ils lui ont fait un forceps alors que si ils avaient fait comme ci ou comme ça, des aberrations… Et lui me disait, mais arrête de me raconter à moi, ça sert à rien, écris ! Écris. Tu as même pas à te casser la tête à essayer de démontrer un truc, écris. Tu fais simplement : récits de retour de garde. C'est tout, point. Tu racontes des faits. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

La question du choix de la profession, posée à toutes les sages-femmes rencontrées pour l'enquête, permet de relativiser l'idée du choix de la formation comme une évidence, un appel vers une vocation ; idée courante dans l'imaginaire et le discours des mères, reflétant leur propre admiration envers cette profession. Si en effet, l'engagement qu'exige ce métier, tant en termes d'intensité de la formation qu'en termes de contraintes professionnelles (toutes les sages-femmes témoignent de la fatigue liée aux conditions de travail en milieu hospitalier et à la disponibilité que demande la pratique des accouchements en libéral…), peut en faire un sacerdoce, le choix de la formation au départ est bien souvent dû à un concours de circonstances, à un second choix, voire à de la curiosité. Bien que les sages-femmes soient nombreuses à penser que le passage par la faculté de médecine augmente l'orientation des élèves vers cette filière par défaut, peu d'entre-elles affirment avoir fait ce choix par conviction. Certaines disent avoir choisi cette formation « par hasard », « je ne voulais pas faire ça à la base ». D'autres, souhaitaient s'orienter vers une profession médicale puis ont changé de parcours.

> « En fait, j'ai fait fac de médecine, je voulais faire pédiatre, parce que… j'adorais les enfants, enfin… voilà. Et première année, au concours, j'ai été classée sage-femme et donc le choix c'était, soit je redoublais pour retenter médecine, soit j'allais dans sage-femme. Et je me suis dit… non, redoubler, je vais faire exactement la même chose, ça va être… horrible, enfin, la répétition, je ne

me voyais pas redoubler, bon, voilà. Et j'ai dit, allez, je me lance dans sage-femme. » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

« La première année, j'ai passé le concours en étant pas très loin des dernières places offertes et donc heu, force de choses, maintenant ça se fait, c'est pour les sages-femmes en gros les dernières places du concours parce que… Je pense que la qualité de vie derrière attire moins, certainement... Je pense… Et heu, deuxième année de médecine, je saturais, je saturais, je saturais d'apprendre, je saturais de médecins, je saturais de tout ça… Et donc je me suis dit, je suis dans cette voie-là, est-ce qu'il y a quelque chose d'autre qui me plairait, je pensais à dentaire, je pensais à sage-femme. » (Entretien avec Nathalie, sage-femme libérale.)

Anne m'explique qu'étant intéressée par les soins aux tout-petits et par la maternité, elle faisait des recherches à ce sujet, dans l'idée d'en savoir plus sur le métier de sage-femme.

« Je cherchais des trucs d'obstétrique et je suis tombée sur le bouquin des usagers de la maternité de Pithiviers… C'était dans les années 1980. Et moi ça m'a énormément touchée. […] Ce qui m'a beaucoup frappé c'était la force qui se dégageait de ce vécu plein, de femmes qui avaient vécu des choses pas terribles pour un premier et qui là, vivaient les choses en toute liberté, en toute autonomie, comment pour elles, ça les avait construites. […] Mais c'est vrai qu'un peu frustrées de se dire, ben on se connaît pas, on se reverra pas, c'est une histoire, klouk (fais un geste de la main). Donc, à tout point de vue, moi, ce qui me sensibilisait beaucoup, c'est l'idée d'accompagnement, de continuité. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Le désir d'accompagner les femmes dans leur expérience de la maternité a déterminé son choix pour la profession de sage-femme.
C'est cet intérêt pour les relations humaines qui a également orienté Karine et Lisiane vers la profession, en tant qu'hospitalière dans un premier temps, puis vers la pratique libérale.

« C'est l'accompagnement humain, des patientes, des parents, des enfants… C'est vraiment ce côté-là, beaucoup plus que le côté technique. C'est pour ça qu'en fait aller vers le libéral. [...] C'est, je pense, ce qui arrive le plus à mettre le côté humain en avant. [...] alors qu'à l'hôpital on a plein de patients en même temps et c'est difficile, c'est même impossible avec le nombre de personnel, vu les restrictions budgétaires actuelles, heu… [...] Et c'est vraiment…, la technique heu…, pff…, je pense que c'est important mais j'étais pas forcément faite pour ça. » (Entretien avec Karine, sage-femme enseignante.)

« J'en ai rencontré une, une jeune sage-femme, y'a pas longtemps, pour qui c'était vraiment le stress de l'accouchement quoi, l'adrénaline qui l'intéressait, moi c'était pas ça, moi, c'était le lien mère-enfant que je cherchais. [...] et ça, je le trouve plus maintenant en fait, dans cette manière de

> travailler. [...] parce que, en maternité…pourtant j'ai travaillé en suite de couches, hein […] mais c'était surtout la mère…pas trop le bébé, parce que, ben y'avait les puéricultrices qui étaient là. [...] En tout cas, moi je me sens plus à l'aise maintenant, dans ce côté relationnel que dans le côté médical, c'est sûr. » (Entretien avec Lisiane, sage-femme libérale.)

Dominique pense avoir choisi sa formation « par hasard », « pour voir ». Les premiers accouchements auxquels elle a participé pendant ses études ont confirmé son choix puis marqué sa détermination à pratiquer sa profession au plus près de la physiologie.

> « Alors la collègue lui a fait une super épisiotomie, et moi quand j'ai vu du sang partout, oh… J'me suis appuyée au mur, j'me rappelle et j'me suis dis, purée… Ça va être chaud, ça va être chaud… Et puis à force, ben, j'me suis quand même rôdée. […] J'me suis vraiment rapprochée de cette naissance quand j'ai vu le bébé sortir. […] J'ai trouvé ça extraordinaire. J'me suis dis, mais comment un corps peut se modeler comme ça, dans un si petit passage et… Et ben, voilà, je suis restée avec cette idée-là et, et, et j'adorais donc être au contact du bébé. Au début quand on est en première année, on fait les accouchements avec la collègue, en double mains. C'est-à-dire que, soit c'était moi qui mettais mes mains sur les mains de la collègue, soit c'était la collègue qui mettait ses mains sur les miennes. Et quand ça a été justement elle qui mettait ses mains sur les miennes, c'est moi qui avais le bébé entre les mains, oh, oh… J'ai encore trouvé là une sensation d'enfer… Ça me plaisait […] Les stages je les attendais avec impatience parce que là on allait faire aussi des gardes surtout. Et heu, j'attendais ça avec impatience et effectivement ça c'est confirmé, ça me plaisait. » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

Plus tard, après une longue expérience en milieu hospitalier, Dominique a fait la rencontre d'une collègue pratiquant des accouchements à domicile. L'accompagner dans sa pratique lui a permis de renouer avec la « magie » de l'enfantement qui l'avait tant marquée à ses débuts.

> « J'ai rencontré B., super sympa et j'aimais vraiment le discours qu'elle avait et elle me dit heu "Ben écoute, j'ai une patiente qui doit accoucher bientôt… Si tu veux je lui parle de toi." La patiente a accepté que je sois présente et là, alors là ça a été pour moi la révélation. » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

Pour Élisa, ce sont également ses stages auprès de sages-femmes libérales pratiquant l'accouchement à domicile qui ont renforcé son désir de pratiquer l'accompagnement global.

> « Alors la majorité des stages, c'est en hôpitaux, en maternité à l'hôpital, CHU tout ça et tu as quelques stages en libéral, plus les stages d'options où là, moi j'ai vraiment choisi de faire que du libéral. Donc heu, c'est qu'en majorité les stages qu'on nous propose c'est de l'hospitalier. […] Après en fonction des écoles, on nous permet plus ou moins une liberté de choix de stage. Moi, à N., où j'ai fait mes études j'ai eu la chance de pouvoir faire des stages, par exemple, avec des sages-

femmes qui faisaient des accouchements à domicile… Parce que dans d'autres écoles, c'est carrément interdit. C'est carrément interdit. […] J'ai fait des rencontres de sages-femmes libérales qui m'ont aussi donné envie d'aller là-dedans. […] Et puis dans ma vision de l'accompagnement justement, je ne me voyais pas le faire en maternité, j'avais l'impression d'être trop cloisonnée en fait. De ne pas pouvoir exprimer ce que je voulais dans l'accompagnement des femmes. Chose qu'on peut faire en toute liberté quand on est en libéral. » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

2- Des notions de risque et de sécurité.

L'analgésie péridurale, sérénité ou sécurité ?

Pour Alexandra, cadre sage-femme, qui a toujours pratiqué en maternité, la plus grande « révolution » reste la péridurale.

« Mais c'est vrai que… Vis-à-vis des sages-femmes heu… Avant ici c'était en clinique ouverte, donc c'était les généralistes qui venaient, qui ne savaient pas faire les accouchements. […] Qui amenaient les femmes à dilatation complète, qui les suivaient, ou qui ne les suivaient pas d'ailleurs à domicile et puis… On savait que les femmes accouchaient à, à l'oreille. Parce que c'est vrai que les années 1978-1980, y'avait pas de sophro, le début des respirations, le début de bon… Les produits qui déclenchaient, on leur faisait dans la cuisse, ah, ça leur donnait des contractions oh, alors quand elles commençaient à pousser en hurlant, oh, là on disait on y va parce qu'elle accouche. Donc c'était pas du tout heu… c'était pas du tout les accouchements… Et les salles calmes… Parce que maintenant, soit elles ont une péri, soit elles gèrent la douleur. » (Entretien avec Yveline, gynécologue-obstétricienne, responsable de pôle et Alexandra, cadre sage-femme.)

La péridurale a amené « le calme ». Les sages-femmes les plus anciennes évoquent avec vivacité les souvenirs encore sensibles, d'accouchements longs et difficiles que l'on ne savait soulager, « l'horreur[149] » que l'on pouvait voir dans les yeux de certaines patientes.
Cependant une partie d'entre elles, lorsqu'elles en parlent, resituent ces événements dans leur contexte. La moindre fréquentation des suivis de grossesse à cette période entraînait un nombre plus important de pathologies non décelées et donc d'accouchements difficiles non anticipés. De plus, les souvenirs évoqués sont spécifiques à des expériences en milieu hospitalier où,

[149] Ce terme a été entendu à plusieurs reprises, lors d'un entretien avec une sage-femme hospitalière et également lors d'une journée d'étude où étaient présentes de nombreuses sages-femmes.

comme le précisent Yveline, l'utilisation d'ocytocine visant à accélérer le travail était fréquente, voire systématique, « les produits qui déclenchaient, on leur faisait dans la cuisse, ça leur donnait des contractions ». D'où l'interrogation de Françoise, lorsque la question de ses propres souvenirs à ce sujet lui est posée, « mais pourquoi hurlaient-elles justement ? ». Effectivement, l'utilisation de la péridurale estompe aujourd'hui les effets intenses des substances utilisées pour les déclenchements et accélérations du travail.

> « Alexandra : Enfin moi j'entends plus heu crier…
> Yveline : Ouais, on entend plus de grands hurlements. Ouais, moi quand j'ai commencé c'était comme ça…
> Alexandra : C'était comme ça.
> Yveline : Et rapidement après, heu, dans les années 1990, quand les péridurales se sont vraiment heu… Enfin, ont été beaucoup plus faciles à obtenir auprès des anesthésistes et du coup là, on a obtenu des blocs obstétricaux un peu plus calmes, parce que c'était, et puis des couloirs de services de gynéco aussi plus calmes parce que… Quand j'ai commencé on entendait des gens qui avaient été opéré dans la journée geindre dans les couloirs, c'était terrible hein, ho la la… » (Entretien avec Yveline gynécologue-obstétricienne, responsable de pôle et Alexandra, cadre sage-femme.)

> « Yveline : Ah mais ça change tout ! Quand je dis que vous pouvez converser normalement, vous pouvez même plaisanter, parler d'autres choses, vous pouvez expliquer tranquillement les choses. Quelqu'un qui avait mal c'était, j'me rappelle, y'avait des gens qui étaient complètement agités… J'me rappelle même avoir vu des femmes anesthésiées généralement pour qu'on puisse leur sortir leur bébé tellement elles étaient agités. C'est clair qu'on ne voit plus ça… C'était terrible hein, des fois on avait l'impression que c'était de la médecine vétérinaire quoi, vous imaginez, endormir quelqu'un pour pouvoir mettre un forceps pour sortir le bébé parce que de toute façon elle poussait pas, il fallait faire quelque chose et le bébé il commençait à plus aller bien non plus… Enfin, ça prenait des proportions incroyables. Tandis que là, elles sont sous péridurales, bon ben, ça prends le temps que ça prend, on peut tranquillement aider la dame si elle a besoin, bon ben c'est plus du tout le même contexte, ça… Ah non, ça c'est une grande révolution hein, l'histoire de la douleur…. Qui n'est plus obligatoire, ça, ça change tout hein… Mais du coup on a monté d'un cran les exigences, c'est ça… C'est ça la contrepartie… Mais bon. » (Entretien avec Yveline, gynécologue-obstétricienne, responsable de pôle et Alexandra, cadre sage-femme.)

Pour Rebecca, cadre hospitalier, il s'agit avant tout d'une prise en charge de la douleur indispensable pour les femmes et d'une facilité de travail pour les sages-femmes.

« Vous savez, moi j'ai, moi je suis de la génération, où moi j'accouchais les patientes, y'avait pas de péridurale, hein quand j'ai commencé. C'est en 1978, même si on commençait à entendre parler, heu, ça ne se faisait pas, heu… C'était les premières échographies, on en, pourtant c'est pas si vieux que ça quand même, hein ! […] Les salles d'accouchements c'était des salles communes, avec un paravent entre deux tables, donc vous voyez le fossé il est... C'est énorme, c'est énorme, rien que ça. C'est, moi je crois que c'est surtout ça, c'est la prise en charge de la douleur, je crois que c'est… C'est surtout ça…

Moi : Pour vous c'est ça, qui vous a le plus marquée ?

Rebecca : Ah oui c'est ça. La prise en charge de la douleur. Ça a tellement évolué, et heureusement hein, heureusement, mais je crois que c'est ça le fait marquant. […] Maintenant les jeunes sages-femmes, elles ne peuvent même pas en parler parce qu'elles n'ont pas connu euh, elles ne savent pas ce que c'est. » (Entretien avec Rebecca, cadre sage-femme et responsable de pôle.)

Les souvenirs évoqués par Rebecca soulignent avant tout les difficultés à gérer les femmes dans un espace comme était celui de l'hôpital, où plusieurs parturientes pouvaient accoucher en même temps, le plus souvent dans une unique pièce. Ces conditions inappropriées, telles qu'elle les a connues, où la position gynécologique, inconfortable pour beaucoup de femmes, était imposée, en plus de l'absence d'intimité qu'offrait une telle prise en charge, paraissent être à la source de cette confusion entre l'attitude des femmes et une mauvaise gestion de la douleur.

« Anne : Tu l'avais vu l'émission « Le bébé est une personne » ?

Moi : Oui.

Anne : Un moment il le dit le médecin, heu et Martino le questionne "Et est-ce que finalement quelque part, dans ce choix de proposer la péridurale, y'a pas le confort du médecin ?" [...] Et il le dit, "Il est vrai qu'on s'est habitués à des salles de naissance beaucoup plus calmes…" » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Pour sa part, Josiane, souligne l'importance des conditions de travail face à ces accouchements difficiles. Elle évoque ainsi le savoir-faire mais également la disponibilité de la sage-femme et sa capacité à mettre la parturiente en confiance. Elle précisera toutefois par la suite la nécessité d'utiliser du « Dolosal », autrement dit de la morphine, dans certains cas et ce avant que la péridurale ne soit utilisée.

« Là-dessus c'est vrai qu'on a… Je pense par exemple à une droite postérieur mal fléchie, enfin bon, un dos à droite, gros bébé, mal fléchie, avec bon, je veux dire, une grosse tête et tout ça, c'est vrai que moi j'ai vu, dans le regard des femmes… L'épouvante… et la peur… ça, ça m'est arrivé. Ca m'est arrivé où vraiment… en se disant mais est-ce que cette terreur et cette épouvante sont annonciatrices de quelque chose de… d'effrayant, d'infernal ? Donc là vraiment, il ne fallait pas

perdre son sang-froid. C'est pour ça, on tricotait comme disait madame Javaillon. Moi je tricotais toujours à côté des femmes, je restais toujours la nuit si il le fallait. Évidemment on n'était pas pressée comme on l'est maintenant, vous comprenez. Mais entre une femme qui a une droite postérieur ma fléchie, on sait pourquoi…, ou entre, je veux dire heu, y'a plein d'indications, un bébé très haut et une dynamique utérine très peu importante et tout d'un coup, ou une rupture de la poche des eaux, enfin des choses très, très précoces… Enfin c'est vrai qu'il y a des comportements très, des choses effrayantes, mais il faut garder son sang-froid et savoir pourquoi et là se dire, la convaincre, convaincre la femme qu'elle est capable de mettre son bébé au monde. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Prévention des risques et protocoles.

La vision de la profession, telle qu'elle est exprimée par les sages-femmes, est souvent marquée par les impressions, les souvenirs des premiers accouchements en tant qu'étudiante ou jeune sage-femme. Françoise témoigne de la simplicité avec laquelle elle observait, lorsqu'elle était petite fille, l'accompagnement des femmes par sa mère, du début de leur grossesse à la première année de leur enfant. Dominique elle, évoque tout d'abord « la peur » suscitée par ces premiers accouchements en tant qu'élève sage-femme, « la vue du sang », la pratique des épisiotomies, puis « la magie », « la force des femmes » qu'elle a rencontrées lors d'accouchements à domicile.
Anne et Pauline ont gardé en mémoire tout au long de leurs études, l'intervention dans leur école de Françoise venue présenter la pratique de l'accompagnement global. Leur mémoire de fin d'études portait sur la place de la sage-femme dans l'accompagnement de la naissance, leurs choix de stages étaient orientés vers l'accompagnement global et cette réflexion de fond sur leur rôle d'accompagnante a, comme l'illustrent leurs propos, nourri leurs pratiques jusqu'à les orienter vers la pratique libérale en fin de carrière.

Selon certains professionnels, la confiance aveugle dans les apports de la médecine et le recours à l'accouchement dirigé sont une cause fréquente d'effets iatrogènes, comme le ralentissement du travail, les perturbations de l'analgésie sur la tonicité utérine, les hémorragies, les difficultés de démarrage de l'allaitement maternel. Pour Rebecca, cadre de santé, les protocoles de surveillance et d'assistance médicale de l'accouchement offrent avant tout la sécurité nécessaire et le gain de temps « en cas de problème ».

« On ne sait jamais, je suis désolée, tant que l'accouchement n'est pas terminé et que la patiente n'est pas dans son lit, à la rigueur on peut dire deux heures après, on ne peut pas dire

l'accouchement va être physiologique et c'est bien passé, c'est pas possible, on n'a pas de boule de cristal. Même si la grossesse s'est déroulée sans le moindre anicroche, qu'il n'y a rien eu, je suis désolée, pendant le travail il peut se passer plein de choses et jusque là on peut pas dire ça va bien aller. Donc c'est tout, hein. Quand on sait ça, on a tout dit, hein. Donc quand on nous dit, j'veux pas de perfusion, j'veux pas de monitoring, j'veux pas ci, j'veux pas ça… (Elle souffle)… Ouais… Ben oui, nous non plus on aimerait bien qu'il n'y ait pas tout ça. » (Entretien avec Rebecca, cadre sage-femme et responsable de pôle.)

Tout comme pour Rebecca, Yveline et Alexandra sont d'avis que pour que la sécurité de l'accouchement soit garantie, il y a un minimum d'interventions médicales de surveillance à imposer aux parturientes :

« Moi : Mais avec une salle nature, vous montrez quand même qu'on peut offrir une alternative aux femmes, d'accoucher de manière physiologique sans diminuer pour autant la sécurité ?
Yveline : Oui, mais c'est pareil, ça dépend comment vous la gérez votre salle nature… Si vous faites rentrer la femme dedans, vous ne lui mettez pas d'enregistrement du cœur, parce que c'est ça qui se passe à domicile, y'a pas d'enregistrement du cœur du bébé… Alors vous pouvez sortir des bébés qui sont bien et puis vous pouvez en sortir qui ne sont pas bien du tout. À domicile, qu'est-ce que vous faites, on ne peut pas réanimer, on n'a pas d'intubation, on peut rien faire je veux dire, faut être clair. Donc bon, après on prend les risques qu'on veut mais… C'est vrai que, quand vous voyez par exemple une dame qui n'a rien de spécial, ici, à qui on n'a rien fait, qu'on a enregistré le rythme du bébé, il est nickel et que finalement le bébé il sort, il est pas bien, vous vous dites, heu, ben là je serais à domicile, je ferais comment quoi ? Et là… y'avait aucun signe d'alerte, y'avait tout. Donc quand on a vécu ça deux, trois fois, moi ça m'est arrivé, d'avoir une dame qui allait bien heu, sans obligatoirement d'intervention de notre part, tout à coup, hop, plus de rythme cardiaque du bébé, faut foncer au bloc, césarienne et quand vous sortez un bébé et qu'il est mort, heu, vous seriez à domicile heu… Et là toujours l'argument qui revient "mais à domicile ça ne se passe pas", bon, moi je veux bien mais enfin heu… Elle a dû oublier ses études de sage-femme c'est pas possible… Bon, c'est vrai que je suis assez contre l'accouchement à domicile, parce que quand vous avez vécu ce truc-là et que vous n'avez pas réussi à sortir le bébé vivant alors que vous étiez à côté, après vous ne vous posez plus ces questions-là. » (Entretien avec Yveline, gynécologue-obstétricienne, responsable de pôle et Alexandra, cadre sage-femme.)

C'est bien le vécu professionnel et l'analyse personnelle de celui-ci qui fondent, chez les praticiens, leurs définitions du risque et de la sécurité.
Pour Valérie le fait de côtoyer la pathologie au quotidien alimente la peur du risque.

« Et c'est vrai… Que y'a aussi ce côté que, en tant que sage-femme libérale, tu ne, tu ne la côtoies pas la pathologie… Tu la côtoies si tu veux et tu réfères… Tu vis pas avec, tu vois ? Tous ces

médecins-là, qui ont une trouille bleue des pathologies et c'est eux en fait qui sont les premiers au niveau juridique, en faute… Hein, quand ça se passe… Ils sont tellement baignés dans cette pathologie… Ils sont, comme on disait au début, quand on a eu dans nos histoires, des cas difficiles, qu'on se dit, oulala, oulala ! Mais après, c'est un travail sur nous en fait !... C'est pas en mettant des recommandations et des choses extraordinaires que… Faut travailler sur nous ! Mais alors ça pff… On en revient à l'amour propre et compagnie quoi. » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

C'est également la peur, au delà du raisonnement et même parfois du raisonnable, qui entraîne, selon Josiane la mise en place des protocoles.

« C'est toujours revenir sur sa, son expérience… Mais c'est ça dans la médecine, c'est ça qui est fantastique, c'est qu'on est… Bien qu'elle soit scien…, non, technologique, ou plutôt scientiste que scientifique et bien on en est à des prises de position qui sont complètement, on dirait, relevant de l'obscurantisme, comme on disait jadis. Parce que quand on voit par exemple, il suffit qu'il y ait eu un gros pète, imaginons une hémorragie de la délivrance, où il a fallu intervenir et où l'on a vraiment craint pour la vie de la mère et bien après tout le monde va mettre des bretelles, une ceinture, etc. On va en remettre au niveau de, du suivi du travail et tout, oh la la. Il faut faire ça, il faut faire ça, il faut faire ça. Mais il n'y a pas cette espèce de recul, comment dire, de dire, mais pas de panique, on va quand même réfléchir à comment ça s'est passé, on va revenir sur le dossier. Non. On en est encore à la culpabilité… Le gars ou la fille à qui s'est arrivé, il est mort de trouille, il se sent coupable, alors que l'erreur par définition, bon, il se sent coupable et il se replie sur lui, sur sa culpabilité, sa mauvaise conscience et autour on va mettre tout un système pour essayer de, d'éviter ça. C'est quand même incroyable hein. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Pour Élisa qui pratique l'accompagnement global, la sélection des femmes en amont et la surveillance de la parturiente pendant tout le travail permet d'offrir une sécurité à la parturiente sans lui imposer d'interventions iatrogènes.

Les sages-femmes pratiquant les accouchements à domicile sont très attentives au moindre signe de complication et préparent les couples en amont à accepter un transfert.

« Donc bon moi, deux gestes, tu fais une révision utérine de première intention à la maison, sans forcer, ça ne vient pas, ça vient pas hein, moi c'est, après je transfère hein. Parce que, il vaut mieux qu'elle fasse son hémorragie à la mater qu'à la maison. Alors moi c'est clair que je ne prends aucun risque. Tu me diras, j'aurais pu gratter un peu plus fort, non. Moi, j'essaye une fois, ça ne marche pas, je transfère. Ça c'est pareil hein, elles te le diront toutes d'ailleurs, celles qui font de l'accouchement à domicile, on fait une tentative, ça ne marche pas, on transfère. […] C'est pareil hein, une maman en cours de travail, heu, qui pousse, qui pousse, qui pousse pendant deux heures, après on transfère hein. Si au bout de deux heures, elle n'a pas sorti son enfant, on ne va pas attendre

trois heures, on s'en va. Ça s'trouve il naîtra très, très bien à la mater par voie basse et elle te dira, "Ben quand même, pourquoi tu m'as transférée ?" Ben ouais, mais pour nous, ça bascule dans le cadre patho. Donc on ne prend pas de risque. Et quand tout ça c'est expliqué en amont, pendant la préparation à l'accouchement, c'est très bien vécu par les couples déjà et j'ai envie de dire, même ce que moi j'aime beaucoup, c'est quand c'est même eux qui vont te dire, "Élisa, on va peut être y aller", parce qu'ils ont tout compris. Et c'est ça qui est sympa, quand on en arrive à ça. Quand c'est finalement le couple qui va se dire, je sais pas, trois secondes avant que tu le dises, "ouais, on va y aller non ?" Ouais, ouais, c'est ce que j'allais vous dire. Et là, et là tu te dis, ils ont compris, ils ont compris la démarche, qu'on n'est pas des folles dingo et que… Quand ça va pas, ça va pas. » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

Les différences de définitions du risque et de la sécurité définissent des prises en charge différentes.

« De toute façon, les gynécos te diront bien, ça n'existe pas les grossesses physio, ils disent grossesse à bas risque. Alors que nous, dans notre définition de notre métier c'est, accompagner des grossesses physiologiques, tu vois… Même, tu vois, même notre vocabulaire c'est pas le même en fonction des professions. Il faut dire que le gynéco est quand même formé à de la pathologie. C'est ce qui différencie nos deux métiers d'ailleurs. » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

L'exemple de la délivrance dirigée.

L'attachement plus ou moins prononcé au respect de la physiologie de l'accouchement amène les sages-femmes à aborder certains gestes techniques de différentes façons. Un exemple probant et récurrent dans les entretiens est celui de la délivrance dirigée.

« À la suite d'une garde y'avait une demi-heure de staff. Donc on tenait compte au chef de service. On lui tenait compte de comment on avait bossé dans la nuit et heu… Bien entendu, quand il tombait sur mes dossiers et que ça avait eu lieu dans la chambre, où que ça avait été tellement rapide qu'on n'avait pas eu le temps de mettre de Syntho, oh !... Il me regardait… […] L'air de dire "Ben ! Faut mettre du Syntho quand même !" Et je lui dis, "ben pourquoi ?", "Ben, pour la délivrance…" […] Et je lui dis, "ben la dame elle a accouché toute seule comme une grande", heu… Moi ça me convenait tu vois. Mais ça, ça le, ça lui restait un peu en travers de la gorge. » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

L'utilisation d'ocytocine de synthèse pour le déclenchement ou l'accélération du travail augmente les risques d'hémorragie de la délivrance. Pour pallier ce problème, certains services imposent la délivrance dirigée (sous ocytocine) à toutes les parturientes.

« Les hémorragies de la délivrance, vu tout ce qui est sorti et machin, j'ai fait un protocole, tout le monde à son Syntho pour la délivrance. […] Donc en théorie on fait des délivrances dirigées chez tout le monde, parce que ça été prouvé que, on diminuait par 2 le nombre d'hémorragies de la délivrance et comme c'est encore ça qui est la cause de mortalité en France chez les femmes, on n'a pas trop le choix. Donc c'est vrai que moi… Ça me parait outrancier, parce que jusque là on l'avait réservé qu'aux femmes à risques, mais voilà la pression est telle que… On pouvait pas trop faire ça quoi, de toute façon j'avais dit au gynéco là qui était venu [elle chuchote], il avait dit, vous n'envisagez même pas de faire autrement… Il s'était rendu compte que des sages-femmes ne le faisaient pas, elles se sont fait engueuler… Et puis c'était trop disparate donc j'ai dis allez, on le met à tous et point. Mais c'est aussi pour nous protéger parce que si, en cas de souci… » (Entretien avec Yveline, gynécologue-obstétricienne, responsable de pôle et Alexandra, cadre sage-femme.)

Pour certaines sages-femmes cette systématisation paraît excessive.

« Autant il y a des recommandations qui paraissent logiques, mais alors ça franchement ! Je ne savais même pas au début… Mais qu'est-ce que ce qu'ils appellent délivrance dirigée ? Parce que moi, j'ai pas connu ça. Et puis comme je ne suis plus dans les hôpitaux… Y'a un moment donné où dans les formations où j'ai dit, mais attendez, moi je suis sortie depuis longtemps des hôpitaux, expliquez-moi la délivrance dirigée là, parce que je ne comprends pas. Elle me dit, "Ah, tu fais un flash de synto au moment de la délivrance." Mais je dis, mais quel intérêt ? Si elle délivre toute seule, quel intérêt ? Il faut le faire sur des signes d'hémorragie ! Ah ben non, les recommandations c'est que, on est le premier pays où on a les femmes qui décèdent par hémorragie de la délivrance, donc, en amont et d'ailleurs on a eu cette discussion avec une gynéco, qu'on adore hein, qui chaque année fait des formations, nous fait en janvier normalement, vraiment une formation purement médicale, donc elle nous met toujours à jour de tout ce qui se fait, recommandations tout ça et on a parlé justement et j'ai dit, mais attendez heu, vous vous rendez bien compte que si la femme fait une hémorragie de la délivrance, certes elle peut la faire parce qu'elle a une pathologie elle-même, mais parce qu'on a pu induire aussi des choses ! Par la péridurale tout ça… "Ah mais non, c'est pas possible !" Complètement fermée ! Et elle n'avait que des sages-femmes libérales en face d'elle ! Donc je te dis pas ! Un moment donné on s'est arrêté parce que on s'est dit, ça va mal finir… Parce qu'elle n'entendait rien ! Elle n'entendait pas que les… Voilà, c'est, on a des hémorragies de la délivrance, c'est la première cause de mortalité en France, qu'est-ce qu'on fait ? On met quelque chose pour diriger ! On va pas se poser la question de savoir pourquoi on a des hémorragies de la délivrance ? C'est-à-dire que, on met un pansement, bien dessus en disant voilà, il faut arrêter les hémorragies de la délivrance… Mais on va pas se dire…Voilà… Et moi je serais assez curieuse de voir, alors, peut être que ça existe, je ne sais pas, le nombre d'hémorragies de femmes qui accouchent à domicile… Qui sont transférées pour hémorragie de la délivrance ? Ça serait vachement intéressant !... Peut être que ça existe en études hein, je ne sais pas…. Mais de faire un comparatif… » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

Pour Anne, l'application de ce protocole, jusque dans la prise en charge proposée dans le cadre de l'expérimentation des maisons de naissance est révélatrice d'un manque de confiance en la physiologie, contradictoire avec la pratique des sages-femmes.

> « Déjà on sentait que, on arrivait pas à lâcher… Sur la disponibilité et l'engagement… Et puis je dis, ben toute à l'heure vous avez parlez aussi de la délivrance dirigée, alors une maison de naissance… Les femmes elles ne sont pas perfusées à priori ? Ah non, non, non, mais la délivrance dirigée on peut aussi la faire en intramusculaire ! C'est-à-dire que elle, elle était en train de me défendre un lieu où on allait prôner l'accouchement physiologique, le respect de l'eutocie et de l'accouchement naturel sans avoir elle-même confiance en cette physiologie parce que de toute façon elle y intégrait quand même l'injection systématique ! Voilà. Donc heu, c'est ça qui m'inquiète une peu, c'est de me dire on va prôner des lieux physiologiques alors qu'on n'a pas confiance en la physiologie. Si on n'a pas confiance en la capacité du corps de la femme de sortir le placenta, pourquoi on aurait confiance pour la sortie du bébé ? » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Les sages-femmes libérales rencontrées s'opposent aux actes médicaux systématiques, injustifiés selon elles, pour une majorité de parturientes et sources d'effets iatrogènes.

> « C'est les recommandations de l'HAS par exemple qui imposent tel protocole, enfin qui imposent, qui recommandent… Hum, c'est un peu imposant quand même… Ils ont fait leurs études et leurs recommandations par rapport à un fonctionnement de prise en charge. Typiquement, la délivrance dirigée, c'est l'injection d'ocytocine pour la sortie du placenta. On a constaté, enfin à P. c'était le cas, "quand même, heu qu'est-ce qu'elles sont anémiées les femmes en suites de couches ! Qu'est-ce qu'il y a de saignements à l'accouchement ! Ouais c'est pas terrible, bon allez on va faire systématiquement des injections d'ocytocine ! Ah, ben ça va mieux depuis !" Bon ok. Donc aujourd'hui, dans la formation et à la source des sages-femmes, "Ah ben oui une délivrance il faut forcément faire une injection d'ocytocine hein ! Parce qu'on a quand même prouvé que ça réduisait de moitié !" Ah mais oui, mais l'analyse n'a pas été de se dire, est-ce que la prise en charge et les manières de faire n'ont pas été à la source de quelque chose ? Donc après, nous qui avons une prise en charge complètement différente, on veut nous imposer ça ! On fait, "Hein, quoi ? Vous ne faites pas de délivrance dirigée ?" Mais oui mais nous, par l'autre travail qu'on fait en amont, on n'a pas les mêmes constats de saignements ! Donc pourquoi est-ce qu'on devrait absolument l'imposer ? » (Entretien avec Pauline, sage-femme libérale.)

Pour quels bénéfices ?

Pour Josiane les plans de périnatalité ont favorisé, notamment par la fermeture des petites maternités au profit des grandes structures médicalisées, la systématisation de la médicalisation

de l'accouchement. Il s'agit pour elle d'une victoire des professions médicales périnatales sur l'accompagnement proposé par les sages-femmes.

> « On est en plein dans le plan de périnatalité, oui, la victoire des deux corps, les pédiatres réanimateurs et les anesthésistes, voilà qui a gagné dans le nouveau plan de périnatalité. C'est la victoire de deux corps médicaux, pédiatres réanimateurs et anesthésistes… Bénéfice net, péridurale… Plus que vous en voulez [rires] et grands, grands prématurés. Plus quand même, j'ai oublié un autre corps qui en a beaucoup, beaucoup bénéficié ce sont les obstétriciens qui se sont intéressés à la PMA… Voilà… Voilà le bénéfice du plan de périnatalité… […] Les indicateurs de santé publique etc. Ils s'en tapent le coquillard, ils s'en battent l'œil hein, alors là. La preuve, c'est qu'on est… Au niveau des, de la mortalité, de la morbidité maternelle, il n'y a pas d'amélioration. On baisse, on se dégrade hein, les hémorragies de la délivrance hein, on ne fait rien, maintenant avec la péridurale, les hémorragies de la délivrance ça augmente de plus en plus. Si bien qu'il existe une maternité à Paris, Debré, où les sages-femmes font systématiquement une délivrance artificielle. Ils vont chercher le placenta pour éviter une hémorragie de la délivrance.
> Moi : Ça va encore plus loin que ce qu'on appelle la délivrance dirigée alors ?
> Josiane : Oui ! Délivrance artificielle, hop, on va dans l'utérus chercher le placenta comme ça on va éviter l'hémorragie. [Rires] C'est merveilleux ! C'est merveilleux ! Où est-ce qu'on est dans la santé publique hein ? » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

La sécurité pour les sages-femmes libérales, réside dans leurs connaissances des patientes afin de leur éviter les actes, généralisés et systématiques pratiqués en structures dont elles n'ont pas besoin.

> « Une femme qui n'avait rien d'inquiétant objectivement mais le médecin lui il commençait à dire, si, elle a peut être ci, elle a peut être ça, il a l'air gros hein, et puis machin, y'a du liquide hein… Mais lui, il en avait rien à faire de faire une césarienne donc je pense que si je lui laissais cette dame entre les mains, il faisait une surveillance supplémentaire, il voyait que son bébé était gros et qu'effectivement il valait mieux et puis il lui programmait une césarienne deux jours plus tard. Alors que nous, c'est notre combat d'assumer nos convictions et de dire, ben là non, y'a vraiment pas de raisons de s'inquiéter. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Sécurité et respect de la physiologie.

L'idée que l'accouchement non médicalisé avec une sage-femme libérale (à domicile aussi bien qu'en plateau technique) représente une prise de risque, est très présente chez les praticiens, et les sages-femmes qui le pratiquent sont condamnées par ces préjugés. Elles regrettent d'ailleurs,

au regard de leurs résultats, qu'aucune observation objective de leur travail ne soit faite par ceux qui les critiquent.

> « Ce qui m'a toujours fasciné chez F., même d'un point de vue purement technique, c'est de se dire, mais statistiquement c'est passionnant de regarder son travail ! Comment ça se fait que… Ne serait-ce que pour ça… Y'a pas plus de gens qui se posent, qui se penchent sur la question ?! Elle suit plus de 100 personnes à l'année… Là ces dernières années, elle n'avait pas eu de césarienne pendant deux ans et demi… Avec plus de cent suivis par an ! Avec des mamans qu'ont des sièges, des jumeaux, avec des mamans qui ont eu des antécédents, du tout ! Du tout venant, parce qu'on dit "Oui ! Oh, parce qu'elle fait un tri, elle prend que…" Ahrr ! Elle trie personne là ! Elle garde tout le monde, donc heu…Je dis, nom d'une pipe, y'a pas une curiosité intellectuelle, pour dire, là y'a pas un exemple là ?! Y'a un savoir-faire en soi, mais en plus ce type de suivi emmène quand même des résultats ! Je ne comprends pas pourquoi y'a tant de défiance, plutôt à critiquer, à dire hmm hmm hmm et pas un intérêt intellectuel de se dire, heu, ouvrez les yeux quand même objectivement, comptez-nous les problèmes et comptez-nous les… Elle avait quand même eu quelqu'un de la sécu à N., hein, qui a, y'a quelques années, qui avait été intéressé par son activité, même d'un point de vue strictement économique, de dire, dis donc quand même, chez vous les femmes elles sont pas hospitalisées longtemps, elles n'ont pas de complications, elles n'ont pas d'anesthésie, heu, d'un point de vue purement financier, c'était, c'était intéressant. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

La préparation physique de la patiente et la surveillance en continue du déroulement du travail constituent pour Nadia, étudiante sage-femme, une sécurité supplémentaire ou tout du moins un palliatif à l'absence d'un plateau technique extrêmement médicalisé.

> « Elles sont suivies, elles sont complémentées et y'a un vrai raisonnement obstétrical. C'est vrai que les gens disent, "Oh la la, elle va accoucher à domicile !" Heu, voilà, c'est un peu ce qu'on disait, ils ont l'impression que c'est des gens un peu olé olé qui veulent accoucher chez eux parce que c'est « nature » ou quoi que ce soit, mais ils ne se rendent pas compte que les sages-femmes quand elles font des accouchements à domicile, elles sont beaucoup plus, enfin… Les accouchements sont beaucoup plus planifiés et beaucoup plus cadrés qu'un accouchement à l'hôpital, parce que, c'est ce que disait Anne, à l'hôpital on se dit, si y'a un souci de toute façon y'a toujours quelqu'un pour heu, alors que à domicile, on est attentif au moindre signe d'appel parce qu'au moindre signe d'appel, ben on retourne dans une structure quoi. Et après, y'a quelque chose que je trouve très drôle, c'est qu'en France on dit oui, oui, on veut développer les maisons de naissance, on veut développer les maisons de naissance, mais par contre les accouchements à domicile, non. Mais qu'est-ce ça change entre l'accouchement à domicile et les maisons de naissance ? Rien. Rien, à partir du moment où c'est une vraie maison de naissance, ils veulent pas de maisons de naissance à trois cent mètres de l'hôpital, c'est pas une maison de naissance, c'est une maternité, à côté, mais un accouchement à

domicile heu… enfin Anne, quand elle a un accouchement à domicile, y'a tout le système pour la respiration, y'a le système pour ventiler, y'a l'oxygène, y'a de quoi perfuser, gérer les choses en urgence et du coup c'est hyper, enfin… Une prise en charge, heu et dans une maison de naissance, c'est pareil quoi… On ne fait pas des choses olé, olé… » (Entretien avec Nadia, étudiante sage-femme.)

Cette conception de la gestion du risque est partagée par Anne qui ajoute que la présence d'une unité de prise en charge, dans le cas des maisons de naissance ou d'un plateau-technique non médicalisé à disposition d'une sage-femme, devrait selon elle, permettre une diminution des interventions médicales.

« J'ai jamais été très bien acceptée, c'était une ruche, hein, 4 500 naissances, elles étaient, pff combien de sages-femmes là-dedans, j'arrivais pas à toutes les connaître… Moi je venais pour une petite dame avec qui je faisais des trucs et elles, elles en brassaient à tour de bras. […] Je dérangeais beaucoup. […] La cadre qui m'avait dit, oui tu comprends, heu, tu fais trop comme à domicile à l'hôpital. Ben je me dis heu… Si ce n'est pas à l'hôpital qu'on peut se libérer de… Je veux dire à la limite si j'accompagne une maman chez elle toute seule, toute seule avec elle, j'aurais plus de raison de la perfuser au cas où, qu'à la maternité où j'ai quinze collègues et une réanimation derrière, hein… Ah mais non, mais ça non. […] Ils nous acceptaient pour venir accompagner les femmes, mais, à condition qu'on borde bien les choses à leur manière. Mais ils cherchaient pas du tout à accepter, à regarder notre pratique et dire ok, heu, mais votre plus-value c'est quoi ?...Voilà… Votre qualité de soins, elle est où vous ? Ben nous elle n'est pas dans le nombre de protocoles qu'on aura fait, c'est le fait qu'on est là pour une dame, qu'on a suivie, avec qui on a fait un certain nombre de préventions. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

L'évolution des pratiques médicales périnatales vers un respect de la physiologie et une diminution des gestes systématiques est cependant observable en milieu hospitalier et s'est concrétisée par l'apport d'enseignements complémentaires auprès des sages-femmes notamment, sur les postures d'accouchement ou encore l'allaitement maternel. Pour Françoise ou Anne, ces formations restent incomplètes si elles ne sont pas mises en pratique dans le cadre d'un suivi global de la patiente.

« Elle a une copine (en parlant de sa fille) qui a fait ses études qui est sortie l'année dernière, à Paris et elle en a plein la bouche en disant, "ouais, j'fais des accouchements physio, etc. Maintenant à l'école on nous forme beaucoup à la physio, les postures d'accouchements, les trucs", etc. Mais en pratique ! Oui on est revenu à faire moins d'épisiotomies par exemple, ok très bien, mais est-ce que vraiment sur le fond elles sont vraiment dans la connaissance eutocique ? Je n'en suis pas persuadée. Mais c'est embêtant parce que du coup elles ont l'illusion, parce qu'elles ont fait une formation en

posture d'accouchement, ouais on va faire des accouchements hyper naturels, hyper machin mais… Elles s'enferment dans d'autres pratiques…

Nadia : Mais c'est parce que c'est un morcellement complet. Elles se rendent pas compte que c'est bien d'avoir une bonne position pour le travail, de bouger la femme, tout ce qu'on veut, mais elles se rendent pas compte que c'est pareil, si la femme elle a pris 35 kilos, vous aurez beau la mettre dans tous les sens, quoique ce soit, ben y'a un moment ça va bloquer quand même et ça va poser souci et elles ne mettent pas ça… Pareil, on a beau mettre la femme dans tous les sens, si la femme elle reste toute seule pendant 12 heures dans sa salle de travail, elle va stresser et elle va bloquer.

Anne : C'est ça, on en arrive encore à la globalité quoi ! » (Entretien avec Nadia, étudiante sage-femme et Anne, sage-femme libérale.)

Mme de Gasquet elle-même, qui a mis en place et dispense les formations sur les postures d'accouchement tant convoitées par les maternités, reconnaît qu'une formation sur quelques jours ne suffit pas à changer les habitudes professionnelles.

« D'une manière générale elles sont très réceptives et très… Ça leur correspond parce que c'est des choses, c'est un langage qu'elles comprennent, c'est un peu ce qu'elles ont envie de faire, après dans la pratique, c'est difficile et c'est la routine qui reprend le dessus, la position habituelle… Très souvent je vois que, au début c'est très enthousiaste, etc. Et puis quelques années plus tard, il reste rien. Je reviens et hop, on recommence et y'a des plus jeunes et… » (Entretien avec B. de Gasquet, le 8 décembre 2012.)

L'ANA (Accouchement non assisté).

Pour Sophie, il y a aura toujours des couples qui souhaiteront donner naissance à leurs enfants chez eux et le risque, si les sages-femmes abandonnent totalement la pratique de l'accompagnement à domicile, est que ces couples fassent le choix d'un accouchement non assisté.

« Il y aura de toutes façons toujours des femmes qui accoucheront à la maison. Même si on l'interdit, il y en aura de toutes manières. Et moi je trouve que l'évolution qu'on a là actuellement, c'est que, comme on refuse des gens, et bien les gens ils se disent "on s'en fout, on se démerde tout seuls." Et ça c'est grave. Ça c'est grave. Ça c'est dangereux et là on va aller à la catastrophe. » (Entretien avec Sophie, sage-femme libérale.)

Karine exprime également son inquiétude au sujet des accouchements non assistés.

« Je trouve que c'est une défaite terrible, parce que… D'être obligé d'être dans une telle marginalité, d'être dans une telle heu… Non, je… Oui, je trouve que c'est vraiment fâcheux… Sinon, on admet qu'une sage-femme ça sert à rien quoi… […] On ne m'empêchera pas de penser que malgré tout on peut avoir besoin de faire un geste… […] Et puis on a des façons d'anticiper même, des choses qui ne se passent pas et… Au moment où on sent des trucs qui ne vont pas… Ça ne passe pas forcément par des gestes techniques, mais la connaissance de l'obstétrique malgré tout elle me paraît quand même importante.» (Entretien avec Karine, sage-femme enseignante.)

3- La place de la sage-femme, des visions différentes de la pratique.

L'accouchement, l'essence du métier ?

De même que dans tous les corps de métier, la profession de sage-femme n'est pas épargnée par des divergences d'opinions, voire de pratiques, impliquant par là différents modes d'accompagnement et de prises en charge.
Hormis les femmes fortement attachées à un mode d'accouchement ou à un autre et qui par conséquent vont se renseigner en amont afin de faire un choix éclairé d'un lieu ou d'un praticien pour accompagner leur grossesse et leur accouchement, la majorité des futures mères ne semblent pas consciente des enjeux de leur choix sur leur future prise en charge.

Outre la distinction entre les sages-femmes fortement attachées à la technique et celles qui souhaitent privilégier le contact humain (sans oublier une très grande partie certainement qui allient les deux autant que possible)… Il y a, pour Josiane, celles « qui ne quittent pas la salle de naissance » et celles qui pensent que ce n'est pas leur place.
Il y a en effet des sages-femmes qui considèrent que leur rôle n'est pas d'être auprès de leurs patientes au moment de l'accouchement, alors que pour d'autres, cet accompagnement demeure l'essence même de leur métier.

En premier lieu, l'occupation par le matériel moderne de surveillance et les méthodes médicales d'analgésie et de direction du travail semblent être en partie responsables de l'abandon par certaines sages-femmes de la pratique de l'accouchement. Elles ont en effet remplacé l'observation et l'écoute attentive d'une part et d'autre part les connaissances théoriques et pratiques de la mécanique obstétricale propres à l'accompagnement du déroulement physiologique, dont les sages-femmes sont par définition les garantes.

« Donc justement y'a les sages-femmes heu, les hyper-techniciennes quoi, celles qui sont, heu, qui… Justement, qui sont très à l'aise, qui sont très à l'aise dans… remarquez, je l'étais hein… enfin toutes les machines et tout ça, ça m'énervait, mais l'art de l'accouchement c'est quand même quelque chose de très, de très important. Mais petit à petit c'est passé par toutes les machines possibles et imaginables quoi. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Pour Josiane, le positionnement des sages-femmes qui ne souhaitent pas ou plus faire d'accouchements parce qu'elles considèrent que leur place d'accompagnante, face à un système hospitalier qui laisse peu de place à l'interaction entre les professionnels et les parturientes, n'est pas d'être présente à l'accouchement mais bien dans le pré et post-natal, soulève la question omniprésente de l'identité de la sage-femme.

« Moi : Il y a des sages-femmes qui sont libérales qui ne font que du pré et post natal mais pour qui c'est exercer pleinement leur profession…
Josiane : Oui. Mais c'est de là, c'est là que se pose la question de l'identité de la sage-femme. […] C'est très intéressant ce qu'on est en train de dire…, ce dont on est en train de débattre. C'est peut-être de là que vient l'opposition entre les relationnelles et les techniciennes. Et… On a pu un certain temps se garder d'en, dans certains îlots on pouvait être relationnelle et technicienne, c'était le cas de la maison de la naissance, ça été le cas des petites maternités. […] Il y avait vraiment ce, ces multiples facettes du métier. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Paradoxalement, Valérie qui est sage-femme libérale et ne pratique pas d'accouchement, est très attachée à la qualification des sages-femmes comme professionnelles médicales,

« Il faut aussi qu'elles intègrent qu'on reste médicales. [...] Je suis pas la bonne copine quoi. Je suis d'abord sage-femme, professionnelle, médicale… [...] Voilà, elles viennent me voir en tant que professionnelle médicale. Ah moi, ça me hérisse le poil personnellement quand les dames me disent "j'ai vu mon médecin, j'ai fait la déclaration de grossesse, est-ce que vous pouvez me suivre ?" Ça ça m'énerve, rien que ça, déjà ça m'énerve. Parce que ce sont des dames qui n'ont pas intégré le médical de la sage-femme. [...] C'est ma politique à moi hein ! Je ne veux pas que le médecin fasse la déclaration de grossesse… Je vous la fais !... Je suis médicale… Je suis comme un médecin, donc je vous la fais. » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

Alors que Josiane qui a toujours été hospitalière, se sent avant tout « subordonnée » mais juge que cette position, qu'elle accepte au sein de la hiérarchie hospitalière, ne nuit pas à l'identité de sa profession.

« L'identité elle est, elle est posée sur des fausses images, donc on ne peut pas avoir une identité sur des fausses images. Profession médicale, ça me fait crever de rire. Parce que, profession médicale subalterne, subordonnée… Oui, profession subordonnée. On est une profession subordonnée. Il vaudrait mieux dire, ben oui, on est subordonnée et alors ? En même temps je suis fière. Je suis fière d'être subordonnée et d'être à ma place. Et à ce moment-là on peut être beaucoup plus… On dirait que c'est une espèce de… Oui, je vous dis, gardienne de l'eutocie, de la physiologie, toutes ces espèces de, de mensonges… Ce sont des mensonges… Et on ne peut pas créer une identité sur des mensonges… Ça n'est pas possible. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Selon Josiane la pratique hospitalière ne peut, par sa configuration, répondre à la définition de la sage-femme comme « gardienne de l'eutocie » ou de la physiologie.
La profession de sage-femme est bien un métier aux « multiples facettes », où certaines seront plus à l'aise avec l'art de « l'obstétrique à mains nues », d'autres avec les procédés médicaux ; où certaines mettront l'accouchement au centre de l'expérience de la future mère et de leur pratique, d'autres non.
Pour Anne et Françoise, « l'art des accouchements » représente « l'essence du métier ».

« Ce n'est pas qu'on va résumer les sages-femmes aux accouchements, c'était quand même… L'origine du métier c'était ça ! Y'avait pas le suivi de grossesse d'ailleurs, autrefois, c'était quoi, c'était… On faisait juste les accouchements, point. Après on a instauré au XIX^{e} siècle, ce que c'était qu'un suivi de grossesse, on a fait de la prévention et tout ça, mais la sage-femme c'était quand même, l'accouchement. […] C'est un truc complètement absurde, finalement on ne fait plus l'essence de notre métier quoi. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

« Elles ont complètement perdu l'essence de ce métier. Elles ne sont pas dans le combat. Si, elles sont dans le combat pour leurs horaires, pour leurs pépettes, heu… Elles ne sont pas dans le combat… Tu vois, le combat noble. [...] Oh, tu sais, les sages-femmes, elles font leurs heures et puis c'est tout. C'est pour ça que je te dis qu'elles sont aussi artisans de ce qu'on vit aujourd'hui, hein… y'a pas que les femmes… y'a pas que les médecins…c'est un ensemble. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Le regroupement des petites maternités en grandes structures a réduit les effectifs au profit de la technologie. Cette transformation de l'environnement hospitalier a entraîné pour les sages-femmes une dégradation de leurs conditions de travail et une diminution de leur disponibilité pour les patientes. Une des conséquences semble être le désintérêt d'une partie de la profession,

particulièrement attachée à l'aspect humain de l'accompagnement, envers le milieu hospitalier et donc envers les accouchements, puisque la majorité y ont lieu.

> « Parce qu'en sortant de l'hôpital, certaines fois je me disais… Je ne me souvenais plus des visages des femmes que j'ai accouchées. Je me revoyais mettre la perfusion, percer la poche des eaux, la pose de la péridurale, enfin voilà, accoucher le bébé et passer à une autre et voilà et en fin de garde je me disais, pff… j'ai fait que ça quoi… Donc je ne voyais plus, je ne voyais plus les femmes. […] Et puis ce travail à la chaîne quoi… Humm… Et puis la pression médico-légale, les médecins, la pesanteur, voilà. » (Entretien avec Blandine, sage-femme de PMI.)

Quitter l'hôpital.

Lisiane et Blandine, comme de nombreuses sages-femmes libérales, se sont installées pour faire du suivi de grossesse et de la préparation, « justement pour ne plus faire d'accouchements ! ». Ces professionnelles parlent alors de « saturation », de « ras-le-bol ». Elles préfèrent « ne plus faire d'accouchements, si c'est pour les faire dans ces conditions. »

> « J'en avais marre de piquer les gens… de faire des prises de sang, ah ! ça c'est clair. J'en avais marre des conneries, heu, par exemple, heu, une femme qui avait un problème après l'accouchement, heu, pour faire pipi, donc on appelle un urologue, l'urologue qui palpe le ventre de la dame, qui pensait que c'était une grosse vessie, qui savait pas, alors que c'était l'utérus, et qui demande de faire un sondage urinaire pour voir si elle avait pas de résidu d'urine dans la vessie… et j'ai été obligée de le faire, alors que je savais bien qu'elle avait sa vessie vide puisque je sentais bien l'utérus quoi. Mais bon, sage-femme, on doit faire ce que dit le médecin. Sauf que j'aurais pu dire, heu, moi je ne suis pas d'accord quoi, y'aurait pu avoir une discussion. Mais j'étais pas à l'aise avec les médecins quoi, ils écrasaient, enfin moi c'est comme ça que je le vivais quoi. Quand je suis arrivée la première fois là-bas, y'avait les deux vieux chefs de clinique et y'en avait un il s'adressait à une autre sage-femme pour mes patientes à moi. Donc heu… c'est pas très aimable quoi, hein, vraiment pas. » (Entretien avec Lisiane, sage-femme libérale.)

Blandine se sent plus impliquée dans l'accompagnement des femmes depuis qu'elle a quitté l'hôpital. Elle dit se sentir plus « utile » auprès des femmes dans l'établissement d'une relation de qualité pendant la grossesse que par sa présence en salle de naissance et ajoute,

> « Donc la sage-femme c'est ça je pense, c'est vraiment… On est… On est de passage dans la vie d'une femme. Mais il faut que ce passage-là soit déterminant quoi. Il faut pas le rater, oui, c'est important…. Il ne faut pas le rater ce moment-là. Donc c'est pour ça que moi je trouve que, que

sage-femme hospitalière heu…, pff…, on est juste technique… La technicité oui, mais PMI, libérale, c'est, on est plus dans la vie de la femme, c'est plus long et c'est… L'accompagnement est plus important et on établit une relation et après il faut savoir justement partir… Elle, elle reprend sa vie… » (Entretien avec Blandine, sage-femme de PMI.)

Le facteur évoqué en second lieu, pour expliquer les divergences de positionnement des sages-femmes, serait l'envie ou au contraire la crainte, de se confronter à l'événement de la naissance.

« Et bien évidemment, l'accouchement ! Ah, l'accouchement [...] Je crois que la présence d'une sage-femme à l'accouchement… C'est un moment de vérité. C'est un moment de vérité. Et que…, c'est un moment de vérité qui est tellement... [...] Tellement porteur de… D'une part d'incertitudes, mais d'autre part de grandes heu, d'une gratification extraordinaire ! C'est des moments… C'est quand même des moments, heu… exceptionnels quoi. Et des moments de, d'une force de vie, d'une énergie extraordinaire. Donc est-ce que dire ce n'est pas mon rôle, c'est dire je ne peux pas me confronter à ce moment-là. Est-ce que ça peut être ça aussi ? De dire, je ne peux pas me confronter à ce moment-là ? [...] Parce que c'est quand même une confrontation. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Ce point de vue rejoint celui d'Anne et de Françoise, qui perçoivent, au travers du désengagement des sages-femmes libérales envers la pratique de l'accouchement, une forme de déresponsabilisation. Elles notent également que l'absence d'assurance pour la pratique des accouchements à domicile, alliée aux difficultés d'accéder à un plateau technique, ne font que renforcer le sentiment d'insécurité et la crainte de pratiquer des accouchements en tant que libérales.

Au-delà des conditions de travail, le vécu et la personnalité de chaque sage-femme influent sur sa trajectoire professionnelle. Pour Blandine l'accouchement n'est qu'un « acte technique » et représente une part minime de l'accueil du nouveau-né.

« L'accouchement, c'est un acte technique… Mais je pense qu'il y a autre chose dans l'accouchement, il y a la naissance d'accord, mais il y a la mise au monde, je veux dire, heu arriver au monde. Donc heu, moi j'essaye de… J'essaye que l'arrivée au monde de cet enfant se passe le mieux possible. Après, l'acte de l'accouchement, ça se fait à l'hôpital, heu, voilà. J'accompagne plutôt dans ça quoi. Quelle place il va avoir cet enfant, dans la famille, dans… Voilà, dans la société. Donc c'est un autre accouchement. [...] Parce que bon, un accouchement, un pompier peut faire un accouchement, ils en font hein. Donc heu, je veux dire, c'est pas compliqué un accouchement en lui-même hein. Mais l'accompagnement, l'arrivée, la naissance d'un enfant… Voilà… Préparer la

femme à devenir mère ou l'homme à devenir père… La place que l'enfant va avoir dans ce duo-là, dans ce duo qui va devenir un trio. » (Entretien avec Blandine, sage-femme de PMI.)

On retrouve dans son discours l'évocation de l'évolution de la prise en charge de l'accouchement, de l'attachement à la maîtrise de la douleur et du travail par la psychoprophylaxie obstétricale, à la prise en charge plus globale de la naissance par la préparation à la naissance et à la parentalité.

Valérie a longtemps travaillé dans l'humanitaire et reconnaît que ce sont ses expériences d'accouchements dystociques qui ont renforcé ses appréhensions dans la pratique des accouchements.

« Mais après, je vais les revoir en consultations ces femmes.
Moi : Oui. Si elles reviennent aussi, c'est qu'elles apprécient cette continuité.
Valérie : Oui, oui. Le lien est fait. Mais je suis claire dès le départ, je leur présente bien les choses en leur disant, je ne serais pas là à la naissance. Parce que moi, je ne le ressens pas comme une nécessité, pour moi en tant que sage-femme, d'aller faire des naissances. Parce que d'abord, je suis une hyper angoissée, sans doute à ce moment-là et que je me dis, il peut y avoir une patho… voilà, mais parce que j'ai le vécu aussi de l'humanitaire où je n'ai fais que de la patho et de la grosse patho, où j'étais toute seule à me débrouiller, sur des trucs assez terribles, donc ça m'a pas aidée, mais je pense que même élève sage-femme, quand j'ai fait mes études, c'était pas forcément mon truc. » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

L'attirance ou le rejet, sur un plan émotionnel, envers la pratique de l'accouchement, se retrouve dans l'analyse de Josiane.

« A contrario il y a les addictes de la salle d'accouchement. Je les appelle les addictes, c'est-à-dire des sages-femmes qui ne sont qu'en salle d'accouchement. […] Et que viennent-elles y chercher ?... Et moi j'en ai conclu… Alors, c'est un peu caricatural, mais je suis facilement caricaturale, j'en ai conclu qu'elles ont quelque chose des ogresses. C'est-à-dire que ce moment, d'intense énergie, ce moment… Moi j'ai vu des sages-femmes sortir de salles d'accouchement… […] Je vois encore ces sages-femmes sortant de salles d'accouchement sur leur nuage, vraiment sur leur nuage. Et énamourées hein, carrément énamourées… C'était à peu près ça. Elles s'infusaient, elles s'infusaient hein. […] Celles qui sont, qui ne peuvent pas laisser, y'a autre chose qui se passe… Il y a autre chose qui se passe… […] Oui, je disais des ogresses, y'a quelque chose de, c'est-à-dire heu, elles pompaient quoi, elles pompent. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

En contrepartie de cette « énergie », de cette « adrénaline » qu'offrirait aux sages-femmes leur présence à l'accouchement, le temps et l'attention portés à la parturiente sont décrits comme énergivores. De surcroît, l'engagement qu'implique un accompagnement global de la patiente, jusqu'à avoir l'assurance du bon déroulement et de l'issue heureuse de l'événement, en ferait une réticence supplémentaire à s'investir dans cette pratique.

> « C'est peut-être la peur de s'engager aussi, de la sage-femme, totalement par rapport à une femme, parce que c'est vrai que quand on nous demande… Quand on nous demande, c'est une autre démarche hein, quand on nous demande pour un accouchement c'est quand même autre chose qu'être là au moment où une femme accouche. Au contraire, et la relation, ce n'est pas du tout le même type de relation. C'est beaucoup moins élaboré comme relation. Donc c'est surtout une réflexion sur la relation qu'on peut avoir aujourd'hui sur la clarté de notre investissement et de notre relation aux gens, c'est ça aussi... » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Malgré ce lien privilégié qu'elle apprécie avec les femmes, depuis qu'elle exerce en libérale, Valérie ne souhaite pas faire d'accouchements. Elle confie qu'elle serait tentée parfois, d'accepter la demande de ses patientes, mais s'est résolue à considérer que ce n'est pas là sa place.

> « Moi : et vous n'avez jamais de femmes qui vous demandent d'être présente pendant le travail ?
> Valérie : Si ça m'est arrivé, mais je leur dis non.
> Moi : Ah oui.
> Valérie : Ouais. C'est pas ma place. Souvent je leur réponds, je leur dis non, c'est pas ma place. Ma place elle est de vous accompagner, elle n'est pas d'être avec vous pour faire la barrière, là, de sécurité. La barrière de sécurité c'est votre conjoint et je dis, mon travail c'est de vous donner l'autonomie et une adaptation où que vous soyez. Je veux dire, heu, je ne les mets pas en attachement vis-à-vis de moi. Mais les collègues avec qui je parle, qui font de l'accouchement à domicile ne les mettent pas en attachement non plus et ça leur paraît logique d'être dans cet accompagnement total de la naissance et même de l'après, c'est quelque chose de normal. Mais moi elles le savent, dès le départ… Que je ne travaille pas à la maternité, je n'ai pas de plateau technique… Peut-être que ça viendra hein, je ne sais pas, mais en tout cas pour le moment, c'est clair hein, dans ma tête. » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

Elle exprime également sa peur de se faire « envahir » si elle fait des accouchements à domicile, d'une part parce qu'elle sait qu'il y a une forte demande et que « le bouche-à-oreille fonctionne bien à ce niveau-là », ensuite, elle y reviendra plus loin, envahir dans le sens de la disponibilité et de l'engagement émotionnel que le suivi global requiert.

« Elle a une qualité de gestes et de… Ce petit grain de folie pour faire des accouchements à domicile que moi je trouve extraordinaire. À chaque fois qu'elle me raconte un accouchement à domicile, je suis là… Béate… Oh la la [rires]. À chaque fois, je me dis, oh la la, qu'est-ce que j'aimerais bien, mais je me dis, mais si je fais, je vais me faire envahir ! [Rires]… Envahir, je le sais hein. » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

Préparer les femmes à un accouchement en structure.

Pour Valérie son rôle est de préparer, physiquement et mentalement, la femme à être actrice de son accouchement malgré son déroulement en structure :

« Je dis, je vais vous demander, on imagine qu'il y a une contraction et vous vous concentrez, à respirer, à vous mettre en lien avec le bébé. Et spontanément elle m'a dit, "vous savez, je crois que je vais avoir besoin de me mettre allongée sur le côté… C'est là que je suis le mieux". Bien, y'a pas de problème, je lui dis, allez-y. Sauf que moi, ma vigilance de sage-femme, ça va être qu'elle s'installe suffisamment étirée au niveau de la colonne vertébrale pour que le bébé descende et rentre dans le bassin… Faut qu'elle replie une jambe, tu vois ?
Moi : Oui.
Valérie : C'est ça mon boulot.
Moi : Oui, mais le jour de l'accouchement ?
Valérie : Ah, ben, faut qu'elle ait cette autonomie-là !
Moi : Si elle se retrouve avec une sage-femme qui… Je ne sais pas, si elle est perfusée, qu'elle a le monitoring, qu'elle est bloquée comme ça… ?
Valérie : Oui. Non, c'est là… Où on doit intervenir et où il faut faire jouer le père et c'est là où il faut… Ça dépend comment tu fais la prépa. C'est-à-dire que là, il faut faire un peu du militantisme en disant, vous n'avez pas à subir ! […] Vous n'avez pas à subir. Même si c'est un premier, même si ça peut être difficile, là, je leurs dis à toutes, là, il n'est pas question que vous ayez un monito avec des contractions, sur le dos ! Pas question ! Vous leur posez pas la question ! Vous vous tournez ! Donc je les avertis déjà. Là, là par contre je fais du militantisme. […] Là, c'est clair et net pour moi. C'est-à-dire que là, je me positionne. » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

Elle ajoute cependant un peu plus loin qu'il faut que les femmes acceptent, soient en confiance avec les pratiques de la sage-femme qui les accompagnera le jour J.

« Il faut vous dire que vous êtes avec une sage-femme, qui est là, qui a ses qualités et qui a aussi ses, ses peut-être ses, ses faiblesses et qui si effectivement elle a des repères, elle va vous demander d'être sur le dos, parce que ça sera plus facile. […] Il faut aussi être dans la confiance et je dis de toute façon, ce jour-là, il faut surtout m'oublier. Je leur dis d'entrée, je leur dis, vous m'oubliez. Parce que je leur dis, si vous pensez à ce que vous avez fait à la prépa, on fait ça, ça, ça, c'est que vous n'êtes plus en lien avec le bébé. Vous êtes où ? Avec votre cerveau. Et si vous êtes avec votre

cerveau, vous avez mal, vous n'accouchez pas bien, le col s'ouvre pas, donc vous m'oubliez. C'est pendant tout le temps de la grossesse qu'il faut travailler la respiration, les postures… Voilà, c'est à ça qu'il faut les amener en préparation à la naissance. C'est pas leur faire ingurgiter des infos et des infos, et des infos et voilà, parce que de toute façon ça sera leur propre histoire. » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

L'idée de transmettre aux femmes des connaissances concernant la physiologie ainsi que les arguments nécessaires à défendre éventuellement sa position, sa demande pour une moindre médicalisation, est aussi partagée par Nathalie et Lisiane qui préparent, dans leur pratique libérale, les femmes à un accouchement en structure.

« Pour les femmes qui veulent autre chose, c'est vrai que c'est notre rôle aussi de leur apprendre aux femmes à dire non, à taper du poing sur la table pour se faire respecter. » (Entretien avec Nathalie, sage-femme libérale.)

Blandine partage cette opinion.

« La femme qui se prépare à accoucher sur le côté et puis "non, non, c'est pas possible", ça… […] Moi j'essaye de leur dire d'en parler quoi, de, d'être chiante hein et de poser des questions parce que ben, c'est votre accouchement, c'est votre corps, c'est votre bébé donc heu, vous êtes, heu, vous devez savoir ce qui se passe. » (Entretien avec Blandine, sage-femme de PMI.)

Karine, quant à elle, s'oppose à toute démarche qu'elle considère « militante » de la part des sages-femmes libérales qui communiquent à leurs patientes l'importance de savoir s'imposer face à l'équipe médicale si la prise en charge ne correspond pas à leurs souhaits. Elle juge que cette attitude peut installer un climat de tension entre les femmes et l'équipe et risque de compromettre la prise en charge de l'accouchement.

« Moi : Qu'est-ce que tu penses du clivage entre les pratiques des sages-femmes hospitalières et des sages-femmes libérales ? Dans le sens où les sages-femmes libérales s'occupent de la préparation à la naissance et que cette préparation ne correspond pas toujours à la façon dont les sages-femmes hospitalières gèrent les accouchements ?
Karine : Alors moi là, je ne suis pas trop d'accord. C'est-à-dire que si t'es sage-femme libérale et que tu es honnête, tu prépares la femme en fonction de là où elle va aller accoucher et aux conditions qu'elle va rencontrer. C'est criminel d'aller lui faire miroiter des trucs. Moi la prépa je la faisais de façon très différente en fonction de si elles allaient accoucher dans la clinique du coin où on appelle le gynéco, où elle sont en position gynéco ou qu'elles accouchent dans le type 1 où éventuellement elles peuvent avoir autre chose. Ce n'est pas honnête, enfin je veux dire. C'est à la sage-femme de s'adapter en fonction du lieu d'accouchement et des conditions qu'elles trouveront. Enfin moi c'est

mon principe. Après, de plus en plus de sages-femmes quittent l'hôpital pour s'installer en libéral, qui connaissent extrêmement bien le milieu dans lequel les femmes vont accoucher et du coup vont pouvoir les préparer en fonction. Moi je trouve que c'est pas, enfin quand tu es libérale et que tu prépares la femme c'est, oui, c'est de la malhonnêteté de lui faire miroiter des choses qu'elle ne pourra pas avoir. Et c'est notre boulot d'être au courant de comment ça se passe. Moi, quand je me suis installée, je suis allée voir comment ça se passait dans les endroits où les patientes accouchaient. T'as pas le droit de leur raconter, il faut que, ou il suffit que vous demandiez ça ou ça si d'emblée tu sais que tu les propulses en opposition à une équipe, c'est pas possible. Par contre, ce qu'on s'était mis à organiser c'est, vous avez un projet vraiment particulier, là je ne peux pas vous garantir que ce soit accepté en fonction de l'équipe, mais allez rencontrer la cadre et l'équipe avant. Et en fait tu te rends contre que ça se faisait très bien. Que les équipes étaient absolument ravies de recevoir ces couples et de discuter. En fait c'est un problème de communication pour beaucoup. Alors moi, je te dis dans les endroits que j'ai rencontrés hein. » (Entretien avec Karine, sage-femme enseignante.)

Elle poursuit ainsi son argumentation,

« Mais c'est pas vrai que tu peux dire à une femme "ouvrez la, demandez ce que vous voulez", on sait très bien que ce n'est pas comme ça que ça se passe. Ça se passe en… Enfin là pour moi c'est pareil, c'est aussi criminel d'aller dire à une femme, parce que tu la culpabilises d'emblée, en gros lui dire, heu, il faut que vous demandiez, il faut que vous demandiez, elle arrive, elle a des contractions, y'a une équipe qu'elle connaît pas, y'a des scialytiques, y'a des scopes y'a des machins, non, elle ne va pas pouvoir… Si elle ne connaît pas le terrain avant. Par contre si elle y a été, si elle a rencontré les cadres, si éventuellement elle se dit, ben, comment faire bien pour m'épanouir malgré cette tutelle-là… Moi je pense que c'est une façon d'amener les choses encore une fois, parce que moi j'en connais plein des sages-femmes qui vont être dans le même état d'esprit que, c'est-à-dire qui vont… Pas être pour aider la femme, mais qui vont être pour que ça participe à leur lutte contre l'institution. Et ça pour moi ce n'est pas admissible. C'est-à-dire que d'accord, elles ont quitté l'institution, d'accord elles sont contre, mais elles ont pas à prendre les femmes comme, comme témoins de ça, pour leur dire après "ben, vous voyez hein, vous voyez, on ne peut pas bien accoucher". T'as pas le droit de faire ça. Il faut se dire, voilà, on a cette contrainte-là et vous l'aurez. Donc, à partir de là, comment par des petits moyens vous pouvez vous, vous épanouir et arriver à ce que vous voulez faire, malgré ces contraintes-là. Et puis ça marche vachement bien hein. J'ai eu que cinq ans d'expérience comme ça, mais je suis désolée, ça a vachement bien marché. Et j'ai eu très peu de gens qui se sont fait, qui se sont fait laminer et mépriser parce qu'encore une fois, c'était juste raisonnable… Et surtout pas, et c'était en leur disant… Parce que là, souvent ils aimeraient bien répondre à ça, sauf que juste ce n'est pas possible parce qu'ils ont aussi leurs contraintes. Et que à partir du moment où vous essayez de faire ensemble et non pas les uns contre les autres… » (Entretien avec Karine, sage-femme enseignante.)

« C'est une faute de la sage-femme, ça moi, je ne supporte pas. Moi je leur disais, dans le meilleur des cas et si c'est possible, voilà ce que pourrez faire si vous vous sentez bien, mais sachez qu'a priori ça ne sera pas possible, non pas par un manque de volonté, mais parce que la sage-femme, ben,… Eh bien, eh bien, elle n'est pas habituée à ça et ça va la mettre elle en difficulté et comme elle ne sera pas à l'aise, elle ne sera pas non plus et je leur dis mais par contre, pourquoi pas, proposez-lui et peut être que elle sera ravie… Et il y en a, qui ont dit, ben moi j'aimerais bien ça, je serais plus à l'aise et on leur à dit oui, ne vous inquiétez pas et en fait ça c'est bien passé. Voilà quoi, je pense qu'il y a quand même la posture de base de ne pas monter les gens les uns contre les autres. Et puis après, quelqu'un qui va accoucher en CHU et que tu prépares en disant "vous allez accoucher à quatre pattes", je suis désolée, ce n'est pas possible, tu lui dis, éventuellement, suivant la sage-femme sur qui vous allez tomber, peut-être, mais la plupart du temps c'est pas possible. Et par contre si c'est très, si c'est le projet important pour cette femme-là et bien tu la diriges ailleurs que dans cet hosto là. Tu la diriges pour qu'elle aille sur un type 1, même à 40 bornes, pour qu'elle puisse le faire, c'est ton boulot. C'est à toi aussi, sage-femme, de ne pas faire de publicité mensongère.

Moi : Oui.

Karine : Faut travailler avec la réalité quoi. L'accouchement c'est la réalité. On est bien plus dévastateur à faire croire qu'on peut faire un truc qu'on sait pertinemment qu'il ne sera pas fait que de dire, voilà la réalité, maintenant on va essayer de faire au mieux avec cette réalité-là. Et là, les gens ne sont pas déçus. » (Entretien avec Karine, sage-femme enseignante.)

La volonté des sages-femmes pourtant semble être, comme l'exprime Sophie, d'accompagner au mieux leurs patientes pour qu'elles soient en confiance avec les professionnels de santé qu'elles vont rencontrer.

« Donc voilà, moi j'insiste beaucoup sur, heu, prenez-vous en mains, vous êtes capables de mettre votre bébé au monde. Voilà, j'insiste sur, investissez la relation avec la sage-femme que vous allez rencontrer, dites-lui ce dont vous avez envie, dites-lui, ben voilà, a priori j'aimerais bien ne pas avoir de péridurale, mais si je craque, accompagnez-moi pour que je ne l'aie pas et puis ben, si vous voyez qu'un moment ça ne va plus ben il faut me la mettre, enfin voilà… Mais que déjà elles aient un petit peu, heu, sans aller jusqu'à idéaliser au maximum, parce que des fois, la chute elle est terrible, mais heu… Voilà quoi, de se prendre en charge quoi. » (Entretien avec Sophie, sage-femme libérale.)

Pour Sophie, c'est la détermination des femmes à faire entendre leurs voix qui amènera les professionnels à revoir leurs pratiques.

« Le CHU… bon d'accord, ils font beaucoup de pathologies, mais les filles, quand elles ont quand même un accouchement physiologique, elles sont super contentes. Et on est de plus en plus, enfin nous c'est parce qu'on a comme retour des femmes qu'on a eu en prépa, qui nous disent, "ben j'ai

pu me mettre comme je voulais", "j'ai pu aller dans la baignoire", "j'ai demandé à pas avoir la perf' tout de suite, je ne l'ai pas eu", heu voilà… y'a plus d'écoute. Mais voilà, après c'est parce qu'on, enfin moi dans ma prépa, je les briefe pour que ce soient elles qui soient actrices de ce qui se passe. Je leur dis, n'arrivez pas les deux bras en l'air à attendre, heu faites de moi ce que vous voulez, non, c'est à vous, enfin moi c'est un discours que je leur tiens, c'est vos compétences quoi, vous pouvez mettre votre bébé au monde, c'est pas, on va vous accoucher. Donc heu, ça, je leur répète tellement que… » (Entretien avec Sophie, sage-femme libérale.)

Le plan périnatalité de 2005-2007, dont les objectifs, a priori proches des investissements des sages-femmes libérales pratiquant le suivi global, tendent vers plus de proximité et d'humanité des services hospitaliers, s'est appliqué, moyennant une importante participation financière de la part de l'État, dans l'amélioration des locaux et donc de l'accueil des couples ainsi que dans le respect de la physiologie du tout-petit. En revanche l'accompagnement qui y est proposé, pour la grossesse ainsi que pour l'accouchement, ne correspond pas à la proximité et au respect de la physiologie de la naissance, telles que le perçoivent ces sages-femmes.

« C'est la personnalité, le feeling, le machin, hein… Ça s'invente pas, hein… C'est en soi. C'est comme pour accoucher… C'est en soi. Et puis de toute façon, y'a autant de façons que de femmes qui accouchent. […] On n'est plus dans l'accompagnement. Le travail est fragmenté, un coup on est au bloc, un coup en suite de couches. Et puis y'a le dossier informatique. Et puis d'un coup le téléphone, et puis une autre femme qui arrive, et puis l'autre, machin, et puis on refait un dossier informatique, et puis voilà comment ça se passe hein. Puisqu'on veut des grosses structures. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Divergence et questionnements.

Le vœu de la profession d'accéder à une meilleure reconnaissance des compétences et au grade de profession médicale s'est concrétisé par l'obtention d'années supplémentaires d'études. L'autonomie au travail [150] demeure néanmoins en questionnement pour beaucoup de professionnelles. Les sages-femmes rencontrées ont également fait part de leurs doutes à propos de l'obtention éventuelle du statut de praticien hospitalier. Selon elles, cela n'améliorera pas les conditions de travail des sages-femmes, principale cause d'insatisfaction tant chez les patientes que chez les soignants.

[150] Cf. Schweyer F-X, 1996, *La profession de sage-femme, autonomie au travail et corporatisme protectionniste.*

Les colloques organisés au sujet des conditions de la naissance[151] sont une des voies par lesquelles s'expriment la remise en question de la surmédicalisation de l'accouchement et l'inquiétude des sages-femmes face à l'avenir.
Chantal Birman, lors d'une émission télévisée[152] résumait ainsi l'idée partagée ici par de nombreuses consœurs :

> « La péridurale, c'est une façon pour les femmes d'éviter d'aller à la rencontre d'elles-mêmes. [...] Elle devrait être réservée aux accouchements particulièrement difficiles. Or, la péri aujourd'hui sert à multiplier le nombre de femmes à surveiller par sages-femmes pour diminuer le nombre de sages-femmes. »

Lors du colloque national des syndicats de sages-femmes organisé en 2013, le pourcentage de 62 % avait été évoqué pour représenter la part des sages-femmes hospitalières qui envisagent de s'installer en libéral. Ce pourcentage est important et pourrait refléter le mal-être au travail que les sages-femmes ont exprimé au début des années 2000. Karine émet l'hypothèse selon laquelle le désaccord des sages-femmes libérales avec les pratiques hospitalières qu'elles ont quittées se ressent parfois dans leur façon d'aborder la préparation à l'accouchement. Ces dernières, quant à elles, expriment avant tout le souhait de soutenir les femmes et les couples dans leur projet de naissance.

[151] Colloques organisés par la Société d'histoire de la naissance, *50e anniversaire de l'accouchement sans douleur*, en 2002 ; *Les sages-femmes d'hier à aujourd'hui*, en 2004 ; *Féminisme et naissance*, en 2007 ; *Accueillir le nouveau-né d'hier à aujourd'hui*, en 2010 ; *Naître à la maison*, en 2013. Colloques organisés par l'Association « Je suis la sage-femme », intitulés *Qui est la sage-femme*, en avril 2014 et *Où est la sage-femme*, en mars 2015.
[152] Émission « Les Maternelles » du 7 février 2013, intitulée « Nos sages-femmes et nous ».

III/ La responsabilité de la sage-femme et le poids du médico-légal.

Les pressions médico-légales sont dans notre société, grandissantes, au même titre que dans de nombreux domaines au sein desquels les professionnels cherchent à se protéger des plaintes éventuelles de leurs clients. La médecine, en mettant en avant la sécurité, l'annihilation de la douleur, la protection contre la mort, a fait naître chez les patients, des attentes en adéquation avec l'offre proposée. Les hommes et les femmes, de plus en plus familiarisés avec le discours médical, ont intégré les pratiques modernes comme un apport indispensable à la préservation de leur santé et la demande envers l'offre de soins n'en est que plus exigeante.

1- Le poids d'une société procédurière.

> « Mais c'est parce que la profession est tuée par le médico-légal. C'est parce qu'elles se rendent compte que si jamais, et c'est humain, qu'elles se rendent pas compte d'un truc et qu'il y a un souci ou quoique ce soit… elles sont enterrées sous terre, […] Je pense que ça pétrifie. Et que, elles n'ont pas été habituées et qu'on leur donne… En fait, la profession n'est pas non plus, ne se serre pas du tout les coudes non plus pour pouvoir mettre en place des pratiques comme ça ! […] Qui prend les décisions comme ça ? C'est les députés, le gouvernement, les politiques. Vous avez déjà vu une sage-femme au niveau des politiques vous ? Si…y'en a une, ou deux, qui sont députés ou quoique ce soit… Mais voilà. Tant qu'il n'y a pas des sages-femmes qui vont monter dans toutes les grandes instances comme ça pour prendre la parole, pour dire écoutez, allez vous faire voir, c'est dans nos compétences, c'est écrit, c'est dans la loi et… Finalement y'a tout ce qui est politique et les lois mais y'a aussi toutes les recommandations des autorités de santé et tout ça [...] c'est incroyable tout ce qu'on peut faire. Mais tant qu'il n'y aura pas de sages-femmes pour monter et prendre la voix... » (Entretien avec Nadia, étudiante sage-femme.)

Pour Dominique, « on utilise trop facilement le procès ».

> « La première patiente que j'ai accompagnée à la maison… Qui est venue me voir… C'est parce que pour sa deuxième grossesse, elle était enceinte d'une petite fille, à qui on avait annoncé qu'elle avait une agénésie du corps calleux, et alors elle dit "Ah bon, mais c'est quoi ça ?", on lui dit que c'est un problème dans le cerveau heu… "Et alors c'est quoi le devenir de ces enfants ?" Vous savez ce qu'ils lui ont répondu ?... "On ne sait pas, la plupart a avorté." La plupart a fait une interruption de grossesse. Elle a dit "Non, moi je ne veux pas d'interruption. Je ne fais pas d'interruption." Elle a

mené sa grossesse au bout, elle a accouché, normalement, avec une collègue libérale, à la maison, et sa fille elle se développe à merveille… Elle se développe à merveille. Et elle s'est dit, de ce jour-là, elle s'est dit : "Jamais plus je n'irai faire suivre ma grossesse dans une maternité." Et depuis, elle a accouché deux fois avec moi… Et elle a des enfants adorables… En pleine forme et tout. Donc… Le doute existe… Mais c'est sûr, qui dit que s'il y avait eu un truc, elle ne se serait pas retournée contre l'équipe ?...

Moi : Oui…

Dominique : C'est ça… C'est difficile pour nous aussi, professionnels. C'est difficile pour les mamans, c'est difficile pour les professionnels parce que… On utilise trop facilement le procès… Trop facilement, beaucoup trop facilement. Mais ça… C'est la loi… » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

Les professionnels de santé sont victimes d'une évolution sociale et culturelle dont ils sont, malgré eux, en partie acteurs. La société de consommation et d'individualisme grandissant, elle génère des patients-consommateurs de la périnatalité. Le mythe de l'enfant parfait, nourri par la modernisation technique et médicale de la surveillance et de la prise en charge de la grossesse, conduit certains parents à ne plus accepter leurs responsabilités envers un enfant hors-norme. Il semble que plus les techniques de détection d'éventuelles anomalies se perfectionnent et plus l'exigence des patients augmente. Les risques de plaintes de la part des usagers s'intensifient et la crainte, justifiée, des professionnels de santé, d'un éventuel procès est exponentielle.

« Moi : Oui…enfin, quand c'est génétique et que en plus on a prévenu la patiente du risque de… On ne peut accuser personne de mauvaise manipulation ?

Dominique : Ah ben oui, si c'est génétique. Mais… on va lui dire qu'à l'écho, on l'a prévenue des possibilités de, mais la patiente, elle peut très bien dire qu'elle n'avait pas compris les choses comme ça. Parce que… Il y a ce qu'on lui dit à la patiente…. Et ce qu'elle comprend. Je me souviens, quand j'étais élève, à l'hôpital de N.… Y'a une dame comme ça, qui a accouché d'un trisomique… Qui a porté plainte… parce qu'on ne lui avait pas dit. Et effectivement, ça n'avait pas été décelé avant, à l'époque il n'y avait pas tout ces trucs-là hein… Ça n'avait pas été décelé. Si bien que, quand l'enfant est né, la collègue qui l'a accueilli a eu un doute… donc ils ont fait, elle a rien dit sur le moment hein, mais ils ont fait des examens et il s'est avéré qu'effectivement, il était trisomique. Eh bien elle a porté plainte la dame !... Parce qu'on lui avait pas dit avant. C'est pour ça maintenant que sur les échographies, c'est bien écrit, bien précisé à la fin de l'échographie que l'échographie ne voit pas tout et ne dispense pas d'un, d'un éventuel truc… » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

Françoise constate que l'attrait pour la pratique hospitalière se traduit parfois par le sentiment d'être mise à l'écart des risques médico-légaux. Cette appréciation, pour elle, n'est pas fondée.

> « …Après on dit, dans un service y'a que le chef de service qui est responsable, les sages-femmes elles disent, à l'hôpital on est couvertes… Tu parles ! Si y'a un problème, devant le juge, elles sont tout nues, aussi nues que moi !... Parce que l'autre dira "ah oui, mais j'ai été appelé trop tard."… Comme il n'est jamais au front en première ligne… On connaît le scénario hein !… Non mais… c'est honteux… » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

C'est ce risque omniprésent du procès, mis en exergue par les affaires « Perruche » en 2000 (procédure engagée en 1992) et « Quarez » en 1997, dans lesquelles une erreur de diagnostic fut mise en cause dans l'impossibilité pour les parents d'enfants handicapés d'avoir eu recours à une interruption médicale de grossesse, qui impacte non seulement sur les pratiques médicales mais également sur les pratiques en matière d'assurance[153].
Les professionnels de santé sont confrontés au quotidien à la « crainte d'actions judiciaires »[154]. De plus, les tarifs des assurances professionnelles en ont été largement modifiés, ce qui explique en partie l'impasse dans laquelle se trouvent les sages-femmes libérales pratiquant les accouchements[155].

> « Le problème est que les risques et donc les montants de prime ont été évalués à la louche par les assureurs qui sont tout puissants et sans contrôle. Ils ont calculé en se basant sur le plus gros risque possible en cas d'accouchement tournant mal sans prendre en compte les risques de chaque spécialité médicale, sans calculer la réalité de la sinistralité. Et le plus gros risque, c'est un enfant handicapé ; donc des indemnisations possibles de plusieurs millions d'euros. Et comme la pensée commune est que "tout accouchement est à risque", alors pour eux "tout accouchement peut conduire à un handicap à couvrir"[156]. »

2- Impacts sur la surveillance de la grossesse et de l'accouchement.

Ces pressions médico-légales qui pèsent sur la pratique des professionnels, engendrent des protocoles de plus en plus contraignants, tant pour les sages-femmes que pour les parturientes.

---

[153] Cf. Labrusse-Riou C., Canselier G., Rondot I., Achmaouli H., Ravelet A., 2005, *Naissances handicapées et responsabilité. Recherche sur l'impact de l'arrêt Perruche sur la jurisprudence et sur les pratiques en matière d'assurance médicale*, Université de Paris-I Panthéon-Sorbonne, Centre de recherche sur le droit des sciences et techniques, UMR Droit et régulation des activités économiques et sociales.
[154] Cf. Moyse D., Diederich N., 2005, *L'impact de l'arrêt Perruche sur les échographistes et les gynécologues-obstétriciens*, Centre d'études des mouvements sociaux.
[155] Le montant annuel de l'assurance s'élève à 22 000 euros, ce qui correspond au salaire annuel moyen des sages-femmes libérales.
[156] Interview de Mme Lavillonière, par Paule Boufferet pour le CDAAD (Collectif de défense de l'accouchement à domicile), le 2 septembre 2014, consultée sur le site du CDAAD.

Valérie prend l'exemple des examens imposés aux parents, lors du suivi de grossesse puis du suivi du nourrisson. Selon elle, une discussion devrait être engagée à ces sujets afin que les futurs parents puissent prendre leurs propres décisions appuyées sur une information claire.

> « Par exemple, les femmes qui sortent de la maternité, on leur dit, "ben maintenant vous faites peser votre bébé une fois par semaine", à quoi ça rime ça ? Moi j'appelle ça du gaspillage. Ça ne rime à rien. Il faut lui dire qu'elle a la possibilité de le faire si elle a un doute… Mais de là à envoyer systématiquement toutes, c'est ça qui m'énerve, le systématique. On prend vite le truc. On se couvre, allez, je lui ai prescrit une surveillance hein, donc moi, je suis couverte hein, c'est bon, j'ai… Elle n'a pas voulu y aller c'est son problème. Eh bien non. Moi je ne suis pas d'accord. […] Même principe, on vient de sortir un truc, maintenant on fait des échographies précoces avec heu, la recherche du risque de trisomie 21. Ça veut dire que tu es à peine enceinte, qu'on te dit, attends, il pourra être gogol ton enfant hein donc il faut peut-être faire des examens. Et la politique encore une fois c'est d'imposer ça aux gens. […] Alors qu'on pourrait juste dire, voilà, vous avez la possibilité de faire un examen avec une recherche des risques de la trisomie 21, voilà, c'est présenté et après les gens font ce qu'ils veulent.
>
> Moi : Oui, mais les professionnels se couvrent. Ils ont une pression…
>
> Valérie : Et voilà. Et pourquoi ils ont cette pression… ?
>
> Moi : Parce que ça à dû arriver, que des couples ayant eu un enfant trisomique se plaignent qu'on ne les avait pas prévenu du risque… que s'ils avaient su, ils n'auraient pas poursuivi la grossesse…
>
> Valérie : Et voilà… c'est ça… tout à fait…
>
> Moi : Oui, les professionnels sont un peu coincés aussi.
>
> Valérie : Oui, ils sont coincés. […] Mais ça pourrait être intéressant, au lieu d'imposer, de discuter, de demander, et si vous aviez un enfant trisomique qu'est-ce que vous feriez ? Et si on te dit "eh bien de toute façon moi je le garde", bon, et ben c'est pas la peine d'aller faire une panoplie d'examens ! […] À quoi ça rime ? Autant laisser la femme s'épanouir dans sa grossesse, avec son bébé, même trisomique s'il est trisomique et puis bien sûr, lui annoncer dès qu'on en est certain. Mais allez lui foutre le doute, dès le départ, y'a quand même moins de trisomiques que de pas trisomiques, donc mettre le doute aux gens, parce que l'attente après du résultat… C'est quelque chose. Et puis ces gens, qui font le triple test et puis qu'on leur dit "vous n'êtes pas dans une population à risque", ils s'arrêtent là, mais "vous êtes dans une population à risque", "ah ben non, je ne veux pas allez plus loin", bon… c'est encore… » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

Son point de vue rejoint celui des couples refusant la première échographie, inutile selon eux, lorsque leur décision est prise de poursuivre la grossesse tant que le fœtus est viable et ce quelle que soit sa condition.

C'est bien souvent ce risque du procès qui justifie, aux yeux des sages-femmes, la mise en place des protocoles, le fait de « mettre des parapluies ».

> « Et puis nous de notre côté, en tant que sage-femme… hospitalière surtout, il y a la peur du procès derrière aussi, de l'erreur médicale. Donc on essaye de mettre des parapluies, voilà… Parce qu'on se dit, si le bébé n'est pas bien à la naissance, on n'aurait peut-être dû faire une césarienne plus tôt alors que voilà, on a peut-être attendu un petit peu parce que la femme, heu voilà. Donc il y a beaucoup de choses qui rentrent en ligne de compte, c'est sûr. » (Entretien avec Blandine, sage-femme de PMI.)

Valérie m'explique dans des termes similaires, l'utilité des protocoles :

> « Si tu veux, en salle nature, les femmes ne sont pas perfusées. […] Elles ont un petit cathéter au cas où. Parce que, ça fait partie du protocole… C'est une mise en garde, une sécurité. Parce que si elles ne le font pas et que la femme, imaginons le pire, elle a une hémorragie en salle nature, la sage-femme est en faute. Au niveau juridique, elle n'a pas fait ce qu'il fallait pour pouvoir éviter heu… […] L'hémorragie c'est ça, c'est la rapidité d'exécution. C'est-à-dire, tu vas la transférer, tu vas appeler l'anesthésiste, tu vas faire une révision utérine, mais tu vas la perfuser la femme, parce qu'elle, elle part… Donc tu la perfuses, tu mets des produits… Si elle n'a pas perfusé, la femme est en train de partir, les veines, elles se collent, donc c'est vachement plus dur pour… Tu comprends ?
> Moi : Oui.
> Valérie : C'est ça le truc, c'est que tu fais du super préventif, tu ouvres le parapluie… C'est ça les protocoles, tu ouvres le parapluie… Donc il faut aussi que les couples entendent ça. » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

Pour ce qui est des préventions systématiques d'usage dans certains établissements concernant le nouveau-né, Valérie se dit plus réticente.

> « Mais il faut que ça reste dans une heu, dans une certaine mesure quand même. Donc quand tu as des projets de naissances, où les couples te disent, moi je veux mon bébé sur moi, je veux pas de soins, heu, voilà… Moi je suis convaincue qu'il ne faut pas faire de soins particuliers à un enfant qui vient de naître, on lui fout la paix ! Quand il va bien, il va bien. » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

La crainte de l'erreur médicale, semble être alimentée également par l'attitude des médecins.

> « C'est lié aussi à comment on a été élevée en tant que sage-femme quoi. On a vraiment été élevée avec la peur du médico-légal, par la peur du médecin et que c'est lui qui décide tout et que nous, ben voilà, on est que des exécutantes. Donc heu, soit on est des exécutantes, soit attention au médico-légal. On a appris la peur de l'accouchement… C'est clair hein. » (Entretien avec Lisiane, sage-femme libérale.)

« Et puis le médecin qui est derrière qui dit que… Et puis parfois, il y a beaucoup de travail à l'hôpital donc il faut libérer les salles d'accouchements, donc il faut déclencher, il faut poser la péri, il faut accoucher et hop, hop, hop et puis c'est à la chaîne, quoi. » (Entretien avec Pauline, sage-femme libérale.)

Fortes de leurs expériences, les plus anciennes se disent enclines à entendre la demande des patientes lorsque le travail se déroule normalement. Les plus jeunes en revanche semblent moins en mesure de s'opposer à l'autorité des médecins.

« Et puis il y a la pression des médecins derrière. La sage-femme hospitalière toute seule n'existe plus, il y a toujours les médecins derrière, voilà, qui disent "Ben alors, cette femme n'a toujours pas accouché ?", "qu'est-ce qu'elle fait là ? Elle est à dilatation complète depuis…", hein, "vous ne l'avez pas fait pousser encore ?", hein, y'a des truc comme ça aussi hein, on est… En tant que sage-femme, on est entre heu…voilà… Alors les jeunes…, nous, quand on a un peu plus de bouteille, on arrive à dire, ben voilà, mais des jeunes sages-femmes qui ont peur, enfin qui veulent faire heu…, donc elles oublient qu'il y a une personne devant elles et puis elles font quoi, parce que le médecin derrière à dit "il faut mettre une perfusion, il faut la faire accoucher" ? » (Entretien avec Blandine, sage-femme de PMI.)

Pour échapper à la tutelle oppressante des médecins, certaines sages-femmes préfèrent travailler de nuit.

« Et donc moi j'étais toujours en salle d'accouchement, en salle d'accouchement… Beaucoup la nuit, je changeais même parfois de garde pour faire plus de nuits que de jours, parce que la nuit t'es tranquille, t'as personne sur le dos pour te dire "T'as fais quoi là ?" ; "Ah, tu fais ci, gnagna…" Et heu…bon, j'ai quand même fait des, j'ai quand même fait des jours hein, mais beaucoup la nuit. » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

« Je faisais des gardes la nuit et je faisais des gardes le weekend… Comme ça on était bien tranquille hein, on était bien tranquille. Et on appelait que vraiment si on avait besoin, le moins possible hein, voilà. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

IV/ Pratiquer l'accompagnement global : préserver son autonomie et l'intégralité de ses compétences.

> « Et finalement, quelque part, j'ai continué ce que Mme C. avait construit. Il faut dire qu'elle a été la seule à tenir le coup, parce que toutes ont cédé au chantage ! Toutes ! Elle l'a payé de sa vie, mais elle a tenu le coup jusqu'au bout. Elle, et elle me disait toujours, Françoise, si depuis les années 1960 je ne m'étais pas battue, il n'y aurait plus de choix dans ce département… Comme y'a plus le choix dans les trois-quart de la France ! Parce que la médecine en France, juridiquement est quand même basée sur le libre choix du praticien, sur les bases juridiques, c'est d'ordre publique, c'est pas une fantaisie des écolos, ou marginaux ou… Quoi de plus normal que de choisir la personne avec qui on va accoucher ? […] C'est pas une excentricité, hein. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

1- Maisons de naissance et accouchements à domicile.

La conviction dans la logique du suivi global, comme bénéfique au bon déroulement d'une naissance et a fortiori à l'épanouissement de la femme et à l'établissement d'une bonne relation avec son nouveau-né, est plus forte pour certaines sages-femmes que le risque qu'elles prennent à exercer sans assurance ou sans le soutien des structures en cas de souci pendant le travail.

> « Y'a un autre souci c'est que y'en a très, très peu qui ont accès à un plateau technique, donc souvent, les sages-femmes qui font de l'accompagnement global, c'est les femmes qui font à domicile, mais elles sont pas assurées. C'est des sages-femmes, moi je peux me mettre à genoux devant elles, elles risquent à chaque fois qu'elles vont travailler, elles risquent heu… Bon elles vont pas, elles vont pas mourir hein ! Mais elles sont dans l'exercice illégal de leur profession. Enfin, elles sont pas en exercice illégal en fait ! La loi dit que les femmes peuvent choisir le lieu où elles veulent accoucher, la loi dit qu'une sage-femme qui se trouve face à une femme qui est en train d'accoucher doit lui porter secours, mais…. Ça veut dire que… Une sage-femme peut très bien faire un accouchement à domicile et que c'était une situation urgente. Seulement au bout d'un moment la Sécurité sociale va voir que, si elle fait une trentaine d'accouchements dans l'année et que bizarrement à chaque fois c'est des situations urgentes, où la sage-femme a été appelée par une femme, qu'elle est arrivée et que bizarre, elle était en train d'accoucher, qu'elle pouvait pas faire autrement… Voilà. Donc en fait c'est très faux-cul parce que finalement une femme doit pouvoir se dire, ben voilà, je peux accoucher où j'ai envie et en même temps heu… Ben voilà. Du coup, elles font que des accouchements à domicile, mais toutes les femmes ne sont pas prêtes non plus aussi à

accoucher à domicile… Ce que je peux comprendre, complètement hein. » (Entretien avec Nadia, étudiante sage-femme.)

Les tentatives de projets de maisons de naissance en France sont longtemps demeurées dans une impasse. Le manque de reconnaissance des compétences de la sage-femme, par les médecins et les sages-femmes elles-mêmes, freine le développement de l'autonomie professionnelle nécessaire à la gestion de maisons de naissance telles qu'elles existent à l'étranger. En effet, les seules propositions acceptées à ce jour, à titre expérimental, sont celles concernant des espaces attenants aux maternités et sous leur responsabilité légale.

« Salarié de l'hôpital ça veut dire toujours être dépendant d'un système, d'une hiérarchie, du chef de service, du machin […] Aujourd'hui, tel que le statut des sages-femmes à l'hôpital est conçu on ne peut pas être autonomes, on est dépendantes hiérarchiquement du médecin chef de service, donc on ne peut pas gérer en autonomie un service, donc forcément ça biaise complètement l'idée d'une maison de naissance. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Aujourd'hui, l'absence de solution adéquate à l'ouverture de véritables maisons de naissance, maintient l'idée pour les sages-femmes libérales pratiquant des accouchements, que l'accès aux plateaux techniques des maternités, qui est un droit établi et régi par des textes de loi, se doit d'être appliqué afin d'offrir une alternative possible aux femmes qui accouchent accompagnées de la sage-femme de leur choix.
De plus, les critères d'inclusion des patientes accueillies en maison de naissance seront fixés par la direction de la maternité attenante, ils seront pour Anne, conséquemment plus limités que dans une pratique libérale.

« Moi : Les maisons de naissance, c'est aussi l'autonomie professionnelle... Avoir un lieu qui soit uniquement géré par des sages-femmes libérales ?
Anne : Oui. C'est une forme de reconnaissance, mais là où je suis d'accord, elles ne sont pas lucides, c'est qu'elles vont défendre des choses, ok elles seront autonomes, mais dans un truc extrêmement restreint. Alors qu'aujourd'hui, elles ont beaucoup plus que ça entre les mains. Et c'est vrai qu'avec la défense d'un accès de plateau technique, c'est remettre en valeur la position d'une sage-femme libérale, qui est respectée en tant que praticien, reconnue dans une compétence et qui va accoucher la personne où elle le souhaite. Alors qu'il y ait des maisons de naissance après en plus, moi je serais la première ravie de me dire, ok c'est reconnu, ben une telle je préfère l'accoucher en plateau technique parce qu'il y a tel antécédent, une telle chez elle parce que ça le fait bien chez elle, une telle en maison de naissance, parce que la maison de naissance ça permet aussi d'avoir comme du domicile mais en mettant les gens au même endroit, parce que la question à domicile c'est quand le

domicile il est là, il faut aller là, faut aller là, des fois c'est compliqué, donc voilà et puis de se dire, la maison de naissance, elle sera toute proche d'une maternité en cas de besoin. Donc voilà, c'est là, où je serais intéressée. Mais à voir aujourd'hui tel que c'est parti… Et puis l'illusion aussi, c'est bien gentil de faire un discours, mais qui est-ce qui va y travailler dans les maisons de naissances ? Ben, elles sont pas là les collègues, hein ! Tant qu'on va pas derrière, revaloriser cet exercice. Là c'est très concret, à P. justement, elles sont deux sages-femmes salariées, bon y'avait deux postes, y'en a une à temps plein et l'autre à 80 %, où je complétais le 20 %, bon. Là elles avancent, défendent le truc, elles veulent, heu… Et puis officiellement c'est un peu la vitrine de l'hôpital, ça commence à être médiatisé donc en effet la direction soutient. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Françoise, qui s'est « battue pour préserver ce droit » (l'accès aux plateaux techniques pour les libérales), ne comprend pas l'obstination des sages-femmes qui réclament les moyens administratifs et financiers pour l'ouverture de maisons de naissance, alors que très peu avaient répondu présentes lorsque la possibilité d'accès à un plateau technique leur avait été proposée.

« Parce que je pense qu' elles n'analysent pas le fond du problème. Parce qu'une maison de naissance… Il faut des sages-femmes pour la faire fonctionner, il faut être disponible, 24 h / 24, le jour et la nuit, le week-end, pendant les vacances… Y'a tout ça… Pour faire comme j'ai fait, y'a plus personne hein… Ça Anne, elle en est consciente, hein. […] On ferme les petites maternités […] Il fallait que les maternités aient une salle d'opération, de l'oxygène et patati et patata, bon. On a fermé. Bon, après, ça a été les maternités qui avaient tout l'équipement ici et là, bon, heu… On les a fermées pour regrouper, heu… Donc, on va pas faire des structures où y'a rien ! » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

« Mais c'est qu'il n'y a personne… Autant à l'époque, en 1988 ou 1989, je ne me souviens plus hein, la direction des hôpitaux avait demandé que les sages-femmes libérales leurs écrivent pour qu'elles fassent, à titre pilote, plusieurs zones d'expérimentation en France. Toutes les sages-femmes qui écrivaient, dans le coin où elles étaient, elles demandaient l'ouverture d'un plateau technique. Bon. Moi je l'ai fait, y'a eu L., y'a eu R.… Y'a seulement moi qui ait abouti dans la procédure légale et j'ai jamais pu avoir accès à cause de l'obstétricien et des sages-femmes. Et on a été en tout cinq à demander en France…. À demander ! Toutes les autres ça ne les intéressait pas. […] Elles sont absentes. Alors que c'est le métier. C'est faire ton métier. Quoi de plus intéressant. T'as un lieu… Alors, elles partent de l'hôpital parce qu'elles en ont… Pff comme ça (Avec un geste de la main au-dessus de la tête)… Et elles se foutent dans un truc où heu… Elles n'exercent pas l'essence de leur métier. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Anne se dit inquiète face aux projets de maisons de naissance qui nécessitent, selon elle, une disponibilité quasi similaire à sa pratique libérale, et qui ne correspondrait pas aux conditions de travail qu'attendent la plupart des sages-femmes. Elle me raconte le projet auquel elle a

participé, pour la mise en place d'un « pavillon de naissance » et la difficulté de trouver des sages-femmes libérales disponibles pour y travailler.

> « Ils ont relancé le sujet et avant l'été ils ont envoyé des courriers à toutes les sages-femmes libérales du département, et l'autre département à côté, sur trois départements limitrophes comme ça, pour dire ben voilà, on vous propose des rencontres pour réfléchir à tout ça, dernier trimestre 2011, qui est-ce qui serait intéressé par heu… y' en a eu une !… Toutes les autres ont dit : "Oh, c'est intéressant votre truc hein, mais bon… Moi je ne veux pas faire d'accouchement, quoi." À la fois parce qu'elles ne veulent pas s'engager niveau disponibilité, elles ont aussi un peu les jetons parce que ben, parce que il faut s'engager dans une responsabilité qu'elles ont pas envie de prendre ! Donc heu voilà, on va avoir un lieu très bien, on va dire ouais super, allez ça y'est on a des textes, allez on fonctionne ! You ouh ! Et ben non elles sont pas là ! Donc heu… Y'a quand même un problème de fond. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

> « Certaines c'était, "Oui mais tu comprends, moi je travaille en lien avec une clinique donc je leur fais les cours de préparation, ils me renvoient toute la clientèle, les monito quand y'en a heu, si je fais des consultations ben ils vont pas être contents parce que je vais leur piquer leur clientèle". Alors oui, j'me dis, là l'ego professionnel il serait un peu à regonfler quand même, j'veux dire… Elles-mêmes, à la base et c'était pas des filles toutes jeunettes hein ! Elles s'inquiétaient d'assumer de faire des consultations heu voilà. Donc là on voit que, que y'a un manque, à la base, de confiance et de se dire mais attendez, vous êtes des professionnelles de la naissance, de… Enfin voilà, vous avez ces compétences-là et en France y'a vraiment un écart énorme entre l'intellect et le cocorico français sur notre diplôme et notre formation, on est quand même bac plus 5, et on a beaucoup plus de droits de prescription que d'autres et on a le droit de machin, mais en pratique elle est où l'autonomie des sages-femmes françaises ? » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

2- L'accès aux plateaux techniques.

Le combat de Françoise.

En Janvier 1983, Mme Cartiaux, qui bénéficiait de l'accès à une clinique ouverte depuis les années 1960, au sein de laquelle elle effectuait entre 300 et 600 accouchements par an (Cf. statistiques de 1967 à 1982), s'est vu fermer les portes de cette structure.

À une période où beaucoup de sages-femmes acceptaient le salariat, Mme Cartiaux défendait son autonomie professionnelle ainsi que le libre choix de ses patientes. Dans un article paru dans le journal local à propos de la fermeture de la clinique ouverte, elle déclarait : « Je suis

prête à donner 10, 20, 30, 40 et même 50 % de mes honoraires à l'hôpital, mais à une condition : Je veux être libre de tous mes actes, n'avoir aucune pression contre moi. » (Cf. article en annexe.)

Pour répondre à la demande des parents désireux d'accoucher en sa présence quel que soit le lieu, elle fut contrainte d'accoucher de plus en plus ses patientes à leur domicile.

C'est ainsi que Françoise, qui travaillait en collaboration avec elle, a commencé ses démarches en vue de trouver une solution pour pallier les difficultés de pratiquer des accouchements à domicile d'un si grand nombre de femmes, réparties sur deux départements.

> « J'ai croisé sur ma route Madame Cartiaux, qui était sage-femme libérale à F., qui faisait ses accouchements au sein de la clinique ouverte de l'hôpital de F.. Cette sage-femme avait une très grosse clientèle… Puisque j'ai fait ses statistiques, elle en a fait plus de douze mille [accouchements] et elle faisait entre 360 et 560 accouchements… par an ! Bon, alors au début elle a dû en faire à domicile, moi je l'ai connue, elle les faisait qu'à l'hôpital, moi je l'ai connu en 1980. […] Et elle m'a demandé de l'aider. Moi à l'époque, je faisais des remplacements à S. Donc j'ai commencé à faire des remplacements avec elle et puis, et puis, et puis, s'installer comme libérale, moi je me disais, oh la, la, repartir comme maman tout ça et puis y' a eu des histoires où on lui a fermé l'accès… Ça été fait d'une façon tellement brutale, honteuse, par rapport à cette femme… Avec un mépris, que je me suis dis, cette femme il faut que je l'aide. Et donc heu…Je l'ai aidée, on est allées au ministère… On a fait tout un tas de trucs, hein. Ça l'a tellement bouleversée qu'elle en a fait une leucémie, et elle en est morte !… Et moi je me suis retrouvée avec tout ça… Et puis j'ai continué, parce que quelque part, tout au fond de moi-même j'étais faite pour ça, c'est tout hein. C'est tout, sans le chercher hein… Et puis que mon mari n'a pas mis non plus d'obstacles heu… voilà hein. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Dans un premier temps, la création de l'Association Nationale des Sages-femmes libérales, a permis de mettre en commun les données statistiques concernant leurs pratiques et de défendre d'une part, le droit des parturientes au libre choix de leur praticien et de leur lieu d'accouchement, inscrit dans le Code de la santé publique, d'autre part au respect du Code de déontologie des sages-femmes, qui rappelle leur place et leur compétences dans l'accompagnement pré, per et post-partum.

Puis ce fut le début d'une véritable croisade auprès des instances politiques pour faire valoir leur droit d'exercice.

Une première circulaire, datant du 4 Avril 1989 fait état de « la possibilité d'accessibilité d'une sage-femme au plateau technique d'un centre hospitalier dans le cadre de la réglementation applicable aux cliniques ouvertes » et est confirmée par décision ministérielle (lettre n^{o} 2544 du

2 Mai 1989) soulignant « le caractère indispensable pour l'exercice de la profession de l'accès à un plateau-technique aux normes en vigueur » et précisant la disposition du Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale à « examiner favorablement les demandes » faites à ce sujet.

C'est donc avec l'aval des autorités que Françoise fit sa demande auprès du centre hospitalier de L. La commission médicale d'établissement ainsi que le conseil d'administration sont alors favorables à sa demande. Le chef de service de l'époque, hostile à sa présence, demandera l'avis du conseil de l'Ordre dont la seule réponse sera un courrier, datant du 30 juin 1989, si bref qu'il peut être ici restitué dans son ensemble :

> « Cher confrère, suite à votre courrier du 19 juin 1989 concernant l'exercice de Madame..., sage-femme libérale, qui aurait souhaité effectuer des accouchements à l'hôpital, nous vous confirmons que ceci est tout à fait impossible. Veuillez agréer, cher confère, l'expression de nos meilleurs sentiments. »

Suite à de nombreux échanges de courriers, et ce durant quatre ans, confirmant l'appui des autorités politiques et la mauvaise volonté du chef de service, la DDASS du département, jugeant que la relation conflictuelle entre Françoise et le chef de service était défavorable à de bonnes conditions de travail et à « l'intérêt des patients », répondra, le 19 janvier 1993 par la négative.

Entre temps, grâce aux nombreuses démarches de l'ANSFL et de Françoise, sa présidente, la loi du 31 juillet 1991 confirmera la possibilité d'accès par contrat aux plateaux-techniques des structures hospitalières. Françoise réitérera donc sa demande auprès d'autres établissements.

> « Il faut repartir sur le passé pour comprendre, hein. Moi mon combat c'était le plateau technique, je me suis battue pour le plateau technique, par rapport à l'histoire de madame Cartiaux. Et j'ai quand même réussi à ce que dans le Code de la santé publique, il y ait la loi du 31 juillet 1991 qui est quand même inscrite dans le Code de la santé publique. Bon. Mais ça personne n'en parle… Mais la loi elle est dans le Code de la santé publique… Les maisons de naissance, y'a rien du tout. Juridiquement pour l'instant y'a rien. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Françoise exprime son regret d'avoir vu les efforts entrepris réduit à des décrets si peu appliqués.

> « T'as une loi pour le plateau technique qui est du 31 juillet 1991, ben on est en 2012, ben pour la faire appliquer, c'est le parcours du combattant. Parce que dans les structures, y'a toujours les

intérêts personnels, de l'un, d'untel, untel, untel, c'est tout. Et puis des fois l'hostilité des sages-femmes salariées. […] Dans la loi, tu peux. Juridiquement, tu peux. T'as une loi, t'as les décrets d'application, t'as tout. Et c'était mon combat. J'ai commencé le combat, quand on a commencé les trucs avec Mme Cartiaux en 1980. Ça a demandé onze ans, onze ans. [Elle souffle.] Et on était pas cinquante là-dessus, hein, j'ai presque mené la barque toute seule et avec quoi, avec des statistiques et tout sur le plan juridique… J'ai montré toutes les statistiques de Mme Cartiaux et tout ça et j'ai eu la chance à la Direction des hôpitaux de rencontrer un interlocuteur qui a su entendre, comprendre, c'est tout hein. C'est pas tout le monde en face hein… Parce qu'avant j'en avais fait des cabinets de ministres, j'en ai rencontré des, des, des directeurs de cabinets, des conseillers techniques, pff… Tu sais t'es bien reçue et puis après terminé hein, tu pars… » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Malgré des difficultés internes au service dues aux réticences de quelques médecins, la collaboration telle que l'a connue Françoise semblait assez exceptionnelle. En effet, son grand professionnalisme et sa notoriété lui ont permis, appuyés par la reconnaissance et le concours d'une obstétricienne du service, d'accompagner un grand nombre d'accouchements que peu de sages-femmes sont en position d'accompagner aujourd'hui, qui plus est sans aucune médicalisation. Naissances par le siège, accouchements par voie basse sur utérus cicatriciel, jumeaux, sont autant de cas que les sages-femmes de la génération de Françoise avaient pour habitude de côtoyer, et ce depuis leurs études, et qui sont aujourd'hui, en grande partie, soumis à des décisions de césariennes programmées.

« Avoir un plateau technique c'était une paix royale. Regarde quand I. est venue de Paris, elle avait eu deux césariennes, à Paris, bon ,ben elle a quand même accouché normalement avec moi de son troisième, grâce à P., qui a dit y'a pas de problème, y'a le feu vert, tatati, je suis là, si y'a quoique ce soit… Et dans ces conditions-là, on peut faire du bon boulot. [...]. Avec un plateau technique tu peux tout faire, tout faire. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale.)

Les difficultés d'application de la loi.

Les protocoles encadrant désormais l'activité des sages-femmes hospitalières ne sont pas, selon les textes en vigueur au conseil de l'Ordre, compatibles avec l'autonomie professionnelle des sages-femmes libérales. Ce sont sur ces points bien souvent que la mise en place de contrats entre les structures et les professionnelles libérales ne peuvent aboutir.

« En fait F. a jamais travaillé avec un contrat écrit, puisqu'à chaque fois que la clinique proposait un contrat, ça entamait tellement son autonomie professionnelle que ça a toujours été refusé par le

> conseil de l'Ordre. Donc de fait, elle n'a jamais eu de contrat, mais juridiquement c'est pas obligatoire. Mais là, on voulait essayer d'en mettre un en place pour que les choses soient un peu clairement mises et puis pour moi finalement, me border aussi, me protéger moi aussi à l'inverse. Donc voilà, donc ils m'ont proposé toutes leurs doléances et là-dessus, ben… J'ai été dans une position extrêmement inconfortable fin décembre, parce que je savais qu'en principe, tout ce que je devais signer, devait partir et être approuvé par le conseil de l'Ordre. Hors, dans leurs doléances y'avait des choses très, très concrètes, genre heu, dans le suivi de grossesse, si y'a un diagnostic de jumeaux vous devez envoyer chez le gynécologue, heu si il y a un diagnostic de siège à trente-deux semaines, vous devez envoyer chez le gynécologue, heu il doit y avoir une consultation systématique au huitième mois par le gynécologue, tout ça c'est pas légal… Donc je savais que si je signe ça et que ça passe au conseil de l'Ordre, ça allait être refusé, bon. Et puis en salle d'accouchement, des trucs très protocolaires, il faut que la femme soit perfusée, il faut qu'elle ait son bilan comme ci, faut qu'elle ait ça... » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

La question soulevée ici est de comprendre pourquoi le conseil de l'Ordre refuse d'appuyer certains contrats entre des sages-femmes libérales et des structures sous prétexte d'un manque d'autonomie, sachant que dans le même temps il en réduit les opportunités ?

Travailler en binôme ou à trois professionnels pour assurer un suivi global, c'est un des points intéressant à développer pour les sages-femmes libérales qui souhaitent associer autonomie professionnelle et disponibilité tout en préservant une relation de proximité avec leurs patientes.

> « Le projet de P., elles font leur suivi individuellement mais elles organisent aussi des rencontres de préparation à l'accouchement qui sont faites aussi par l'autre, quand on était trois on tournait une comme ça et, par exemple, arrivé aux vacances scolaires eh bien, on savait et elles essayaient de calculer un peu potentiellement par rapport aux dates prévues de leurs patientes, quelles semaines elles seraient là où pas là, mais les mamans savaient que sur les deux semaines, ou l'été, y'aurait trois semaines ou deux semaines où l'une est pas là… Mais elles se répartissaient, mais une fois de plus les suivis, bon, on peut pas toujours prévoir qui va dépasser la date et qui va accoucher trois semaines avant ! Donc les dates qui potentiellement, où il pouvait heu, y avoir une question d'absence, elles connaissaient l'autre, donc elles n'étaient pas dans l'anonymat, elles l'avaient vue x fois aux cours de préparation, ou elles l'avaient vue même en consultations et avec B. c'est un peu l'idée qu'on voudrait mettre en place. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

La pratique du suivi global exige une grande disponibilité et garantit à la patiente un accompagnement personnalisé et continu. Le « one to one », « une femme, une sage-femme », obtenu en partie par les sages-femmes anglaises dans les années 1990, a été également revendiqué par les sages-femmes hospitalières françaises au début des années 2000. Cependant,

la diminution des effectifs et le refus de voir, dans la pratique du suivi global tel que le propose les sages-femmes libérales, une solution fiable en termes de sécurité, de satisfaction et d'économie, ne fait qu'éloigner les femmes et les sages-femmes françaises, de ce concept.

> « Je me souviens, il y a une dizaine d'années, une quinze d'années peut être maintenant, à N., elles avaient fait une soirée "Maisons de naissance, mythe ou réalité" et puis on m'avait invitée… Le modérateur c'était le professeur B., et puis moi on m'avait invitée pour parler donc heu… Bon, moi j'étais peut-être pas très agréable hein, parce que moi je leur ai dit : "Alors bon attendez, vos maisons de naissance, c'est bien mignon, mais d'abord la structure, comment vous allez l'avoir ? Qui la finance, tout ? Qui assure toute l'intendance ?" Parce que… faut faire fonctionner heu… Et moi je leur ai bien dit que, personnellement pour moi, qu'on pouvait très bien accoucher aussi bien dans une très grosse maternité, une petite maternité, dans une grange ou n'importe où, l'important c'est d'être accompagnée par un professionnel. C'est l'accompagnement. Et M. B. m'avait repris, il m'avait dit : "Mais si je comprends bien, madame, vous voulez dire qu'il faudrait une sage-femme pour une femme ?" Et je lui ai dit, ben oui, c'est comme ça qu'il faudrait faire. Finalement, si toutes les sages-femmes de France étaient comme les sages-femmes hollandaises, libérales, travaillant en binôme, bon, au pire à trois, mais pas plus, pas plus, faisant à peu près chacune, une centaine d'accouchements, comme je faisais, heu… Parce que j'en faisais plus de cent, et bien je dis, y'aurait du monde qui serait satisfait, la sage-femme professionnellement et les femmes… Et la Sécurité sociale…. Mais ça on n'en veut pas, alors… Y'a des exemples, Mme Cartiaux, on n'a plus voulu, toutes les sages-femmes qui jusque dans les années 1970 avaient des petites cliniques en France, la loi leur a fait fermer. Donc heu… Voilà, hein. Après les années 2000, les petites maternités où on pouvait encore… Allez, pfft… On ferme… Pour regrouper dans un but économique… Mais on n'en fait pas d'économies, on n'en fait pas ! » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale.)

Actuellement les démarches d'accès à un plateau technique demeurent souvent sans issue. À l'entente entre la direction et la sage-femme libérale, s'ajoutent l'acceptation par le reste de l'équipe, les questions d'assurance et de responsabilités, les limites de l'autonomie par la soumission aux protocoles, la cotation des actes et le pourcentage des revenus à verser à la structure.

> « Moi : Est-ce que vous avez déjà envisagé de demander l'accès à un plateau technique ?
> Dominique : Alors… Justement, j'ai fait une démarche auprès de l'hôpital de C. pour ses patientes-là qui… Qui sont pas tout à fait prêtes pour l'accouchement à la maison, mais qui aimeraient bien faire sans rien quoi… Être respectées, qu'on ne soit pas là à les tenter avec tout ce qui existe en maternité. Bon, mais… Là encore, qu'est-ce qui va, qui risque de me mettre des bâtons dans les roues ? C'est l'assurance ! Alors la directrice m'a dit : "Je vais en parler avec l'assurance. S'ils pensent que c'est faisable, tu vas rencontrer tous les professionnels concernés…" Parce que,

effectivement, il faut que je sois acceptée par l'équipe hein. Parce que… Je resterais responsable de ce que je fais, mais… […] Voilà. Faut qu'on se mette d'accord… Ceci dit, je serais obligée je pense, de me plier à certains protocoles… Comme par exemple, mettre une voie veineuse. […] Donc bon, j'ai pas de nouvelles. Je ne me fais pas trop d'illusions, parce que… C'est lourd, les protocoles sont vraiment lourds, les démarches administratives sont vraiment lourdes. Si c'est faisable, ça voudra dire que, peut-être il faudra que je paye une location de la salle nature à l'hôpital, donc ça, c'est pas moi qui vais la payer, c'est la patiente. Donc ça lui fera un surcoût à elle… Donc je ne sais pas si ça fonctionnera comme ça. […] Et là, la directrice elle m'a dit "Ben oui, heu…", elle m'a proposé, elle m'a dit 20 % de l'acte… Parce que, parce qu'il faut payer le personnel. Mais je lui ai dit : "mais moi, je n'ai pas besoin de personnel !" Si j'accompagne à la maternité, je continue de travailler seule, comme je le fais à la maison. J'ai besoin de la salle pour rassurer la dame, qu'elle sache qu'elle est sur place, que si y'a le moindre souci, hop, on passe en médical. […] Et donc à ce moment-là, si j'ai pas pu accompagner la naissance jusqu'au bout, bon, moi ça me paraît logique que je fasse comme maintenant, je cote un F7-40 et si j'ai pu accompagner jusqu'au bout, je cote F7-118 et puis voilà. Mais c'est pas clair… Disons, ils ont pas l'habitude encore. Donc bon, elle va faire des recherches, peut-être que ça va aboutir…Peut être pas. J'en sais rien. » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

De son côté, Yveline, chef de service de la maternité où Dominique dit avoir fait sa demande indique que c'est elle qui a fait la démarche d'aller vers Dominique pour lui proposer la salle « nature ». Elle reconnaît toutefois qu'elle ignore totalement le cadre juridique et administratif à appliquer pour un accès au plateau-technique et finit par reconnaître qu'une collaboration est peu probable.

« Moi : Par rapport à la salle nature, est-ce que vous avez eu des demandes de la part de sages-femmes libérales, d'y avoir accès ?

Yveline : [Rires] Alors… Moi j'ai proposé à la sage-femme libérale qui fait des accouchements à domicile de venir, mais… Je sens qu'on va s'enliser dans des difficultés… Mais bon voilà, je ne sais pas hein, ça vient de se faire hein, donc je ne peux pas vous donner la réponse de cette affaire-là. Vous avez vu vous, dans vos visites, des endroits où ça se faisait ?

Moi : Oui, il y a la clinique C. à R.

Yveline : Oui mais eux ils sont privés déjà.

Moi : Oui, c'est une clinique privée.

Yveline : Oui, donc ça doit être déjà un peu différent.

Moi : Oui… Il y a un contrat de signé avec une sage-femme libérale. Ils écrivent un contrat qu'elle envoie ensuite au conseil de l'Ordre pour voir si, avec les choses voilà, que le service lui impose quand même…

Yveline : Oui. Oui, c'est ça… C'est ça qui va poser problème effectivement parce que si vous voulez, parce que quand, enfin cette sage-femme là en tout cas qui exerce à domicile, on voit bien qu'elle n'a pas les reflexes de certains protocoles par exemple, je sais pas, vous avez du strépto

(streptocoque) dans le vagin, bon ben maintenant c'est vraiment admis partout qu'on fait des antibiotiques en cours de travail, ça n'empêche pas les gens d'être en salle nature ça. Mais à domicile faut faire les antibiotiques aussi en IV (intra-veineuse), donc bon faut avoir une petite voie d'abord, bon, c'est pas grave ça, mais faut que ça se fasse, ben je suis sûr qu'elle ne le fait pas, parce qu'elle n'est pas, si vous voulez, elle n'est pas au fait de ces trucs là. […] Donc c'est vrai, j'dis ça, je dis ce truc-là comme ça, d'ailleurs c'est peut-être pas vrai pour cet exemple-là, mais si vous voulez, y'a des petites choses qui ont évolué depuis qu'elle a quitté les salles d'accouchement classiques qui font qu'elle va être en porte-à-faux, que nous on risque d'être en porte-à-faux aussi, donc c'est pour ça que je sens bien qu'on va un peu ramer sur cette affaire-là mais…

Alexandra : Faut cadrer la responsabilité.

Yveline : C'est ça qui est dur.

Alexandra : Est-ce que c'est la sienne, est-ce que les sages-femmes qui sont de garde ont une responsabilité ?

Yveline : C'est ça…

Alexandra : …Les médecins, ben forcément je pense aussi heu… Donc il faut vraiment bien caler, s'entendre, d'ailleurs les assureurs de l'hôpital, heu, sont aussi très rigoureux au niveau des conventions et des papiers hein, parce que…

Yveline : Oui. […] Mais ce que vous ne savez pas c'est que les sages-femmes qui font de l'accouchement à domicile elles ne peuvent pas être assurées théoriquement, elles n'ont pas le droit de le faire. Elles sont assurées si elles viennent en urgence, c'est-à-dire que, vous avez une femme qui accouche devant chez vous, ben oui vous, bien sûr vous allez l'accoucher, mais pas prévu à domicile, vous voyez la petite subtilité là.

Alexandra : Dans le cadre de non-assistance à personne en danger.

Yveline : Donc, déjà elle est en porte-à-faux, elle n'est pas assurée alors vous vous rendez compte un peu déjà le, le problème… Donc ça c'est… On ne peut pas travailler sans assurance. Maintenant, je sais pas si vous avez conscience du problème mais là, heu… Alors, soit elle vient en tant que libérale, elle se fait payer en tant que libérale et elle est reconnue en tant que libérale et ce n'est pas à l'assurance hospitalière… Et à ce moment-là, nous, comment on intervient, c'est-à-dire que si y'a un souci, qui est-ce qu'elle appelle la sage-femme ? Elle nous appelle nous ?… Enfin vous voyez, y'a une triangulation… Qui est responsable si elle nous appelle trop tard, etc. ? C'est compliqué…

Alexandra : Donc là, c'est pas encore des histoires de, enfin un petit peu de pratiques, mais surtout de papiers. » (Entretien avec Yveline, gynécologue-obstétricienne chef de service et Alexandra, cadre sage-femme.)

Lorsque l'alternative du plateau technique est abordée avec les sages-femmes pratiquant l'accompagnement global, les réponses sont majoritairement positives mais avec quelques bémols. Tout d'abord sont évoquées les difficultés administratives, juridiques et surtout relationnelles avec la structure d'accueil. La crainte que le lieu ne corresponde pas aux attentes des couples qui optent pour un accouchement à domicile est également soulignée.

« Pendant mes études, j'ai fait un stage à Paris, dans le groupe naissance, qui propose l'accouchement à domicile ou le plateau technique, heu, ben moi, malheureusement, j'ai beaucoup de femmes qui ont eu la péridurale, du fait d'être en plateau technique… C'est étonnant. Parce que, ça a beau être peu médicalisé, c'est un peu médicalisé quand même et c'est vrai que moi, j'ai eu des débuts de travail dans cette maternité là, heu, très physio, heu, les huiles essentielles, super, nin nin et quand on descend dans la salle d'accouchement, ben… Y'en a beaucoup heu… salle d'accouchement quoi. Et donc y'avait une gestion de la douleur qui se faisait différemment et qui ne se gérait pas de la même manière que, je pense, si elles avaient été à la maison. Et moi les couples qui viennent me voir, clairement… C'est pour la maison. Et je ne sais même pas, si je proposais du plateau technique, s'il y aurait… Si, y' aurait de la demande c'est sûr, mais heu… » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

Du point de vue des conditions de travail, les difficultés relationnelles avec l'équipe sont fortement appréhendées.

« C'est sûr… C'est un bon compromis… Après, c'est vrai que ça demande quand même d'être bien avec la structure, enfin de la part de la sage-femme hein, il faut qu'elle soit bien intégrée dans la structure, qu'elle soit acceptée par une majorité de gynécos qui travaillent là-bas. Parce que, t'as beau avoir une maternité qui accepte le plateau technique, c'est pas pour autant que les gynécos qui y travaillent l'acceptent. Ça, ça doit pas être facile aussi, je pense, à gérer. Alors que quand tu es à la maison… […] Tu gères ton truc de sage-femme toute seule. Mais bon, c'est vrai que, il doit y avoir quand même des apports intéressants. » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

L'autonomie professionnelle est renforcée, dans le suivi à domicile, par le fait de ne pas se sentir observée, jugée par une équipe, ne pas avoir à subir de pressions hiérarchiques.

« En fait, je pense que ça me rajouterait du stress justement… De me dire, il faut que je fasse avec la structure, il faut que je fasse avec d'autres gens… Que… A la maison, on ne se pose pas la question en fait. Je pense que j'aurais la pression quand même, la pression de me dire, je débarque quand même dans un établissement et donc je sais qu'il y a des gens quand même heu… Qui savent que je suis là, qui, qui peuvent… Je pense que ça me foutrait la pression quand même… Une pression que j'ai pas à la maison quand même. […] Je pense que moi, l'équilibre que j'y trouve et l'enrichissement, il vient vraiment de la part des couples… Et c'est vrai que j'ai cette peur-là de me dire, à vouloir trop peut-être me rapprocher des établissements, des structures, machin, je pense que ça me ferait moins aimer peut-être ce, cet abord de ce métier peut-être… Tu vois… Que ça vienne me bouffer. » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

Valérie aimerait accompagner ses patientes pendant leurs accouchements, mais n'est pas rassurée par la pratique à domicile. L'accès à un plateau technique ou à une maison de naissance serait pour elle une bonne alternative.

> « …Ne pas transmettre mon angoisse, de me dire à un moment donné, ouh la, est-ce qu'il est pas en train de ralentir au niveau du rythme cardiaque, nin nin… Donc voilà, là, moi, je ne me sens pas en sécurité donc je ne le fais pas. Maintenant je trouve que le bon compromis, pour le moment, de ce qui se fait en France, c'est d'ouvrir plus de salles nature. Mais il faut que les équipes soient partantes… Il faut aussi je pense, que les sages-femmes qui sont trop, peut-être, revendicatives, acceptent aussi qu'il y ait des salles nature, et peut-être que ça passera sur des plateaux techniques et qu'il y aura des maisons de naissance et si les maisons de naissance sont proches des maternités et que, à côté de ça, ce ne sont que des sages-femmes, mais tant mieux, tant mieux… Mais allez se dire, qu'il faut absolument une maison de naissance à plus de trois cent mètres ou d'un kilomètre… Parce que t'as des sages-femmes comme ça, qui peuvent te dire, mais oui, mais on est indépendantes, on est médicales heu, on n'a pas besoin d'être à côté d'une maternité… Mais qu'est-ce qu'on s'en fout ! Qu'est-ce que ça peut faire ? » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

L'autonomie telle qu'elle est conçue par Valérie ne s'ancre pas tant dans le statut que dans un consensus juridique avec la structure d'accueil.

> « À moins qu'on change les statuts des sages-femmes libérales qui puissent rentrer dans un hôpital qui reste quelque chose de, de séparé. C'est ça qu'il faut régler, c'est le côté juridique. Parce qu'effectivement, moi, moi je serais très satisfaite, heu, je sais pas moi, d'être vacataire ou salariée de l'hôpital mais d'avoir mon truc à moi. Mon truc à moi dans le sens, c'est pas mon truc à moi financièrement, je m'en fiche, si je suis salariée un jour, ça ne me dérangerait pas, ça franchement, ça ne me dérangerait pas, mais c'est de, qu'on me fiche la paix quoi. […] Que j'aie pas quelqu'un au-dessus de ma tête. [Que] j'aie que l'État et ce que sort le Ministère de la santé, jusqu'à une certaine mesure, voilà. » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

Les difficultés relationnelles avec les partenaires hospitaliers sont omniprésentes dans les témoignages des sages-femmes pratiquant l'accompagnement global et ce malgré la possibilité pour certaines d'avoir accès à un plateau-technique. Des pressions sont fréquemment exercées, soit par la direction, soit par l'équipe, afin que les pratiques de la sage-femme libérale s'accordent avec les protocoles de l'établissement ou plus directement pour qu'elle cesse son activité. Dans un article intitulé « L'accès au plateau-technique en question », Maïtie Trélaün, sage-femme libérale, témoigne de ses expériences. Plusieurs points, présents dans les entretiens, y sont évoqués, comme les difficultés de communication, l'influence de l'environnement

hospitalier sur le comportement de la femme en travail, et a fortiori sur sa prise en charge, ainsi que l'élargissement des possibilités d'exercice en l'absence de pathologie facilité par l'accès au plateau technique, et ce lorsqu'une relation de confiance caractérise les rapports entre le ou les médecin(s) et la sage-femme.

> « Un autre point me semble important : c'est la pression que je ressens en structure. Pourtant les conditions d'accès à ce plateau technique sont fabuleuses : j'arrive, je ferme la porte de la salle d'accouchement, je suis tranquille. Le directeur me fait confiance. Pourtant je ne me sens pas aussi libre qu'à domicile. Si je suis là, c'est que la mère doit accoucher… et, inconsciemment dans un certain temps. Cette notion de 1 cm à l'heure est inscrite dans les murs. [...] Que faire de toutes les situations, si fréquentes, des mères qui prennent le temps en fin de dilatation, voire en début d'expulsion, quand leurs contractions se calment leur permettant de profiter d'un repos bénéfique à tout le monde ? [...] Cette suspension du temps est méconnue et difficilement acceptable en milieu hospitalier. [...] Je sens bien qu'une tension s'installe autour de "ma" salle de naissance quand nous y sommes déjà depuis un certain nombre d'heures. [...] Pourtant je sais qu'en respectant un peu plus que "la normale" le temps de naître, je ne mets personne en danger et que ma conduite est fondée sur du bon sens… » (Trélaün, 2003.)

> « Je me rends compte, en parlant avec les anesthésistes par exemple, que nous ne parlons pas le même langage, que les mots n'ont pas le même sens (à commencer par le mot prévention : pour moi, prévenir c'est ne pas perturber, pour eux c'est faire une péridurale systématique). […] Je me rends compte aussi, que, étant en structure hospitalière, il est beaucoup plus facile pour la maman (qui ne souhaitait pas de médicalisation au départ) de demander de faire appel à une aide médicale. […] Par contre, l'accès au plateau technique repousse beaucoup mes limites de sélection des parents que j'accompagne puisque je peux suivre et guider jusqu'à la naissance une maman dont le bébé se présente par le siège, ou une maman porteuse de jumeaux, ou une maman présentant un utérus cicatriciel voire deux fois cicatriciel (en accord avec le médecin). » (Trélaün, 2003.)

Chapitre 4 : Une communication compliquée !

I/ Les difficultés de communication entre professionnels.

1- Sages-femmes / médecins : un manque de reconnaissance des compétences médicales.

Pour que l'entente s'établisse entre les professionnels de santé, il semble nécessaire que les activités de chacun soient mieux connues et reconnues. Les sages-femmes libérales, qui ont pour la plupart exercé en premier lieu dans des structures, connaissent relativement bien le fonctionnement de celles-ci, bien que ce ne soit pas l'avis de tous les cadres hospitaliers qui perçoivent dans les projets de naissances écrits avec ces dernières, un manque de connaissance des protocoles. En revanche, les professionnels travaillant en maternités sont porteurs de nombreux préjugés en ce qui concerne l'activité des sages-femmes libérales, et restent peu nombreux à connaître et reconnaître la portée de leur activité. De plus, l'hôpital est lieu de lutte de pouvoir et de privilèges régis par les lois d'une hiérarchie ne favorisant pas toujours le dialogue et la compréhension entre praticiens.

> « Y'a une autorité ouais. Et puis heu… Une non reconnaissance. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Pour Françoise ce manque de reconnaissance, qui affecte les relations interprofessionnelles, est largement alimenté par le discours général des médecins via le conseil de l'Ordre, les syndicats et les revues médicales.

> « D'ailleurs quand n'importe quel politique parle des professions de santé, même dans le *Quotidien du médecin*, y'a tout, mais nous on n'y est jamais, on n'y est jamais ! Jamais, jamais… Comme je dis à mon mari, je lui dis, écoute, on est là depuis tellement de temps, qu'on passe inaperçues. Alors

qu'eux… La pénibilité, hein ! La pénibilité… Ils ne sont pas là toute la nuit à faire le pied de grue hein !... Eux ils encaissent, mais c'est la sage-femme qui fait le truc hein… À la clinique… On est des accessoires… Des accessoires de l'obstétrique. On se demande pourquoi ça existe encore d'ailleurs ! [Rires.] On se demande ! [...] Mais depuis toujours hein, ça… Et puis, on n'a pas su… Je pense que ça viens de, du fait qu'elles étaient femmes et qu'elles étaient tellement prises par leur boulot que, elles pouvaient pas être en politique, à leur boulot et… C'est pas possible hein, je pense que ça vient de là aussi. Et elles n'étaient pas reconnues les femmes avant…. Alors des femmes qui font des métiers pour les femmes heu, aider les femmes à accoucher… Pff… Comme on avait dit à Mme Cartiaux, à l'hôpital, des médecins lui ont dit : "Ah ben, dites donc, elles en font des histoires pour pondre leur œuf, hein !" »

Moi : Sympa…

Françoise : J'aurais bien aimé le voir lui… Pondre son œuf. [Rires.] » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Les paroles désobligeantes envers la profession ne datent pas d'hier… Envers les femmes en général non plus d'ailleurs. La comparaison de la femme avec les gallinacés connaît un précédent, souligné par Françoise Thébaud dans son ouvrage *Quand nos grands-mères donnaient la vie* (Thébaud, 86 : 136), écrit par le Dr. J. Gérard dans son livre, *Le livre des mères*, en 1904 : « Lorsqu'une poule pond un œuf, elle n'a pas la prétention d'être mère pour si peu. Pondre n'est rien… »

L'histoire de ces deux professions, médecins et sages-femmes, est marquée par cet éternel conflit. On reconnaît aux sages-femmes leur « utilité », et donc leurs compétences, tout en souhaitant fermement qu'elles n'empiètent pas sur la notoriété du médecin. Déjà, pendant l'entre-deux guerres, alors que la profession de sage-femme était menacée de disparaître, certains médecins les soutenaient mais avec l'argument qu'une part de leur travail effectivement n'était pas de leur ressort.

« Le psychisme du médecin ne se prête pas à ce que vous faites… Vous ne faites pas attendre un homme un accouchement… Il y a des différences sexuelles dans les occupations. » (Thébaud, 86 : 173).

Plus d'un siècle plus tard, certaines considérations n'ont guère changées.

« Tiens, j'ai encore pris des articles… Qui sont honteux, honteux… [Elle va chercher les articles en question]. Alors… celui-là, c'est un anti sage-femme primaire… [Je prends le temps de lire.] Et celui-là, c'est celui du syndicat des gynécologues obstétriciens…

Moi : [Je lis] : "[…] La pénibilité et la responsabilité écrasante des obstétriciens […]"
Françoise : Les pauvres chéris ! Nous on n'a pas de pénibilité et de responsabilités, hein… Donc la nouveauté, c'est le suivi de suite de couches à domicile… Alors regarde ce qu'il a écrit… Alors ça, ça les déranges hein, que tout à coup, on aille vers les sages-femmes. Ils ne veulent pas que les femmes découvrent, redécouvrent la véritable place de la sage-femme dans la société, et qu'elles aillent moins vers eux. Pourquoi ? Pour leur cagnotte hein ! C'est tout. C'est pas en termes de santé publique ! […]
Moi : [Je lis] : "Substituer les sages-femmes aux gynécologues médicaux revient à limiter le suivi des femmes à leur périnée, leur contraception et leur frottis en occultant leur suivi médical indispensable, le syndicat réclame une nouvelle concertation avec tous les professionnels de santé concernés et l'assurance maladie […]"
Moi : [Elle me tend un autre article, je lis] : "[…] Faute de justes compensations conventionnelles ou salariales, les obstétriciens formés exercent de moins en moins en salles de naissance ce qui conduit à la dégradation des résultats périnataux en France."
Françoise : Et vlan ! En pleine figure pour nous ! C'est grave hein ! Et ça a tout le temps été comme ça ! Ça a tout le temps été comme ça, Catherine ! C'est pour ça qu'on ne pourra pas s'en sortir. Tant que ce métier sera partagé par deux professions, ça sera toujours la plus forte qui voudra gagner ! » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Les paroles de certains médecins envers leurs patientes à propos des sages-femmes peuvent nourrir l'interprétation hiérarchique de ces deux professions et remettre en question le sérieux des pratiques des un(e)s en faveur des autres.

« Parce que pourtant c'est écrit sur les papiers hein, qu'elles reçoivent à la déclaration, mais comme elles ne les lisent pas hein… Une fois, à l'hôpital de S., on faisait des consultations prénatales et on faisait en-dehors des examens obligatoires, parce qu'on faisait, les examens obligatoires étaient faits pas le chef de service, parce qu'il les mettait en privé, comme ça il les mettait en C2, ça double la consultation, entre parenthèses…. Et donc, une fois c'était Anne qui était de consultation, bon, elle voit une dame, elle lui parle d'alimentation tout ça et puis la femme, la fois suivante, revoit le chef de service et lui dit : "L'autre fois, la sage-femme que j'ai vu m'a expliqué ceci, cela…" Et tu sais ce qu'il lui répond ? "N'écoutez pas les sages-femmes, elles racontent n'importe quoi." [Silence.] Comment veux-tu avancer ? Cette femme, elle avait été satisfaite de sa consultation, de l'information qu'on lui a emmenée, et l'autre il nous casse la boutique en lui disant qu'on raconte n'importe quoi. Qui croire ? » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Le récit de Dominique à propos de son renvoi de la maternité où elle exerçait, illustre la position de domination de certains obstétriciens sur les sages-femmes.

« Et puis un jour, j'ai reçu une patiente à lui… Où c'était marqué dessus, sur le dossier, "Me prévenir de son arrivée". Je me suis exécutée hein, une patiente du chef heu, attends… Je l'appelle,

je lui dis, voilà, M. G., votre patiente est arrivée, elle veut une péridurale ; lui, "Oui, oui !… Faites, faites !", il me répond. Bon, ben moi je lance les hostilités hein… Dès que ça été possible, vers trois, quatre centimètres, on a posé la péridurale… Et puis heu, une fois que la péridurale a été posée, elle est allée jusqu'à, à peu près cinq, six centimètres et puis ça n'avançait plus… Ça n'avançait plus… Heu, donc on avait mis du syntho ! Pour donner un moteur de contractions… Mais ça n'avançait plus ! Et cette nuit-là, j'étais avec heu, c'était pas G. qui était de garde hein, c'était un autre chef, on a eu trois césariennes dans la même nuit… Et donc heu, quand j'ai vu que ça n'avançait plus, qu'on était donc dans une stagnation de dilatation, mais que mon bébé allait bien hein, j'avais un tracé qui était nickel. Je vais voir la collègue, je lui dis, "on va avoir une troisième césarienne" et puis elle me dit : "Ça peut attendre là, j'ai pas fini !" Je lui dis : "oui, oui, hein, le bébé va bien je pense que c'est bon", on enfile derrière hein et donc heu, on a fait les choses ensemble hein, c'était elle qui était de garde pour moi hein, c'était mon chef de la nuit. Et donc, on fait, elle fait la césarienne, impeccable, tout se passe bien. […] Donc, ça stagnait et après sa césarienne finie, on a enchaîné avec cette dame-là qui a eu sa césarienne, tout c'est bien passé, on l'a surveillée derrière sa césarienne, on l'a remontée dans sa chambre, tout allait bien, le bébé allait bien. Mr G. qui arrive à huit heures le matin et qui découvre que sa patiente à été césarisée, qu'elle était dans sa chambre et qu'on ne l'avait pas rappelé pour lui dire qu'elle avait été césarisée. Han !... Et que c'était moi en plus qui m'en était occupée ! [Rires] Alors là, branle-bas de combat, il me convoque, ah, je me revois sortir de la chambre de garde, je l'entends dire "Faites la venir dans mon bureau !" Bon… J'y vais… Et alors là, il m'a incendié, in-cen-dié. Alors un lendemain de nuit, moi, hein, dans le coltar, j'vais te dire, hein, c'est pas agréable du tout. Et heu... Après heu, j'ai même fini par lui dire, oui, bon, en fait vous ne voulez plus de moi ? Et il me répond : "Oui"… Je ne m'attendais pas à ce qu'il réponde oui. [Rires] […] Donc finalement avec cette histoire, je me suis retrouvée sur la touche, parce que bien sûr c'était le combat du pot de terre contre le pot de fer et ils ont gagné hein. Et il n'avait pourtant aucune faute à me reprocher. […] Moi j'ai fait ce qu'elle me demandait, il m'avait donné l'autorisation pour qu'elle ait sa péridurale donc heu… Et c'est pas moi qui ai pris la décision de faire une césarienne, c'est la chef… Donc moi j'avais fait tout ce que j'avais à faire hein. Mais donc il a quand même réussi à m'évincer. J'étais stagiaire à l'époque, donc je devais être titularisée normalement et donc il m'a mis, il m'a fait un odieux chantage, titularisation contre disponibilité. Donc j'ai pris une dispo. » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

Le clivage fréquent entre les médecins et les sages-femmes est dû également au fait qu'elles souhaitent défendre une certaine approche de la naissance, qui n'est pas à l'évidence, partagée.

« Une femme qui n'avait rien d'inquiétant objectivement, mais le médecin lui il commençait à dire, si, elle a peut être ci, elle a peut être ça, il a l'air gros hein, et puis machin, y'a du liquide hein… Mais lui, il en avait rien à faire de faire une césarienne. Donc je pense que si je lui laissais cette dame entre les mains, il faisait une surveillance supplémentaire, il voyait que son bébé était gros et qu'effectivement il valait mieux et puis il lui programmait une césarienne deux jours plus tard. Alors que nous, c'est notre combat d'assumer nos convictions et de dire, ben là non, y'a vraiment pas de

raisons de s'inquiéter. Alors, est-ce que la femme est dans mon camp ? Alors bon elle l'est mais quand elle entend ça, ça la déstabilise aussi, ce qui est tout à fait normal donc heu… Après en tant que sage-femme il faut que j'assume qu'elle me fasse confiance et puis il faut que j'aie les arguments derrière pour le lui prouver quoi. Donc bon après, quand l'histoire se termine et puis que ça se termine bien, ok. Mais c'est très lourd à porter ces fins de grossesses, parce que quelque part il faut… Il faut que je fasse du politico correct, il faut que je sois très claire pour montrer que ce que j'avance est sûr et puis, et puis, et puis, y'a tout le rapport de faire sentir quand même au docteur que oui, il a des compétences et que oui il sait. Que je lui montre que, si, si, j'ai bien entendu ses inquiétudes et que je veille au grain. Mais c'est se réapproprier le truc pour pas qu'il vienne polluer cette fin de grossesse parce que… Oui, c'était bien parti pour quoi. Alors comment heu… Y'a quand même des rapports à recréer avec les professionnels. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Ces divergences d'opinions sont, pour certains acteurs, au cœur des problèmes que suscite la mise en place de maisons de naissance en France.

« Mais on voit bien que les, si tu vois les pays heu, les Pays-Bas tout ça… Ils sont meilleurs que nous ! Mais on a des médecins, au niveau de l'État, tellement imbus de leur personne et qui pensent qui sont meilleurs que les autres, qu'ils arrivent pas à intégrer… Et ça fait des années et des années… Qu'on parle de maisons de naissances en France… Et ça ne vient toujours pas. Kouchner, qui a pu faire du développement, de l'humanitaire… Il a été nul, il a été nul sur ça. Soit disant qu'il allait ouvrir des trucs, mais rien du tout ! Rien du tout. Y'a un blocage de, de génération de médecins de, un certains temps, qui font que… Tu entends encore… Je ne suis pas étonnée que certaines sages-femmes qui font des accouchements à domicile soient mal heu, soient mal acceptées. Ah ouais, c'est dur pour certaines ! » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

« C'est la bataille. Chacun défend son point de vue. À chaque fois, c'est des petites armées qui défendent leur place… Sauf les sages-femmes, qui sont une armée défaillante… désorganisée… Et bientôt y'aura même plus de sages-femmes, y'aura des… Comment déjà ?… Maïeuticiennes, c'est ça. […] Comme si celles d'avant, on était vraiment des demeurées, hein. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

La volonté des médecins s'impose dans certains services, comme une forme de dictature à l'encontre des sages-femmes.

« C'est comme à la clinique, tu veux faire des choses mais tu subis la dictature de quelques-uns qui imposent leurs volonté !... C'est une dictature… C'est d'une intolérance. […] C'est comme le pédiatre qui voulait absolument faire mettre les enfants en pédiatrie… Alors qu'ils n'avaient rien ! Tout ça parce que c'était des femmes qui avaient accouché avec moi… […] Mais c'est une dictature Catherine ! […] C'est pire que la jungle, parce que dans la jungle, les animaux ils se bouffent entre eux pour se nourrir mais sinon ils se respectent, tandis que les humains… Pff… […] Il y a toujours

eu des dominateurs. Il faut s'adapter à une idée dominante, à un moment donné… Qui va durer vingt-cinq ans par exemple et puis ça change. […] Donc on revient en arrière pour essayer de limiter les dégâts… Mais pas trop parce que, houlà, on va pas tout changer ce qui a été mis en place quand même…[…] Ben oui, parce qu'il y a les lobbies de laboratoire, y'a ci, y'a ça… […] C'est pour ça qu'on ne s'en sortira pas ma pauvre, hein. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale.)

Les compétences médicales des sages-femmes, centrées sur la connaissance de l'eutocie, sont dévaluées face aux gynécologues obstétriciens « spécialistes » de la pathologie. L'approche, telle qu'elle est véhiculée en France, selon laquelle chaque individu est porteur d'une éventuelle pathologie, privilégie le regard du médecin, plus apte à déceler et à répondre aux besoins du « présumé malade ». Dans le discours, prononcé sans retenu face aux patientes, le travail de la sage-femme est parfois dévalorisé.

« Il questionnait, "Mais bon, heu, vous avez fait le suivi mais quand même heu… Vous avez eu une césarienne, qui vous dit que vous n'en aurez pas ?" "Ah, mais, non, c'est bon", lui dit la dame, "j'ai vu, on m'a dit que cette fois-ci c'était bon, ça passerait." Donc vraiment bien confortée dans ce que lui avait renvoyé Françoise quoi… "Mais qui vous a dit ça ? C'est qui votre obstétricien ?", "Ben madame O. !", "Mais c'est pas un obstétricien ! Qui vous suit ?", "Ben Madame O. !" et puis, "Mais vous n'avez pas fait de radio de bassin ?" Ce qui n'est plus du tout recommandé systématiquement hein, certainement pas. À partir du moment où c'est la tête en premier, on dit que c'est l'épreuve du travail… "Ah non, non, non, on m'a dit que ça passait, j'ai vu un ostéopathe…" Et elle est allée dire comme ça, heu, très spontanément, [Elle sourit avant de me citer la dame] "Oh ! et puis je vois quelqu'un qui m'agrandit le bassin." [Elle rit] […] Alors l'autre avec ses idées… Alors là, il a dû s'imaginer qu'on faisait des incantations, tu sais… Enfin bon, là, c'est la goutte qui a fait déborder le vase […] Donc là, lui, il est monté au créneau en disant, "Il faut quand même que ces femmes soient vues au moins une fois par un médecin, faisons les choses sérieusement !" On en revient à l'image du suivi de la sage-femme ! Et ça on se le prend dans la tête, ben en permanence quoi ! » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Blandine me fait part de ses souvenirs. Elle me raconte alors le mauvais accueil qui était fait à l'hôpital pour les patientes qui étaient transférées au cours d'un accouchement à domicile. Elle souligne également le manque de considération de l'équipe et de ses supérieurs de l'époque envers Françoise.

« Ces sages-femmes, c'est vrai que, moi, quand je travaillais à l'hôpital, […] C'est vrai qu'on avait une mauvaise image de Françoise. Après voilà… C'est pour ça que… Comme on ne se connaît pas… Hein, sages-femmes hospitalières, sages-femmes libérales, donc c'est vrai qu'on était toujours "Ah ben ! voilà, c'est une patiente de Françoise qui arrive, ça va être encore la galère", "On va faire

une césarienne en urgence". Heu… Au lieu de se parler, qu'il y ait une convention justement. […] Donc voilà… entre les sages-femmes y'a une guéguerre aussi. […] Bon… Nous en tant que sages-femmes peut-être qu'on n'étaient pas les premières à râler quoi… […] Mais c'était les gynécos aussi, ou l'anesthésiste "Ah ben voilà ! On connaît pas ce qui se passe, ses antécédents…" Voilà […] C'est vrai que les médecins, les gynécos tout ça, les sages-femmes libérales qui faisaient des accouchements à domicile, elles s'en prenaient, elles étaient habillées pour l'hiver hein, ça c'est clair ! » (Entretien avec Blandine, sage-femme de PMI.)

Les témoignages de relations constructives entre sages-femmes libérales et obstétriciens existent heureusement. Sophie explique à quel point la reconnaissance des médecins est importante pour la mise en confiance des patientes, qui malgré tout, accordent souvent un crédit supplémentaire à leurs discours.

« À la maternité de J., y'a un des gynéco, bon… Ils sont à peu près tous ouverts à la naissance à la maison, mais y'en a un qui l'est encore plus. […] Il dit aux patientes : "Oh ! C'est Sophie qui vous suit, ben y'a pas de souci." et tout… Après les consultations, il m'envoie un petit compte-rendu, "A priori, ninin, Madame machin ne pose aucune contre-indication pour un accouchement à domicile", écrit en gros, tamponné, signé… Alors, ça n'a aucune valeur légale mais c'est rassurant pour les gens… Pour moi, heu, voilà, après je sais que s'il y a quoique que ce soit, qu'on est obligé d'aller à la maternité, je peux y aller avec sans me faire jeter hein, parce qu'ailleurs, on se fait jeter. Heu, bien sûr, après, c'est pas un plateau technique, donc je ne fais plus rien, mais je suis là, je reste un peu garante du fait que ça continue… Et du coup, voilà. » (Entretien avec Sophie, sage-femme libérale.)

Nombreuses sont les sages-femmes à souhaiter une meilleure entente avec les médecins, une reconnaissance envers les compétences de chacun et leurs complémentarités, de façon à travailler plus sereinement.

« Les femmes, elles ont besoin de sécurité pour accoucher, nous pour travailler je trouve qu'on a besoin de calme et de, de… De pouvoir raisonner, de pouvoir réfléchir… Oui, de calme, de sentir qu'on est pas dans le conflit, l'adversité tout le temps, donc moi je dis qu'un travail intelligent avec les médecins, moi ce que j'ai pu connaître avec certains, c'est cet échange, de vrai partenariat, de collaboration. […] Y'a pas la sage-femme en-dessous et le médecin au-dessus, on a aussi un savoir qui est différent du leur. Y'a aussi un savoir médical qu'on a à avoir mais on est aussi dans des connaissances différentes. Et quand j'ai rencontré des médecins avec qui ça se passait bien, c'était des médecins qui savaient qu'ils avaient besoin des sages-femmes, et pareil, moi de mon côté si j'avais besoin du médecin, je savais que si je l'appelais, la décision elle allait être correcte sur la césarienne, le forceps, le machin, et pas forcément foncer dans un truc, je veux dire, c'est ça travailler en équipe. » (Entretien avec Pauline, sage-femme libérale.)

2- La multiplication des professions périnatales, la concurrence dans les actes.

La périnatalité concerne un grand nombre de praticiens, gynécologues, obstétriciens, sages-femmes, puéricultrices, pédiatres, aides-soignantes, anesthésistes, dont les compétences se complètent, se recoupent parfois et dont les frontières, lorsqu'elles sont mal définies, font l'objet de lutte de privilège et d'autorité.

> « Faudrait peut-être lui rappeler que les échographies ne sont pas obligatoires et en plus en tant qu'anesthésiste, qu'est-ce qu'il peut avoir à faire si y'a eu des échographies ou pas ? C'est-à-dire que lui il en est carrément à savoir est-ce que le bébé à la tête en bas ? Est-ce que il est pas trop gros ? est-ce que ?... Alors qu'en tant qu'anesthésiste il doit venir parce que l'obstétricien ou la sage-femme lui demande, point. Donc là, il y a un débordement aussi du rôle qui est évident en salle de naissance. L'anesthésiste, il commence à avoir une main mise, parce qu'ils sont là tout le temps, les péridurales, les trucs, les machins, donc y'a un débordement. Les pédiatres, c'est pareil, il fallait les remettre à leur place, parce qu'ils commençaient à venir regarder les rythmes cardiaques en disant, "Ah oui ! là il faut faire quelque chose parce que moi en tant que pédiatre je vais récupérer un enfant qui va être secoué !" Ah non, tant qu'il est dans le ventre c'est du rôle de l'obstétricien de, voilà c'est pas à lui de réfléchir si, enfin c'est pas à eux de regarder les monitorings ! » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

« Avant, il n'y avait pas tous ces métiers (à la maternité), il n'y avait que nous. »

Françoise évoque l'époque où sa mère exerçait, dans les années 1940, lorsque l'activité des pédiatres et des obstétriciens était concentrée sur la pathologie, laissant le champ de l'accompagnement physiologique aux sages-femmes.

> « Y'avait pas les pédiatres sur la place du marché, pourtant ma mère était à Bordeaux hein, c'était une grande ville, elle était pas en région rurale, mais, culturellement, les femmes savaient qu'elles pouvaient continuer à se faire suivre par la sage-femme… Ce qui est toujours légal, mais on leur à fait perdre la mémoire par rapport à ça. Voilà.
> Moi : Oui. A l'époque il y avait moins de pédiatres, d'obstétriciens… ?
> Françoise : Y'en a avait pas, y'en avait mais à l'hôpital. C'est-à-dire que, on voyait le pédiatre quand il y avait une pathologie, les maladies graves. Ils étaient à l'hôpital, à Bordeaux ils étaient à l'hôpital des enfants. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Les professions de puéricultrices et d'auxiliaires ont également connu un transfert des services de pédiatrie et de néonatologie vers la maternité.

> « Mais quand j'étais à l'hôpital à Bordeaux, y'avait pas d'auxiliaires puéricultrices, y'avait pas de puéricultrices… Y'avait pas tout ces corps de métiers qui sont venus après… y'avait que nous. Ma mère elle a jamais connu ces métiers de son temps hein. Qu'est-ce qu'on a été faire avec tous ces sous-métiers ? Et sur le plan politique, ils veulent encore faire des sous-métiers de tout ça… Ben dis donc, qu'est-ce qu'on va foutre ? Tout le monde va faire la même chose. Avant, après l'accouchement c'était le boulot de la sage-femme, mais c'est les sages-femmes qui ont tourné le dos à tout ça, donc on y a foutu les auxiliaires et les puéricultrices, mais maintenant les autres, elles revendiquent leur rôle, heu, c'est normal… Alors que normalement c'était pas à la maternité qu'elles étaient, c'était dans les services où y'avait les petits malades hein, à la maternité ils ne sont pas malades les petits hein. Moi les puéricultrices que j'ai connues, elles étaient à l'hôpital des enfants à Bordeaux. Elles étaient en chirurgie, elles étaient en néonat', elles étaient en médecine heu… Mais à la maternité y'en avait pas… Ni d'auxiliaires… Y'avait rien de tout ça… Et ça marchait très bien. Alors va savoir… Peut-être qu'il fallait créer des emplois… Je ne sais pas. Et à la clinique, les auxiliaires, elles se prenaient pour je sais pas quoi… Elles commandent tout. Et faut faire ci et pas ça et "Vous ne pourrez pas sortir dimanche parce que vous ne serez pas suivie un dimanche." Mais de quoi elle s'occupe, elle sait ce que je fais, elle est venue me le demander ? » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Pauline évoque ses souvenirs de l'hôpital où elle travaillait dans les années 1990. Les sages-femmes, après avoir été écartées des suites de couches au profit des pédiatres et des professions intermédiaires, telles que les puéricultrices et les auxiliaires de puériculture, ont été réintroduites, non sans difficultés.

> « Puis s'est posée la question de mettre des sages-femmes en suites de couches, heu…c'était en 1992, 1993, et on a répondu ben oui, c'est, c'est effectivement du ressort des sages-femmes, c'est aussi notre travail. […] S. avait fait une guerre pas possible à la puéricultrice, qu'elle avait mis dehors, parce que la guerre sage-femme-puéricultrice aussi c'est pas très simple tout ça. Donc il restait en suites de couches heu, pédiatres, auxiliaires puéricultrices, ce qui donne un tandem qu'on trouve dans pas mal d'endroits, qui donnait des choses un petit peu pas évidentes. C'est-à-dire que nous, réintroduites là-dedans ou pas introduites du tout, parce que rien n'avait été préparé heu, on sentait qu'on gênait un peu. » (Entretien avec Pauline, sage-femme libérale.)

La multiplication des discours.

Par la suite, Pauline a été amenée à travailler quelques temps dans le suivi des suites de couches au domicile des patientes.

> « Les femmes quand elles sont à l'hôpital, tout est anesthésié, on voit rien du tout de leur contexte de vie hein, quand on va chez les gens, ça n'a plus rien à voir. » (Entretien avec Pauline, sage-femme libérale.)

Elle explique que cette expérience lui a permis de constater la confusion que peut engendrer chez les jeunes mères la multiplication des discours et conseils donnés à la maternité.

> « Et c'est là où les femmes effectivement, on voit les choses dont on se doutait un petit peu, c'est que les femmes, oh la la, elles en ont ras-le-bol d'être confrontées à trente-six mille personnes. En suites de couches y'a trente-six discours différents, heu, l'allaitement machin, les auxiliaires, des conseils assez rigides. Elles nous le disaient hein. » (Entretien avec Pauline, sage-femme libérale.)

Une cohabitation possible.

Selon elle, une cohabitation est possible moyennant une réorganisation des tâches de chacun auprès des patientes.

> « Il faudrait qu'on puisse travailler sage-femme, auxiliaire de puériculture par exemple, enfin ce binôme j'y croirais. » (Entretien avec Pauline, sage-femme libérale.)

Elle appuie ses propos sur l'exemple de la Suisse, où, d'après une de ses collègues ayant exercé là-bas, les sages-femmes s'occupent d'un plus petit nombre de patientes, mais en plus des soins prennent en charge toutes les tâches autour de la mère et de l'enfant pendant son séjour.

> « D'ailleurs y'a des endroits en Suisse, c'est une sage-femme qui a travaillé en Suisse qui m'a dit je crois, elle s'occupe de quoi, de quatre couple mère-bébé et elle fait tout, elle s'occupe toute seule de, des soins auprès de la mère et de l'enfant et aussi le lit, emmener le repas… Voilà. Ici, ça faisait quand même quinze mamans, quinze bébés, en une journée de douze heures, s'occuper de quinze mamans, quinze bébés, ben, quand on veut voir un peu comment se passent les tétés et le reste… Pff, c'est pour ça qu'au bout d'un moment… J'avais l'impression de nager à contre-courant tout le temps, heu… Alors, selon les auxiliaires, c'est pareil, y'en a qui arrivaient à piger le truc, mais il faut arriver à s'harmoniser. Sauf que moi, quand on a son tour à faire, en fait y'avait le tour de

l'auxiliaire, le tour de la sage-femme, donc c'est pareil, un moment, il aurait presque fallu pouvoir travailler ensemble quoi, voir la mère en même temps. parce qu'entre les équipes de jour, les équipes de nuit… Donc ça réintroduit quand même à chaque fois des personnes nouvelles. […] Donc heu… S'il n'y a pas de discours cohérent dans tout ça, pour les mères, c'est compliqué hein. » (Entretien avec Pauline, sage-femme libérale.)

D'après Aurélie qui fait ses études en Belgique, l'organisation du travail semble similaire. Elle pense également que cela permet une proximité, une continuité et a fortiori une plus grande cohérence dans l'accompagnement.

« Ici, c'est des infirmières qui font le tour dans le service et après c'est des auxiliaires de puériculture qui s'occupent de l'allaitement, sachant qu'elles, elles ne sont formées qu'en un an et qu'elles ont, bon elles ont une formation d'aides-soignantes à moitié et puis oui, à moitié sur les bébés enfin je sais pas exactement ce qu'elles ont dans leur formation mais heu, enfin nous on a quand même quatre ans où on nous parle de l'allaitement, donc heu…. Donc je pense que c'est aussi pour ça que l'allaitement ne marche pas très bien en France. Ben déjà y'a plein de gens qui passent et tout le monde leur donne des conseils différents, mais ça c'est pas tellement mieux en Belgique, mais au moins en Belgique, nous ce qu'on nous apprend à l'école c'est, on arrive le matin on prend en charge la chambre, la femme et son bébé. Donc on arrive, on voit si on s'occupe d'abord du bébé ou de la femme mais on fait tout nous-même. On prend tout quand on rentre dans la chambre et quand on sort de la chambre elle a tout eu, elle a eu son repas, on a changé son bébé on a tout fait et au moins on lui fout la paix, c'est la même personne, bon ça change tout les jours de personne mais au moins c'est une personne qui s'occupe de tout et c'est pas une qui passe pour l'allaitement, une qui passe pour les draps, une pour le repas, voilà quoi. Ça franchement c'est… Parce que ça doit pas être agréable pour les femmes qui accouchent. Ça, c'est quand même une différence… » (Entretien avec Aurélie, étudiante sage-femme.)

3- Préjugés envers les sages-femmes pratiquant l'accompagnement global.

Actuellement la France compte environ « 23 000 sages-femmes inscrites au tableau de l'Ordre dont 4 000 libérales pour 822 000 naissances et 1,5 millions de grossesses[157]. » Seule une soixantaine d'entre elles propose le suivi global. C'est pour cette raison, selon Josiane, qu'elles sont stigmatisées.

[157] Chiffres donnés pour l'année 2012. Cf. « Les sages-femmes dans le projet de loi 2014 », in *Santé génésique des femmes et périnatalité*, CFTC, CNSF, ONSSF, CNEMA, ANSFC, ANESF, le 7 novembre 2013, p. 10.

« Je sais que ce sont elles qui heu… Qui effraient, par définition, sont effrayantes… Parce qu'elles ont encore la force de résister et de dire oui aux femmes. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Lorsqu'Élisa a pris la décision de s'installer en libéral pour pratiquer l'accompagnement global, elle a été très mal reçue par les autres sages-femmes de son secteur.

« Faut avoir une sacrée force de caractère aussi. Moi, je le vois, de me lancer très jeune, alors, très jeune en libéral, déjà, je suis très mal reçue, alors très jeune en accouchement à domicile, heu, je suis rayée de la liste hein. Enfin… Je… Je suis, pff… Je suis un peu la bête noire quand même. Heu, là déjà de m'être installée dans ce secteur-là, j'ai celles des alentours qui m'ont appelée pour clairement me faire comprendre que… Elles étaient pas contentes que je m'installe, tu vois. Donc heu… Bon, d'accord. Et puis, et puis, t'es qui ? T'es diplômée depuis quand ?… Enfin bon… Tu t'en prends plein la tronche… […] Des sages-femmes du secteur, qui m'ont fait clairement comprendre que, "Nous, ça fait dix ans qu'on est installées, c'est pas une petite jeune comme toi qui, en gros, qui va venir nous embêter." Tu vois… "Et en plus tu fais de l'accouchement à domicile, c'est n'importe quoi !" » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

De même, Karine qui a pratiqué l'accompagnement global avant d'avoir un poste en tant qu'enseignante, a subi quelques pressions de la part de ses collègues, qu'elle attribue en partie à l'étiquetage, à la mauvaise acceptation de l'accompagnement global.

« En plus je venais de l'accouchement à domicile, enfin l'accouchement sur plateau technique et du libéral… C'est-à-dire, tout ce qu'il ne faut pas et tout ce qui fait que tu es considérée comme une… Heu… Ben comme quelqu'un qui n'a rien de… Qui n'est pas une vraie sage-femme quoi. Donc ça a été très, très dur, pendant les trois premiers mois, quand j'allais avec les étudiants et qu'on faisait les consult', les autres venaient vérifier mes dossiers, venaient corriger les positions des capteurs quand je posais un monito alors que ça faisait juste 25 ans que je faisais ça, au même titre qu'elles, mais heu… Enfin je dirais ça a été… Heu… Pff… Personne d'autres hein, que les sages-femmes hein… Les sages-femmes sont absolument épouvantables entre elles… » (Entretien avec Karine, enseignante sage-femme.)

Valérie et Lisiane n'ont pas cette pratique mais constatent l'attitude belliqueuse envers leurs collègues.

« Oui… Elles se sentent jugées. […] Mais même ma collègue la première, des fois elle dit "Oh… J'ai pas été super bien accueillie." Ou voilà… Oui, oui, y'a des sages-femmes de maternité qui peuvent être heu assez… Assez horribles quoi, avec les collègues sages-femmes qui font des

accouchements à domicile. Alors après, tout dépend comment on travaille. Si effectivement la sage-femme à domicile, c'est une folle dingue et qu'elle fait n'importe quoi, je peux comprendre qu'on soit en colère contre elle. […] Mais quand elle travaille très bien, comme les trois là, dont je parle qui sont sur le secteur… Qui travaillent très bien… Faut arrêter quoi. » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

« Par exemple, les deux collègues qui sont près de N., elles, avec la PMI, pas les sages-femmes hein, mais les puéricultrices, mais c'est l'horreur quoi ! C'est la guerre. Je sais pas pourquoi… Voilà. C'est une histoire de personnes hein ! C'est pas une histoire parce qu'elle est en PMI en fait, c'est une histoire de personnes, d'ouverture… On a l'ouverture ou on n'a pas l'ouverture de se dire heu, qu'est-ce qui est le mieux pour cette femme ? Quelle est sa demande ? » (Entretien avec Lisiane, sage-femme libérale.)

Cette mésentente se répercute sur les conditions de travail de certaines sages-femmes ayant accès à des plateaux techniques et à plus forte raison sur l'accueil des patientes transférées lors d'accouchements à domicile.

« Ouais, c'est dur […] C'est là que j'étais inconfortable, c'est que, si jamais il faut partir maintenant à A… Parce que A, ils n'admettent pas l'accouchement à domicile. L'hôpital d'A, ils ne sont pas d'accord. J'me suis dis, s'il faut partir maintenant là… Je vais en entendre parler. Et c'est ça qui est pénible. Je suis jugée sur A, par des gens qui ne m'ont jamais rencontrée. Les gens qui me connaissent, ont déjà un, un discours plus modéré. …] Donc parfois, c'est inconfortable. Heu…Y'a un autre hôpital là, par là… Je suis pas à l'aise. Quand j'ai des patientes qui sont susceptibles d'aller chez eux, je leur dis, ok, mais si on doit décoller on va dans un autre hôpital, pas dans celui-là.
Moi : Même si c'est le plus proche ?
Dominique : Ah ouais. À ce moment-là, je le sais, donc c'est moi qui vais faire décoller plus vite. Bon, c'est sûr que si on était dans l'urgence, urgence, hémorragie ou je ne sais quoi, je l'enverrais au plus proche, c'est une évidence. Mais autrement heu… Non, je rabats beaucoup sur C. maintenant. Parce que C., je sais qu'ils sont capables d'avoir cette écoute, de savoir que la patiente voulait comme ça, comme ça et donc de la respecter. » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

« Pareil, tu t'en prends plein la gueule par les hôpitaux. Par exemple là, la dame que j'ai transférée pour le placenta qui ne se décollait pas, ah, ben le soir même j'avais un appel de la cadre sage-femme de l'hôpital où je l'avais transférée pour me dire, heu, "Mais c'est quoi ce truc de nous emmener une dame qui a accouché à la maison !", heu, "On se récupère que les merdes des accouchements à domicile !", "Vous êtes inconscientes"… Ah, ben excusez-moi de vous avoir transféré une dame qui allait peu être mourir à la maison parce qu'elle ne décollait pas son placenta, je suis désolée. C'est vrai que j'aurais dû la laisser mourir chez elle, c'est vachement plus intelligent. Donc heu voilà… C'est vraiment compliqué…. Et donc, heureusement qu'il ne faut pas douter et qu'il faut avoir le caractère pour se battre. Parce que, moi, ma copine qui a commencé les

accouchements à domicile, c'est peut être une des raisons pour lesquelles elle a arrêté si tôt, c'est parce qu'il y a beaucoup de pression et que si de base t'as pas un caractère fort ou en tout cas à te dire, heu, à être sûre, à savoir te défendre sur tes pratiques, ben t'arrêtes parce que, parce que tu te fais engueuler, clairement, enfin… » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

« On aimerait un peu de reconnaissance du corps médical. C'est-à-dire que si on va au CHU, parce que ça n'avance plus, ben qu'on ne se fasse pas regarder comme des idiots, qu'on ne se fasse pas jeter, parce que nous on est des pauvres petites sages-femmes qui n'y connaissons rien ! Hein, voilà. Une fois j'ai accompagné un couple au CHU, bon, on est arrivé elle était à six centimètres de dilatation, tout allait bien, bon, ça traînait, ça n'avançait plus, pour moi, il fallait rompre la poche des eaux mais je ne le fais pas à la maison hein, parce que on ne sait jamais ce qui peut se passer derrière. Donc on est arrivé au CHU, ils ont voulu me foutre dehors… Les gens se sont battus pour que je reste, hein. Donc… "Ah, mais vous aviez un projet d'accoucher à la maison ! Eh bien ! vous voyez, heureusement qu'on est là !" […] Et c'était au point où : "Oh la la ! C'est celle qui a voulu accoucher à la maison !". Il y a des hublots derrière les portes, au moment où elle a accouché, y'avait trois personnes derrière le hublot qui regardaient hein… Parce que, ah, c'était une… Elle avait envie d'accoucher à la maison quoi, c'était catastrophique. Et après, chaque fois que quelqu'un rentrait dans la chambre, il lui disait : "Ah, ben vous vouliez accoucher à la maison, ben vous voyez hein, heureusement qu'on existe !" [silence] Voilà… Que des aides-soignantes ou des agents de service aillent dire ça ! Ça été dur hein, ça a été très, très dur hein. Ben maintenant, quand elles sont suivies au CHU, ben, si je dois les envoyer, ben voilà, je vais attendre moins longtemps et puis je les envoie comme ça. » (Entretien avec Sophie, sage-femme libérale.)

Dans des cas comme celui-ci, c'est bien la présence de la sage-femme qui entraîne des comportements de défiance. En effet, Sophie souligne que, si le même couple s'était présenté à la maternité après avoir géré le début du travail chez eux, mais sans la présence de la sage-femme, l'accueil aurait été tout autre.

Que l'accouchement ait lieu à la maternité ou au domicile de la patiente, la sage-femme se doit de faire appel à un médecin en cas de complication. Pourtant dans le second cas, ce transfert semble perçu comme une incompétence.

« En fait on remet toujours en cause la personne qui a la réputation d'être la moins compétente, ou heu…qui dérange. » (Entretien avec Nadia, étudiante sage-femme.)

Sophie se rappelle de l'exclamation d'un obstétricien face à une complication, pour laquelle elle avait pris la décision d'un transfert.

« Elle était toujours à neuf centimètres, voilà, bon. Moi j'avais l'impression que ce bébé il se présentait dans l'autre sens, pas correctement et tout… Bon, une fois qu'elle était à la maternité, c'était plus mon travail hein. Bon. On a attendu, on a fini par lui poser la péridurale et on a attendu, et à 13 heures elle a fini par être à dilatation complète, etc. Commencer à faire pousser, ça venait pas et tout, le gynéco est venu il a du faire des forceps et il est sorti en disant bien fort : "Oui, il a fallu que je fasse une grande rotation !" Ben… C'est pas mon problème hein. Bien sûr il était dans l'autre sens, mais moi je l'avais dit depuis le début hein. » (Entretien avec Sophie, sage-femme libérale.)

Une fois encore, les sages-femmes libérales souhaiteraient une collaboration avec leurs collègues hospitalières.

« Mais moi je veux que ça se fasse en bonne intelligence… J'ai pas envie de me mettre les collègues à dos, j'ai pas envie de leur faire peur, j'ai pas envie qu'elles aient le sentiment qu'on leur renvoie tout ce qui ne fonctionne pas quoi. » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

La pratique de suivi global, en plus d'être soumise à des difficultés d'ordre organisationnel, est de toute évidence, un combat contre les préjugés, les « étiquettes ».

« On me dit, "Oh, t'es contre la péridurale, t'es anti ceci…" Je dis, mais je suis anti rien du tout nom d'une pipe ! C'est ce que j'ai toujours senti auprès de Françoise c'est que… Alors, on a l'étiquette "originale", alors t'as le retour au CHD, "Ouais, elle, elle fait des choses bizarre, … à domicile […]" On voit le regard des professionnels et moi des autres libérales que j'ai vues ici, on a un peu l'idée, heu, pour elles, que F., elle travaille dans son coin… "Ouais, elle partage pas trop". Ah oui, mais quand on fait cette activité-là, on passe pas son temps à aller prendre le thé avec les consœurs à des réunions où on parle de rien, pour ci et pour ça quoi. Donc heu… Je comprends quand elle a un regard sur elles de dire heu : "Elles m'énervent, elles font que des cours, elles veulent que valoriser la rémunération des cours et puis et puis elles se rendent pas compte qu'à ne pas faire de suivis et d'accouchements, voilà, comment vous considérez…" Et puis, elles, elles ont l'impression que Françoise, elle fait un fourbi dans son coin et puis avec l'idée que [en chuchotant], "Elle fait du domicile et quand même elle fait des choses pas très…". Et moi au contraire ce qui m'a toujours interpellée, c'est que je n'ai jamais vu de, quelqu'un comme Françoise qui va au bout du raisonnement médical, y'a un problème et je vais chercher les études et je vais chercher les écrits, je vais chercher les, je cherche à comprendre, je travaille le truc. Et vraiment quelqu'un… Qui était à la source de la connaissance quoi, de la compréhension du truc. Et c'est ça qui m'a toujours heu, qui m'a toujours frappée chez elle. Donc heu… On la critique d'être heu anti ceci, anti cela […] On nous balance des étiquettes dans la figure ! » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Françoise a toujours exercé son métier de la même façon, en se basant sur sa formation et sur son expérience auprès des femmes. Cependant, au gré des changements de pratiques en milieu hospitalier, son savoir-faire a pu être considéré tantôt comme dépassé, tantôt comme novateur.

> « Enfin bon, ils sont contents, ils vont avoir le label "Amis des bébés"… Au moins on ne prendra plus leur petit à sept heures pendant qu'ils dorment pour les baigner… Quand je pense que moi, les miennes elles se faisaient engueuler parce qu'elles ne voulaient pas les baigner ! Et on avait la conclusion, "Les patientes de Françoise, elles sont sales." Voilà… parce qu'elles ne lavent pas leur bébé, elles sont sales…
> Moi : Et maintenant y'a un label pour ça ! [Rires]
> Françoise : C'était à dire que j'avais trop d'avance moi. […] Ça doit être ça !... C'est leur ignorance, ils sont ignorants, ils ne sont jamais sortis de chez eux, ils n'ont jamais rien vu d'autres que leur truc à eux. Attends, on ne détient pas la vérité hein, y'a plein de choses partout, ailleurs, y'a du bien et du moins bien, c'est tout. Et puis les mères elles peuvent le faire, ça va pas les épuiser de baigner un petit hein. Et quand j'étais à l'hôpital à Bordeaux, on ne passait pas notre temps à les baigner hein. Mais à la clinique, quand je suis arrivée, attends, ils les décapaient en permanence, et ils continuent toujours ! » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Pour beaucoup, l'activité des sages-femmes au domicile de leurs patientes est synonyme de manque de sérieux et d'une mauvaise prise en charge des risques.

> « Nadia : Mais pour avoir une crédibilité, moi, je vois dans mon mémoire sur l'accompagnement global… Je m'interdis de parler de l'accouchement à domicile, parce que je sais que si je mets le mot "accouchement à domicile", je perds en crédibilité.
> Anne : On va t'étiqueter hein !
> Nadia : C'est-à-dire que toute la crédibilité de mon mémoire va être foutue en l'air juste parce que je parle d'accouchements à domicile ! »(Entretien avec Anne, sage-femme libérale et Nadia, étudiante sage-femme.)

Françoise, bien qu'elle ait réalisé une centaine d'accouchements par an au sein de la clinique où elle avait accès à un plateau technique, a subi, tout au long de sa carrière des pressions de la part de ses collègues hospitaliers. Son histoire fait écho à celle de la sage-femme qui l'a précédée dans la région, qui s'est vu licenciée de la clinique où elle exerçait, sous prétexte d'un déficit de la maternité et ce afin d'ouvrir un autre service « plus rentable ».

> « Tout le monde était dans le coup, la Sécu, la direction de la clinique… Une vrai mafia […] Elle s'est battue jusqu'au bout, mais ils l'ont épuisée, elle en a fait une leucémie […] C'est pour elle que

j'ai tenu bon, c'était son combat, l'accompagnement global. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

« Moi je pensais à l'intérêt des femmes. Hum… Mais les autres ils ne voient pas ça. Ils sont jaloux. Comme je dis maintenant, il faut passer au-dessus de tout ça […] Je n'ai plus la force, j'ai n'ai plus l'énergie pour me battre […] C'est épuisant hein ?!… Quand tu sais que par derrière, tel mec, il espionne tous tes dossiers, tout ce que t'as fait… C'est pas normal, écoute ! Tu te vois toi, travailler dans des conditions pareilles ?… Hum… Attends !… Ça va cinq minutes, hein… Alors moi, point de vue boulot, j'en avais rien à foutre, hein, il pouvait regarder mes dossiers. Mais c'est cet esprit-là…. […] C'est du harcèlement, tout simplement, c'est du harcèlement. […] Il est quand même allé écrire un courrier disant que toute ma clientèle mettait la vie de leurs enfants en jeu ! C'est quand même grave ! C'est quand même grave. Les clientes de Madame ..., "Ah ! Les clientes de Françoise" [en l'imitant, avec de grands gestes]… Je vois pas ce qu'elles ont de terribles, hein ? De choisir leur praticien. De vouloir sortir… parce qu'elles ont rien !… Elles sont suivies par leur sage-femme, c'est de la compétence de la sage-femme. Mais ça, on ne pouvait pas le faire, on ne peut pas le faire. Mais ça avec le directeur, ça allait facilement, hein, en discutant… En foutant un peu l'Ordre des médecins là-dessus… Et puis voilà hein. C'est quand même une victoire… C'est quand même une victoire. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

« Quand elle avait appelé pour une césarienne alors qu'elle n'appelle jamais, l'autre lui avait dit : "Je m'occupe pas de tes merdes". Donc ça, elle pourrait le dire aussi hein, quand même ! Elle bouillonnait un peu à dire, "ben on m'accuse de tous les maux", mais j'aimerais dire aussi, le respect professionnel et déontologique il était où quoi ?» (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

La reprise du contrat de Françoise par Anne a été une démarche difficile.

« Moi : Et là, du coup à la clinique, ça été difficile ?
Anne : Très difficile. […] Il ne fallait pas brusquer… L'état des lieux quand même de l'été dernier, c'était un courrier des anesthésistes et des pédiatres à la direction pour dire qu'ils ne voulaient pas qu'il y ait de suite à l'exercice de Madame O. On partait quand même de ça. […] "Oui, c'est vrai que Madame O. elle travaille bien hein, mais enfin sur l'année, heu, on va dire, heu." Il me dit : "Sur l'année, il y a au moins cinq fois où y'a des familles avec qui il y a des conflits d'autorisation de ci ou de ça, ou de transferts, à chaque fois ça a été des patientes de Madame O. ! Donc nous, on veut plus gérer ces cas de conflits où il faut transférer un enfant quand les parents ne veulent pas !" […] Donc c'est un étiquetage, mal à propos, je pense. Et donc les pédiatres surtout, "Heu, non, non, non, on veut plus vivre ça, la responsabilité. Les patients de Madame O. sont des gens à problèmes, à procédures, donc il faudrait qu'ils accouchent dans le public, parce que dans le public ils sont quand même beaucoup plus assurés au niveau professionnel que nous qui portons très lourd dans le privé." » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Les jugements portés sur les sages-femmes déstabilisent les couples qui font le choix de l'accompagnement global et compliquent le travail des sages-femmes dans leur relation à leurs patientes.

> « Donc c'est pas évident d'être dans l'accompagnement des couples et de ne pas écouter ce qui se dit à droite à gauche, de pas être… Pas embêtée, mais déstabilisée, autant toi que les couples que tu accompagnes dans un accompagnement qui se fait de base, très, très bien, si t'es pas embêtée. Et donc ça, ça s'intègre, malheureusement, ça s'intègre à tes accompagnements… Tout ce qui se dit autour de toi, tout ce qui se transmet. Mais moi, bon, à la limite, de ce que pense la profession, heu… C'est pas que je m'en moque, j'écoute, parce que c'est toujours intéressant de savoir ce qui se dit, mais moi, du moment que les couples sont contents de comment je les accompagne, de comment ça se passe… C'est ça qui est primordial pour moi, c'est vraiment le ressenti des couples et puis la naissance de leur enfant, comment tout ça, ça se vit… En intimité. » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

4- Rapports de pouvoirs.

Aux intérêts personnels, de reconnaissances, de privilèges, s'ajoutent les intérêts politiques et financiers.

> « C'est le problème de la clinique ! Les économies qui sont réalisées ne sont plus dans la poche de ceux pour qui ça rentrait… Donc c'est pas intéressant, faut être logique. Ça…, mais c'est pour ça que ce sont des problèmes très difficiles à résoudre. C'est très difficile. De toute façon, y'aura toujours des freins. Pourquoi ? Parce que dans ce pays, après la guerre, quand la Sécurité sociale c'est réorganisée… Heu… Il faut pas oublier qu'à l'Assemblée, il y avait un nombre de médecins qui était assez important, donc la Sécu finalement fonctionnait avec un lobby, le lobby des médecins. Donc voilà. Donc c'est tout, ça a été le fonctionnement français, donc on fait avec, hein. Le problème il est là. Chaque fois, qu'en fonction des évolutions heu, ben des avancées techniques, technologiques, de la médecine tout ça, nous avons eu des compétences qui se sont surajoutées, quelquefois pendant un trimestre dans les journaux médicaux, heu… On leur a donné l'épreuve des forceps, on leur a donné les échographies, heu et on a donné ça aux sages-femmes… À chaque fois qu'on a un truc, c'est une histoire d'État, alors… Alors que si chacun restait à sa place, faisant ce qu'il doit faire, y'aurait pas d'histoire, mais c'est pas comme ça que ça fonctionne. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Aujourd'hui la Sécurité sociale essaye de remettre au goût du jour le suivi de suite de couches à domicile afin d'une part de faire des économies, d'autre part pour redonner cette part de l'activité aux sages-femmes libérales.

> « Mais c'est voulu par la Sécurité sociale, pour nous remettre… Mais la Sécu est l'otage des médecins !… Est l'otage du lobby médecins, mais… depuis, en 1946-1950 là…, de cette époque-là, parce qu'ils sont nombreux, et ils sont forts hein, ils veulent pas… Et nous, au point de vue revenus, on est la dernière des professions de santé ! C'est nous qui avons le revenu le plus bas, les sages-femmes… De toutes les professions de santé. Alors qu'en termes de santé publique, s'ils avaient, et depuis longtemps, voulu que les sages-femmes soient à leur vraie place hein, et bien nous en serions pas là où nous en sommes. Mais ils n'ont pas voulu, parce que les autres ils ont passé leur temps à gueuler derrière hein… Rien que pour les suites de couches… On s'est toujours occupées des suites de couches hein, que ça soit à l'hôpital ou, hein, mais eux, ils ne s'en sont jamais occupés, et le pataquès qu'ils font ! Il faut voir les articles qu'il y a eu… Un pédiatre qui a écrit dans le *Quotidien du médecin*, oh, ben lui aussi hein… "Comment ? Laisser ça… Aux seules sages-femmes libérales !" Comme si on était vraiment des pestiférées, vraiment… Des gens à éviter, pour leur dangerosité hein… [Silence.] Alors moi, si y'a quelque chose qui m'effraie pas, c'est bien les suites de couches hein… Je pourrais même me mettre, consultante en allaitement ! [Rires.] Les yeux fermés !… Et m'occuper des suites de couches ? Les yeux fermés. C'est l'éducation, c'est tout. Leur apprendre à trouver les gestes du quotidien… Y'a pas une façon, hein. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Dans la clinique où a exercé Françoise, les patientes qui accouchaient auparavant avec elle en plateau technique, font le choix désormais d'accoucher à domicile en raison des séjours trop longs imposés par le pédiatre pour des raisons de sécurité. La perte des patientes de Françoise représente une importante chute de revenus pour cet établissement, alors que le séjour obligatoire de 48 heures suffirait à rentabiliser l'activité de la maternité. Les pressions exercées ici sur la direction de la clinique semblent venir des pédiatres et des obstétriciens.

> « Alors ça, je vais te dire pourquoi. C'est par rapport au T2A, c'est par rapport au financement de la Sécu. La Sécu a fait un financement, si tu sors… Pour un séjour de 24 heures ou de moins de 24 h., ils touchent 700 et quelques euros et pour les séjours de 24 h à 12 jours, 1 400 euros… Donc c'est pour ça qu'ils veulent que les gens restent plus de 24 h, pour avoir les 1 400 euros… Alors qu'on peut sortir… Si c'était un type intelligent… Parce qu'à la clinique, leur activité elle a beaucoup baissé, hein… Ça a beaucoup chuté… Malgré qu'il y ait trois nouveaux obstétriciens, ça a chuté […] Ben de toute façon, si elles restent les deux jours, ils ont leur fric et puis il faut que les lits tournent… Parce que dans les grosses maternités… Heu, attends, ça bouchonne après, si les gens sortent plus. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Françoise souligne également les écarts entre les revenus des médecins et la stabilité de la valeur des actes, fixée par la Sécurité sociale, pour les sages-femmes libérales.

> « Tu vois, la valeur des actes… Là, à partir de 1954, c'était des consultations spécialisées et en, l'année dernière, on a mis ça en acte technique, voilà. Mais pour les médecins ça reste "consultations spécialisées". C'est-à-dire qu'un médecin, s'il fait un cours d'accouchement, il touche 46 euros, bien payé hein ! Nous, 31 euros 80… » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale.)

Le manque de représentativité des sages-femmes pratiquant le suivi global au niveau du conseil de l'Ordre pourrait être un des facteurs de l'invariabilité des cotations concernant la prise en charge de l'accouchement.

> « C'est assez récent quand même que le conseil de l'Ordre des sages-femmes ait été présidé par un médecin, c'est quand même pas très vieux, donc ça montre bien que… Et puis là aujourd'hui y'a quand même un petit peu de râlerie au niveau du conseil de l'Ordre, parce que de toutes les filles qui sont au conseil national, y'en a aucune qui soit libérale… [silence.] Donc elles ont un regard sur le métier… Bon, on va pas jeter la pierre, c'est que aussi… Oui, moi je vois dans ma pratique, aujourd'hui comment je pourrais faire pour m'investir auprès d'un Ordre… Je suis déjà avec le téléphone dans la poche, j'essaye de concilier la vie de famille, le machin, le truc et après il faudrait que je sois représentative au conseil de l'Ordre et au syndicat, pff, je peux pas quoi. Donc effectivement, on n'est pas très représentatives. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Bien que la présidence de l'Ordre soit désormais accessible aux sages-femmes, les médecins restent très présents dans l'établissement du cadre de travail des sages-femmes. Dans les écoles de sages-femmes par exemple, les directrices sages-femmes sont en général secondées par un médecin au poste de « directeur technique et de l'enseignement ».

> « Parce qu'encore une fois, tout le domaine de la périnatalité est géré par des médecins et pas par des sages-femmes et que toutes les règles et les protocoles sont établis par des médecins et que du coup c'est eux qui décident. » (Entretien avec Nadia, étudiante sage-femme.)

Élisa souligne la priorité faite par les établissements pour les dépenses liées à la médicalisation plus qu'à l'accompagnement.

> « Est-ce que réellement le coût d'une baignoire, comparé à, au coût de dix ampoules de Syntho, heu… Non, mais vraiment hein, parce que tous les produits, heu, alors pareil hein, le produit de

péridurale, le Syntho, heu, tout ce qui est médical, ça coûte extrêmement cher ! Tu crois vraiment qu'une baignoire à prix, heu, auquel ils les achètent en maternité, ça coûte que dalle ! C'est des baignoires de base en plus, y'a pas du tout de système, heu, particulier hein. […] C'est pas des jacuzzi hein, c'est des baignoires de base, ça leur coûte rien hein. Donc tu vois, pourquoi, ah non, parce que l'argent on va le mettre autre part, alors je comprends bien que c'est des questions de budget, mais… Non. Tu sais le prix d'une journée d'hospitalisation en maternité ? 800 euros, la journée. Mais sachant qu'elles restent quatre, cinq jour les mamans, t'imagines… ça fait du 4 000 euros hein. T'imagines, combien de baignoires tu peux acheter ? [Rires] Non, mais je veux dire… Et là, tu sens qu'il y a des priorités. Et on n'est pas encore dans la priorité, accompagnement de la grossesse, heu, en France, alors là… Pff… Quand tu compares à d'autres pays, on est des Cro-Magnon hein, c'est vrai… » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

Pour Josiane, les considérations économiques sont secondaires. La raison principale sous jacente au regroupement des maternités et à leur organisation par niveaux, génératrice d'hyper-médicalisation, serait la mise en valeur des conceptions et pratiques des spécialistes (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, anesthésistes…).

« Bien sûr, s'il n'y avait que la question économique, on se rendrait compte quand même que l'accouchement physiologique coûte moins cher. Ça n'est pas une question économique hein, c'est une question de pouvoir. C'est rien d'autre hein, c'est une question de pouvoir. Les plans de périnatalité c'est une question de pouvoir. C'est rien d'autre. C'est-à-dire, ce sont les grands patrons de l'obstétrique, plus les syndicats d'anesthésistes, plus les syndicats de pédiatres, pédiatres-réanimateurs, voilà, point à la ligne. Et il y a eu hélas des personnes qui, des sages-femmes, qui sont allées cautionner ce genre de chose. C'est tout hein. Ce n'est même pas pour l'argent… Les médecins disent tous que la santé n'a pas de prix. Il faut se méfier quand ils disent la santé n'a pas de prix. C'est pour leur plus grande gloire, c'est tout. C'est pour leur prestige. Le milieu médical, enfin, vous ne le connaissez pas, moi je le connais quand même un peu… Ce qui m'a beaucoup marquée chez les médecins, c'est leur vanité. C'est vraiment le prestige. Quand je vous parlais de la liturgie, c'est la vanité. Et hors de question de trop réfléchir sur eux hein, ça, ça n'est pas… Non. Ils sont persuadés qu'ils font bien. Ils sont prophètes, ils sont Dieu. Vous connaissez la différence entre un chirurgien et Dieu ? "Dieu dit : je ne suis pas Dieu." » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Pour Josiane, l'aspect humain de l'accompagnement, qui est aujourd'hui remis en avant, n'a pas été pris en considération à sa juste mesure lors du regroupement des maternités et la fermeture des petites structures.

« Je suis persuadée qu'au-delà d'une certaine, heu, d'une certaine taille… On devient des technocrates. Et on est dans la gestion des flux, et que l'humain… Et que l'humain, après tout

> c'est… C'est pas ça le plus important, c'est le nombre d'accouchements, c'est le nombre de… Voilà, on est que dans… Dans les mesures et dans les calculs. […] On ne compte pas les dégâts collatéraux, surtout pas hein, ce que ça engendre au niveau de, quand les femmes sortent avec leurs gamins qu'elles regardent comme un poule regarderait un dé hein, ou… Non mais c'est vrai. Non, non, il faut que ça circule, circulez y'a rien à voir, c'est ça. […] Et je ne pense pas qu'on ait réfléchi, qu'on ait suffisamment réfléchi sur l'incidence justement de ces, de ces concentrations sur les comportements. Et c'est ça qui est… Parce que quand on voit par exemple les CHU ou les maternités, les énormes maternités fonctionner… On s'aperçoit vite des déperditions d'énergies, énormes, énormes ! Il faut mettre quelqu'un en interface parce qu'autrement ça ne peut plus, ça ne peut plus se joindre. Ça fait quelqu'un… Mais ce quelqu'un n'est plus auprès du soin. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

La concentration des accouchements dans des structures plus importantes qu'autrefois et dont le niveau de technicité implique une gestion plus stricte du personnel et de l'application des protocoles est identifiée par certains professionnels comme une difficulté supplémentaire à l'accompagnement plus humain.
M. Cesbron, gynécologue-obstétricien, ancien chef de la maternité de Creil, secrétaire de la Société d'Histoire de la naissance, livre ainsi son analyse :

> « Nos capacités techniques à répondre à de grandes détresses néonatales sont réelles. L'attention aux besoins affectifs de l'enfant et de ses parents sont désormais rendus possibles, y compris dans les situations les plus complexes, parce que nous avons appris, puéricultrices, pédiatres, pédopsychiatres, psychologues, psychanalystes, la grande richesse psychique du nouveau-né. Malheureusement, beaucoup de professionnels sur le terrain sont souvent insuffisants en nombre quand ce n'est pas en formation, malgré une soif de connaître et de venir en aide. Ils luttent et se découragent parfois face aux obstacles administratifs qu'ils rencontrent. Quoi qu'on en dise, la logique de concentration et l'obsession sécuritaire qui en découle sont à l'œuvre non plus seulement pour répondre au populationnisme d'hier, mais bien cette fois pour assurer une productivité fort éloignée de l'attention dûe au nouveau-né. Preuve, s'il en était besoin, les refus dissimulés aux demandes d'alternatives à l'hospitalisation systématique de l'accouchement. Alors que l'expérience étrangère nous permet aujourd'hui de les considérer comme sanitairement au moins aussi acceptables que notre modèle unique : l'usine à bébés. » (Cesbron, 2010 : 6).

Un autre point développé ici au travers des entretiens est la présence dans ces structures de multiples professions médicales et paramédicales entourant les femmes et leurs nouveau-nés (obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes, pédiatres, puéricultrices, auxiliaire de puériculture).

Outre les difficultés inhérentes aux interactions interprofessionnelles, sont évoqués les risques de conseils contradictoires auprès des patientes et les difficultés d'établir avec elles une relation de confiance respectueuse de leur intimité, dûs au nombre d'intervenants.

Il n'est pas question non plus ici de généraliser les difficultés de communication entre professionnels. Mais bien qu'ils puissent être secondaires, les écrits de sages-femmes, qu'ils aient été produits il y a plus d'un siècle (comme par exemple les lettres envoyées aux rédactions de revues syndicales citées précédemment), ou très récemment, témoignent des rapports de force constants entre sages-femmes et médecins mais également au sein même de la profession. « Les sages-femmes peuvent être très dures entre elles », ai-je entendu à plusieurs reprises. La lettre d'une sage-femme pratiquant l'accompagnement global, radiée sans avoir commis de faute professionnelle, illustre ce fait[158] :

> « Et tout cela à cause de quelques sages-femmes et gynécos QIRDP (Quotient Intellectuel Ras-les-Pâquerettes – abréviation lue dans un dossier d'une patiente). Ayant un peu de pouvoir, elles en ont abusé gravement. Elles m'ont amputée des deux mains pour être certaines que je ne touche plus une femme enceinte. Elles m'ont traînée sur la place publique, procédant comme les tribunaux d'exception de l'Inquisition. Piétinant mes droits légitimes à me défendre, ignorant les règles fondamentales de la justice, elles se sont attribuées des compétences de la façon la plus indigne qui soit. Leur arrogance et leur mépris sont les seules causes de ma radiation. Entre-temps, ce conseil de l'Ordre du 47 continue à organiser des repas avec nos cotisations, se régalant d'un bon mets gratuit et de leur victoire qu'elle ne vont pas manquer de mentionner à l'Assemblée générale une fois le ventre plein. »

[158] Cf. propos de Mme Lavillonière, *op. cit.* : « Le problème majeur, c'est qu'il règne une grande hypocrisie. Il n'y a pas eu pour le moment d'interdiction d'exercice prononcée au titre d'un défaut d'assurance. Le CNOSF dit même que c'est en dehors de son rôle que de faire appliquer cette loi. Le discours officiel est aussi de dire qu'ils cherchent depuis plus de dix ans une solution avec nous parce que c'est une situation anormale. Mais il y a eu des radiations. C'est là où c'est très subversif ! Il n'y a qu'à voir récemment les deux sages-femmes *[ndlr : Krista Guilliams et Françoise Servent] (2)* qui ont été sévèrement sanctionnées alors qu'il n'y avait, à mon sens, pas de faute majeure. On ne sait même pas vraiment au final quelle est la base de leur radiation. »

II/ Les difficultés de communication entre les femmes et les professionnels de santé.

1- L'hostilité à l'égard des femmes qui affirment leur choix d'un accouchement « naturel ».

Ces désaccords sont générateurs de jugement, voire d'agressivité de la part des professionnels de la santé attachés à la prévalence du modèle hospitalier.

> « Et puis elle va à son rendez-vous et quand elle dit : "Ben voilà, pour les autres rendez-vous en fait, je ne viendrais pas parce que je fais le choix d'un suivi par une sage-femme"… Il lui dit : "Vous voulez pas accoucher à domicile non plus ?" [Silence.] On sentait, on voyait bien tout ce que ça voulait dire dans sa bouche quoi. C'était, pff… "Vraiment, vous retournez au Moyen Âge quoi, vous faire suivre par une sage-femme et accoucher naturellement, c'est quoi votre histoire, quoi ! et puis en plus, ouais, ces suivis par une sage-femme, ouais, c'est bien gentil heu… Mais après, elles nous les renvoient dès qu'il y a un problème… Heu, moi je trouve que les sages-femmes, c'est bien pour les consultations, à la limite à huit mois, mais enfin les suivis c'est quand même nous." Donc bon, voilà. On nous renvoie tout ce cataloguage, enfin voilà. […] Voilà, elle a réussi à lui dire stop, on arrête. Mais voilà quoi. Il faut tout le temps faire face aussi. Alors nous, on est bafouées ! Et pour les femmes, ben, c'est déstabilisant quand même ! » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Dans ce témoignage, on peut voir toute la contradiction entre la formation effective des sages-femmes qui est de suivre les grossesses physiologiques et de transférer la patiente vers un médecin en cas de pathologie et les propos cités ici, du médecin envers sa patiente, qui préjuge qu'un suivi n'est efficace que s'il est effectué par un médecin.

> « Mais ça va loin dans le raisonnement. Moi j'ai une patiente, qui était suivie dans le profil maison de naissance. Sur son milieu professionnel, quand elle expliquait son choix, elle s'est vue se faire engueuler ! C'est-à-dire, heu "Mais comment t'es en train de bafouer tous les combats féministes de nos mères qui ont enfin réussi à vaincre la douleur et toi tu craches sur tout ça et tu veux souffrir à l'accouchement !" mais attendez heu… J'ai pas dis que je voulais heu… Enfin bon… Heu, le récit là, c'était complètement dépassé… Complètement. Et c'est quand même étonnant ! Et les anesthésistes aussi, une femme qui arrive, en plus elle voulait accoucher chez elle, mais elle venait pas parler de ça, elle venait faire son dossier… Et elle a dû dire, "ben a priori je souhaite pas spécialement…" "Comment ? Mais c'est quand même dangereux, vous prenez des risques pour votre enfant, pour un

> premier ou un deuxième ! C'est quand même mieux d'avoir la péridurale au cas où ! Et si on a besoin de quoi que ce soit pour votre enfant…" Alors elle dit : "ben là j'ai les bras qui tombent…" C'est même pas une histoire de domicile, c'était carrément une histoire de ça devient dangereux d'accoucher sans le truc au cas où… C'est-à-dire, la remise en question de la perturbation de l'accouchement sur heu… C'est zéro ! » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Pour les femmes qui viennent à la maternité pour ouvrir un dossier mais évoquent l'idée d'accoucher à domicile, voire même d'accoucher à la maternité mais simplement d'éviter la péridurale, il est fréquent que le discours de l'anesthésiste soit critique, voire moqueur.

> « Alors première question : "pour quand est le terme ?" Alors je dis : "ben pour le 8 décembre". Il était tout content, sa fille était du 8 aussi, enfin on était copains [Rires.] Deuxième question, alors, "pour la première c'était comment ?" À domicile. Pouf, on n'était plus copains. […] Donc voilà, d'après les questions qu'il m'a posées, ça y'est, il me voyait comme heu, une masochiste, irresponsable, heu complètement inconsciente. Alors il m'a dit : "Mais vous n'avez pas eu mal ?" Ah si, si. "Et vous trouvez ça normal ?" Alors […] comment veux-tu convaincre en cinq minutes quelqu'un qui pendant toutes ses études a entendu qu'il fallait surtout pas faire ça. Donc c'était l'horreur. Et en fait je me suis rendue compte qu'il critiquait quelque chose qu'il ne connaissait pas, parce qu'un moment il m'a posé des questions… […] Et puis je lui ai dit : […] "Mais ça c'est quand même relativement bien passé […]" Et il me dit : "Ah mais c'est sûr, heu, ce sont des souvenirs inoubliables, mais quand ça se passe mal, c'est aussi un souvenir inoubliable." Et lui évidemment, il avait que des cas à me citer, de choses qui se sont mal passées. Et heu, parce que moi aussi je pouvais lui citer des cas de péridurales qui n'ont pas trop marché, mais bon, parce que L., ça a pas trop marché et heu, ou de péridurale qui ralentissent le travail ou de choses comme ça. » (Entretien avec Mélanie, 36 ans, mère de deux enfants.)

Dans le cas de Zelana, la réaction de son gynécologue, qu'elle connaît pourtant depuis longtemps, a déclenché sa décision de ne plus le consulter.

> « Ben mon gynécologue par exemple. [Rires.] Mon gynécologue, lui, quand on lui a dit, tout de suite il nous a dit : "Vous savez ça ne se fait plus depuis trente ans. Si ça vous amuse de rouler en sens inverse dans le brouillard sur l'autoroute, ben allez-y !" Donc heu… Avec mon mari on s'est regardé et puis mon mari lui a dit… Enfin je sais plus ce qu'il lui a dit mais en gros dans d'autres pays c'est très courant et on devrait avoir le choix. » (Entretien avec Zelana, 29 ans, mère de deux enfants.)

Delphine souhaitait accoucher à la maternité et a fait part à la sage-femme libérale consultée pour les cours de préparation, de son souhait d'accoucher sans péridurale. Cette dernière lui avait conseillé de ne pas en parler à l'équipe pour éviter tout jugement et stigmatisation, mais

au contraire d'essayer de gérer au mieux le travail et de refuser jusqu'à dilatation complète les propositions de péridurale.

Dominique, consciente des répercussions que peuvent avoir sur la grossesse et l'accouchement ce type de réactions, conseille également à ses patientes ne pas en parler lors des consultations.

> « Ouais, c'est pas sympa… C'est pour ça que je leurs dis, vous faites comme vous voulez de le dire ou de ne pas le dire, parce qu'à partir du moment où tu le dis, tu es étiquetée. […] Même si tu fais l'effort de, de bien accompagner quand même, t'es quand même étiquetée. Ça me fait penser à une patiente sur S. Y'a plus de maternité là-bas. Elle y était suivie et elle avait un projet de naissance pour son premier. Et manque de bol, elle a perdu les eaux en début de travail et le liquide était teinté. Et quand elle avait annoncé à l'hôpital qu'elle avait un projet de naissance à la maison, le gynéco lui a dit : "Bah ! Vous verrez, vous viendrez nous voir, vous viendrez chercher une péridurale !" Gnagnagni, gnagnagna… Et donc quand elle est arrivée, "Ah ! Je vous l'avais dit que vous viendriez nous voir !" […] C'est ça… Toujours. Moi je sais, toi tu ne sais pas… » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

> « Oui… Mais y'en a qui le disent ça, "oui, on verra quand vous gueulerez !" Non, mais des fois c'est des trucs assez… » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Élisa raconte le cas d'une patiente qui après avoir dit à l'hôpital où elle souhaitait s'inscrire qu'elle voulait accoucher à domicile, s'est vu imposer des examens complémentaires, pour suspicion d'un poids trop important du bébé, alors que ce n'était pas le cas.

> « Les femmes qui sont inscrites au CHU ou dans d'autres structures, moi je leur dis clairement de ne pas le dire. Parce que, ça va faire durer la consultation trois plombes, elles vont êtres jugées, on va leur faire faire des examens complémentaires, exprès pour les faire stresser. Moi, j'ai quand même des femmes, là dernièrement, une qui a été reçue, on lui a dit, heu, la sage-femme lui a dit : "Oh la la, vous attendez un gros bébé !", "Et en plus vous avez envie d'accoucher à la maison !", Heu… "Mais, votre bébé, il va mourir ! Et puis ça se trouve vous faites du diabète, votre bébé il va mourir"… "Et puis elle vous a parlé la sage-femme, que les épaules pouvaient se bloquer à l'accouchement ?" Enfin, bon… La petite dame, elle a quoi, 23 ans tu vois, elle s'entend dire ça en face, alors déjà, elle s'est dit, mais qu'est-ce qu'Élisa m'a raconté ? Déjà, donc tu vois, la perte de confiance dans ce que j'avais dis, bon. La sage-femme là-bas lui dit : "Bon, ben on va faire une écho pour vérifier qu'il est pas trop gros." Allez, hop, la petite, ben elle dit oui, alors qu'elle a aucune obligation et hop, montée au suivi intensif de grossesse, échographie, bla bla bla, "Oh, vous attendez un 4 kilos", et tu vois ?… Fin de l'histoire, 3 kilos 2… À terme dépassé ! Donc pour dire que tu vois, on en fait tout un pataquès, …pourquoi ? Parce qu'elle a dit qu'elle voulait accoucher chez elle. […] Ben ouais, parce

qu'elle a dit dès en arrivant à la consult' : "de toute façon, moi, j'ai un souhait d'accouchement à la maison." Ah ben là, tu vois ! Direct, on s'est dit celle-là, on va pas la louper, on va lui faire la totale, on va bien l'angoisser… Alors… Ça joue ou ça ne joue pas, mais c'est quand même une patiente qui a accouché à terme plus cinq hein. Donc heu, je pense que ça cogitait dans sa tête hein. Elle s'est dit, oh la la, c'est sûr que je vais accoucher ? Et finalement ça ne s'est pas passé à la maison. Alors, qu'est-ce qui joue ? Est-ce que c'est ce qu'on lui a dit là-bas qui a fait un blocage ? Alors, on n'en saura jamais rien hein, ou est-ce que de base elle aurait accouché à terme plus cinq ? […] Et puis elle accouche à la mater, elle me rappelle et "trois kilos deux." Ah, ben ouais… Alors tu vois, qu'est-ce qui a fait jouer sur ce terme plus cinq ? On n'en saura jamais rien, mais est-ce que ce petit stress de fin de grossesse, parce que c'était la consultation du neuvième mois donc à quinze jours d'accoucher, est-ce que ça a joué ou pas ? Et là tu te dis, ben mon accompagnement à la naissance, heu, il a un peu buggé. Ça c'est vraiment dommage sur les inscriptions en maternité, malheureusement c'est obligatoire et en même temps c'est bien que la femme ait un dossier en maternité, mais heu, y'a une petite déviation de ce que tu as pu mettre en place avec le couple pendant toute la grossesse. » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

Cette histoire n'est pas isolée. Lors d'un entretien informel, une sage-femme me fait part du cas d'une patiente, qui après avoir confié son souhait d'accoucher à domicile lors d'une consultation de fin de grossesse à la maternité, a été sujette à une échographie « violente », qui pourrait être, selon la sage-femme, la cause de son accouchement prématuré.
Sophie a souvenir d'avoir accompagné une de ses patiente à la maternité en raison d'un léger ralentissement du travail, mais insiste sur le fait que pour elle rien ne justifiait pour autant la césarienne qui a été décidée quasiment dès l'arrivée de la parturiente. Elle parle de « césarienne punition ».

« On est arrivé à la mater, heu… Bon, elle était à neuf centimètres, heu, ça avançait plus trop mais tout allait bien hein, en plus pour une fois j'avais fait un monito, bon, c'est pas systématique, mais… Tout allait super bien. Eh bien, je ne sais toujours pas pourquoi, ils lui ont fait une césarienne. [Silence.] Pour moi, c'est une césarienne punition. [Silence.] J'en suis persuadée …Hum… Voilà… Donc heu, voilà, tant qu'on aura pas une autre reconnaissance… Parce que voilà, moi j'essaye de travailler le plus possible dans les clous, en faisant mon boulot sérieusement… » (Entretien avec Sophie, sage-femme libérale.)

Faire face à ces situations conflictuelles, tenir tête aux préjugés pour mener à bien ce qui leur tient à cœur, peut être parfois déstabilisant pour les femmes et pour les sages-femmes qui les accompagnent.

« Ah ben, combien de fois mes patientes m'appellent en sortant de leur rendez-vous du neuvième mois complètement affolées quoi. En disant, t'es sûre hein, t'es sûre de ce qu'on fait ? T'es sûre qu'on accouche à la maison ? Parce que, j'ai vu ma gynéco au CHU, hein et elle m'a dit… Et là, vraiment je pense que, c'est vrai hein, ça te remet en cause aussi dans ta pratique hein, moi-même hein, je me dis, ben, professionnellement, est-ce que je fais bien d'accompagner cette dame, heu… Est-ce qu'elle a toujours confiance en moi, enfin… C'est pas évident hein. » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

Véronique évoque les pressions que subissent les sages-femmes libérales pratiquant des accouchements et leurs patientes.

« On lui mettait la pression… Et puis ils essayaient surtout de la coincer, sur une erreur médicale quoi, parce que ça les dérange… Ça les dérange, d'abord qu'il y ait des femmes heu… Quand on prend ces décisions-là, je veux dire, quelque part on est un peu moins manipulée que peut l'être une femme heu, je veux dire qui heu… C'est en fait une prise de pouvoir hein ! Avec je veux dire, une manipulation… Heu, voilà, on est malade presque et puis faut faire comme ça et pas autrement et puis faut pousser… » (Entretien avec Véronique, 50 ans, mère de deux enfants.)

Mélanie me raconte ses visites obligatoires à la maternité. Le mauvais contact avec l'anesthésiste a confirmé son choix d'accoucher à domicile.

« Déprimée quoi. J'me disais mince, c'est nul que ça se passe comme ça, moi j'ai plus envie d'accoucher là quoi. Imaginons, en plus il m'avait dit, heu, j'lui avais dis donc que je pensais pas demander la péri et il m'avait dit : "mais vous savez si vous la réclamez après, si vous la réclamez trop tard, enfin au bout d'un moment c'est trop tard, c'est plus efficace et voilà." Et je me disais, mais on sait jamais, si ça se passe mal et que je suis obligée de voir ce type-là, mais j'ai pas du tout envie de le voir quoi. J'étais un peu déprimée. » (Entretien avec Mélanie, 36 ans, mère de deux enfants.)

« Rendez-vous avec une anesthésiste, j'me dis bon. Il faut pas que ça se passe comme à S., j'essaye pas de faire du prosélytisme tout ça, j'essaye pas d'expliquer, je ne la convaincrais pas, ça sert à rien, voilà j'essaye de rien dire. Donc ça a commencé dès la première question : "Alors, par qui vous êtes suivie ?" "Par Anne." "C'est qui ?" "Ben c'est la sage-femme qui doit prendre la suite de Françoise." "Comment ça ? Elle doit prendre la suite de Françoise ? Attendez, excusez-moi." Elle prends son téléphone portable, elle sort du cabinet, elle va passer un coup de fil. Je reste toute seule. J'me dis bon. Mais qu'est-ce que je pouvais dire, elle voyait Anne, sur le dossier, elle savait pas qui c'était. En plus je crois qu'il y avait une accolade, y'avait écrit Anne et Françoise. Et donc voilà et elle revient et elle me dit : "Ah non ! mais c'est pas possible, on peut pas continuer à travailler comme ça, on peut pas continuer à travailler avec ce genre de sage-femme, il faut des sages-femmes très

réactives." J'ai failli lui demander, vous connaissez Françoise ? Parce qu' elle est plutôt réactive ! […] Je commençais à avoir une boule dans la gorge, je savais plus quoi dire. Et au bout d'un moment j'ai dit : "et concrètement, ça veut dire quoi ?" Ah, mais vous en faites pas, hein, vous allez bien accoucher, vous avez accouché une fois, vous accoucherez bien hein ! Et moi : "Oui, mais moi je veux accoucher avec Anne !" Et elle en gros, c'était, plus d'accouchement naturel, on fait comme d'habitude. » (Entretien avec Mélanie, 36 ans, mère de deux enfants.)

Véronique a accouché dans les années 1970. Elle exprime cette même réticence à évoquer auprès de ses proches son souhait d'accoucher en dehors d'une structure.

« J'ai très, très peu parlé, du temps de mes grossesses à d'autres gens, qu'à un réseau de gens, heu, vraiment très, très sûr de, de comment je voulais, comment je voyais heu mon accouchement parce que, parce qu'on passe pour des folles hein ! On passe pour des gens inconscients, voilà, inconscients du danger parce que foncièrement, accoucher égale danger. » (Entretien avec Véronique, 50 ans, mère de deux enfants.)

Isabelle témoigne aussi de la difficulté d'évoquer son choix. Elle s'étonne elle-même d'avoir menti à son médecin pour couper court à la discussion.

« En France, on est tellement dans notre idée de, de maternités, péridurale, finalement que… Dès qu'on sort un peu du moule… C'est dur quoi. […] Les gens, ils ont tendance à nous prendre pour des irresponsables, moi je ne me suis pas sentie irresponsable du tout, mais c'est vrai qu'on a tendance à… Moi j'ai vu mon généraliste heu, quand j'ai emmené L. à six jours pour faire la visite, heu, elle me dit : "Pourquoi vous me l'emmenez ?" Ben je dis, elle n'a pas été vue par un pédiatre, elle est née à la maison. "Ah bon ! c'était voulu ? c'était voulu ?", heu, ben disons que… On en avait discuté effectivement parce que j'accouche vite, donc la sage-femme avait dit, en fonction… Donc je lui ai dit, comme j'avais très, très mal c'est elle qui est venue parce que je ne voulais pas prendre la voiture, et heureusement parce que… Je ne lui ai pas dit que ça avait duré… J'ai menti à ma généraliste. Et elle me dit : "Ah oui, parce que, moi quand j'étais médecin urgentiste, j'en ai vu des choses hein." Voilà. Donc heu… forcément… […] Je crois que si je lui avait dit que c'était voulu, elle m'aurait pris pour une inconsciente, voire même si elle n'aurait pas appelé les services sociaux quoi, je me suis dis… Et puis bon, elle m'a posé la question si je voulais en faire un quatrième… Donc, moi, non, c'est le dernier… Parce qu'elle s'est dit… Il faut la surveiller… Ouais… Je crois que je vais changer de docteur ! [Rires.] » (Entretien avec Isabelle, 30 ans, mère de trois enfants.)

2- Le projet de naissance, une proposition (de l'État par le plan périnatalité 2005-2007) mal définie, mal admise.

Avoir un projet à l'hôpital ?

Valérie évoque l'ancien chef de service de la maternité dans laquelle elle travaillait avant de s'installer à son compte, opposé aux projets de naissances :

> « Moi je suis convaincue que c'est une histoire de communication entre êtres humains hein … […] Le chef de service, bon là, c'est une femme […] Je trouve qu'elle a fait vachement d'efforts et que l'équipe aussi à fait vachement d'efforts sur l'ouverture et l'accueil des femmes et heu… Mais avant, y'avait un gynéco- obstétricien, qui était d'abord très mysogine, alors je peux pas lui en vouloir au niveau médical, c'est le top du top hein ! […] Quand j'ai commencé justement à parler que les femmes pouvaient avoir des projets de naissance… Mais je me suis fait incendier ! …incendier de bêtises. Alors, j'ai laissé passer et puis quand même, j'ai relancé en disant, malgré tout ces femmes-là ont des projets de naissance et vous pouvez être convaincu que si ça se passe un petit peu dans la physiologie, ce qu'elles demandent, les choses se passent mieux quand même. Et là, la femme gynéco-obstétricienne, qui est devenue chef de service depuis, parce que lui il est parti à la retraite, elle m'a soutenue… Mais le temps qu'il l'incendie… Personne ne bronchait quoi. Donc moi je me suis rebiffée un peu, elle, elle s'est un peu rebiffée et lui, "Oui, bon, bon, bon…" Voilà… Il n'était pas du tout accueillant sur les projets de naissance. Donc, quand un médecin, chef de service, qui n'est pas accueillant sur les projets de naissance, l'équipe qu'est-ce que tu veux qu'elle fasse ? Elle va pas… elle va faire ça tu vois, elle va tourner, elle va essayer des trucs, mais… » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

> « Parce que les gens n'ont pas envie de se remettre en question… Y'a ça aussi. C'est-à-dire que… On a des bonnes pratiques, on a des résultats qui tiennent la route, par rapport aux statistiques nationales, donc pourquoi on changerait ? Mais moi je suis convaincue que plus les usagers vont dire des choses, et je les pousse à dire… Et plus ça changera, parce qu'il faut que les gens se remettent en question. Voilà. Voilà, l'amour-propre, je cherchais le terme, ça ne me venait pas, mais c'est exactement ça. […] C'est leur propre amour-propre et, et cette vexation à pouvoir se, se faire dire quand fait, ce qu'ils ont fait n'est pas génial, ça ne correspond pas à, à personne. C'est-à-dire que moi ça me, des fois ça me révolte… Je peux entendre qu'il y ait des protocoles… Malheureusement y'a des protocoles dans les maternités, ça rassure tout le monde, y'a des protocoles, il faut bien que tout le monde fonctionne un peu dans le même sens… Bon. Donc ça, d'accord. C'est ce que je dis aux couples d'ailleurs, je dis, attention, vous acceptez d'accoucher en maternité, dans cette maternité-là, y'a quand même des protocoles. Je dis, si vous acceptez d'accoucher en maternité, je dis, vous vous soumettez quand même un petit peu aux protocoles… Mais dans une certaine mesure. » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

La juste « mesure » fixée par les protocoles, varie en fonction des établissements. La marge de manœuvre peut être extrêmement limitée, comme l'avait illustré par ses propos M. P., chef obstétricien d'une clinique lors d'un entretien[159] : « Ici, accoucher sans péridurale, ça dépend vraiment de l'équipe sur laquelle vous allez tomber. Parce que la plupart quand même ne sont pas trop à l'aise avec ça. Si vraiment c'est un projet de naissance que d'accoucher sans péri, il vaut mieux se diriger vers la maternité de S. » Au contraire, la même question posée à la maternité de S, avait entraîné une vive réaction de la part de la sage-femme, qui se disait « agacée » par les projets de naissance « qui demandent des choses qui sont évidentes », comme de pouvoir accoucher sans péridurale ou de préserver un temps de contact avec le nouveau-né après la naissance.

Dans le secteur où travaille Valérie, la maternité a mis en place une « salle nature » et l'équipe est prompte à discuter des projets de naissance avec les patientes qui le souhaitent. Valérie peut, comme les recommandations le stipulent, aider les couples à formuler leurs demandes.

> « Alors moi je rediscute avec elle, avec le couple en rassurant déjà quand y'a des choses, en rassurant en disant, ça, ça va être accepté, parce que ça se fait déjà… Parce que c'est une méconnaissance des fois. Elles ont des projets de naissance des fois, mais qui correspondent tout à fait à ce que fait la maternité. […] Mais elles sont tellement dans un truc où c'est hyper médicalisé tout ça que du coup, des fois ça sort… Après, ça dépend où c'est… Bon, moi j'ai l'expérience de C., heu, où y'a quand même une salle nature… Les sages-femmes sont ouvertes à entendre des choses, donc du coup y'a des choses qui sont acceptées. […] Je leur dis, ben écoutez, ça serait bien qu'on en reparle, que vous l'écriviez, que je le lise et que je vous dise, heu, ce qui me paraît logique, comment vous pouvez tourner les choses si vraiment y'a des choses qui me choque et je leur dis, ça serait bien que vous preniez un rendez-vous pour un projet de naissance. Donc elles prennent un rendez-vous, mais ça c'est parce que c'est la volonté de l'équipe de l'hôpital hein ! » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

Dans le cas du nouveau pôle mère-enfant, récemment labélisé « Hôpital Amis des Bébés », dont Rebecca est cadre, la présentation de projet de naissance est « toujours conflictuelle », car fréquemment axée sur des demandes de démédicalisation.

[159] Cf. Thomas. C., 2011, *La femme et le nouveau-né au sein de la modernisation périnatale*, mémoire de fin d'étude de Master II, Université de la Réunion.

« Moi : Mais, je veux dire, est-ce que vous avez des demandes, des gens qui présentent des projets de naissance… ?

Rebecca : Hum… On en a de plus en plus. […] C'est toujours conflictuel au sein d'une équipe, parce que généralement, ces projets de naissance, alors je ne veux pas non plus généraliser […] Mais généralement ils arrivent heu… Ou on les connaît au dernier moment et on n'a pas le temps d'en discuter avec le couple et heu c'est un peu une façon de nous imposer quelque chose qui n'est pas discuté et puis des fois, on peut carrément ne pas être d'accord, pour x raisons, hein, heu, bon je veux dire moi je critique pas un projet de naissance, c'est pas ça, c'est que je, je pense qu'un projet de naissance, c'est entre deux parties, c'est un projet. Donc heu, c'est pas au dernier moment où on vous sort un papier et disant, moi j'exige ça. […] Heu, je sais pas ce que vous, heu, je veux pas, je veux pas polémiquer là-dessus parce que, je… […] C'est extrêmement difficile. Et je comprends qu'on soit en difficulté et on peux nous dire tout ce qu'on veux là-dessus. […] Ça arrive pas bien et, et c'est souvent mal pris, je reconnais ! C'est souvent, heu… Parce que, parce que, souvent c'est dans un contexte d'urgence et que tout de suite y'a un climat d'agressivité, de [elle souffle]. Je veux dire, moi c'est des situations, heu à chaque fois qui nous mettent en plus très mal à l'aise et je pense que ça engendre d'autres problèmes… Voilà. […] Quand y'a des soucis, de relationnel avec les patientes, souvent, y'a un projet de naissance qui est à la base. » (Entretien avec Rebecca, cadre sage-femme et responsable de pôle.)

Le souci principal semble être, de prime abord, l'aspect impromptu des projets de naissance qui n'ont pas le temps de faire l'objet d'une discussion au préalable avec l'équipe. Cependant, il ne semble pas, dans le cas des demandes spécifiques à un accouchement non médicalisé, qu'un compromis soit envisageable.

« Je ne veux pas stigmatiser, mais c'est souvent ça quand même. Et c'est pas satisfaisant parce qu'on est là quand même, pour heu, pour répondre à l'attente des patientes. […] C'est normal qu'on ait, qu'on puisse avoir un projet particulier et que, mais voilà, ça me gêne d'autant plus si vous voulez, qu'on puisse pas y répondre. Après on est dans une structure, avec un projet de service, avec des, avec des pratiques médicales…

Moi : Et ça n'arrive jamais qu'une femme présente un projet de naissance dès le début de sa grossesse pour en discuter… ?

Rebecca : Si. Si, si ça arrive. Oui ça arrive et des fois y'a des projets de naissance où c'est arrivé, devant certains projet de naissance de dire, non madame. [Silence.] Non, monsieur, madame. Heu… Vous voulez ce projet de naissance, c'est votre droit… Mais à ce moment-là vous ne venez pas accoucher ici. Parce que nous, nous savons pertinemment que nous ne pourrons pas mettre en place ce projet de naissance… Pour telle, telle, telle raisons hein. Et heu, c'est pas la peine, tout le monde vas être mécontent, insatisfait, on va pas aller jusqu'à une plainte parce que…

Moi : Bien sûr.

Rebecca : Donc non. C'est tout.

Moi : Et… Quels types de demandes ne peuvent pas être acceptés ?

Rebecca : Alors ça, ça peut être très, très, très variable. Mais la plupart du temps de toute façon c'est parce que c'est des projets, heu, de non médicalisation. Et il suffit que pendant la grossesse en plus il y ait une pathologie qui se déclare, nous on ne peut pas aller là-dedans, c'est pas possible. » (Entretien avec Rebecca, cadre sage-femme et responsable de pôle.)

L'entretien prénatal.

Il apparaît une certaine confusion sous les termes d'« entretien prénatal ». Dans les textes destinés aux futurs parents, cet entretien est celui proposé au quatrième mois de la grossesse, autrement dit dès la première consultation et est l'occasion pour eux d'exprimer leurs souhaits concernant les conditions qui leurs semblent favorables pour accueillir leur enfant, voire d'établir avec leur praticien un « projet de naissance ». Du côté des professionnels les choses ne semblent pas si claires. Si les gynécologues-obstétriciens peuvent proposer cet entretien à leur grès[160], les sages-femmes, elles, doivent le déclarer comme une première séance de préparation à la naissance[161]. Or, celles-ci débutent généralement vers le septième, voire le huitième mois. Pour une des responsables de service rencontrée, la présentation des projets de naissance en fin de grossesse, arrive « trop tard » pour qu'une discussion constructive se fasse avec les parents. Yveline et Alexandra, respectivement chef de service et cadre sage-femme, distinguent quant à elles, l'entretien prénatal précoce, nécessaire à la mise en place d'une prise en charge particulière en cas de difficultés psycho-sociales et la première séance de préparation durant laquelle peut être discuté un éventuel projet de naissance.

« Alors, c'est pas l'entretien du quatrième mois celle-là. L'entretien du quatrième mois il est plus ciblé…

Alexandra : Il est plus social.

Yveline : Social, psychique heu… […] C'est pour voir comment va pouvoir se dérouler la grossesse, si c'est quelqu'un qu'on va pouvoir suivre, nous on propose ça, surtout aux petites jeunes de quinze

[160] Pour les gynécologues-obstétriciens, cet entretien est « à faire après la déclaration de grossesse » Cf *Tableau des cotations*, Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale, 2013.

[161] En effet, chaque professionnel de santé doit, auprès de la sécurité sociale, déclarer ses actes selon une grille de cotation préalablement définie. Lorsqu'il s'agit d'une consultation de suivi de grossesse, le code correspondant pour les sages-femmes est « C » et correspond à un montant de 23 euros. Pour les gynécologues-obstétriciens, le code est « CS » et correspond à un montant de 33, 30 euros. Lorsqu'il s'agit d'un entretien prénatal précoce, le code pour les sages-femmes est « SF 15 » et correspond à un montant de 42 euros. Pour les gynécologues-obstétriciens, cet entretien est codé « C 2,5 » et est tarifé à 57,50 euros. Cf. *Tableau des cotations*, Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale, 2013 ; *Grille tarifaire 2015*, Union nationale et syndicale des sages-femmes.

ans par exemple, on en a quelques-unes quand même maintenant, heu… Aux femmes qui ont des difficultés sociales, aux femmes qui ont des enfants placés, aux femmes… Pour essayer, pour commencer à travailler avec elles, avec les partenaires sociaux qui sont déjà sur les affaires […]
Alexandra : L'entretien prénatal précoce sert surtout à cadrer l'environnement social, affectif…
Yveline : Alors, le quatrième mois c'est ça, c'est ça, oui tout à fait… Heu, si les dames sont seules, le mari est parti heu, des choses comme ça, heu, toutes les choses un peu autour de la grossesse qui pourraient induire des difficultés heu…
Alexandra : Qui demandent un accompagnement…
Yveline : De suivi, heu… Des risques de maltraitance pour l'enfant à la sorti heu, des choses comme ça. Heu, on essaye de cadrer ça dès le départ. » (Entretien avec Yveline, gynécologue-obstétricienne chef de service et Alexandra, cadre sage-femme.)

« Donc voilà. La salle nature ou des gens qui ont vraiment un projet de naissance, c'est un peu différent. Souvent ça ne s'aborde pas au quatrième mois, c'est plutôt à la visite du huitième mois où là, la question est posée systématiquement, vous avez un projet ou pas. Mais rassurez-vous, y'en a 90 % qui disent qu'ils n'ont pas de projet. Ou qui ouvre des yeux comme ça, mais qu'est-ce que ça peut bien être un projet de naissance quoi, c'est comme ça la réalité quotidienne… Plutôt que la dame qui vient avec plein de projets dans la tête et tout, bon, ça c'est quand même pas… » (Entretien avec Yveline, gynécologue-obstétricienne chef de service et Alexandra, cadre sage-femme.)

Selon Valérie, l'entretien prénatal ou du quatrième mois est bien considéré dans les textes comme une première séance de préparation et doit donc être facturé comme tel. Or, en pratique, elle réalise cet entretien dès la première consultation, en même temps que la déclaration avec les femmes qu'elle suit dès le début. Selon elle, cette consultation a été demandée parce que les médecins ne prennent pas ce temps avec leurs patientes. En revanche, comme c'est le cas dans le centre hospitalier où exercent Yveline et Alexandra, les projets de naissance sont discutés bien plus tard dans la grossesse, après réflexion.

« Moi : L'entretien prénatal précoce c'est recommandé, obligatoire ?
Valérie : Ah, c'est obligatoire. Enfin… Attends, que je ne te dise pas de bêtise… C'est, c'est dans la législation, alors, je ne veux pas te dire de bêtise, dans la législation, toute femme qui demande un entretien, doit l'avoir… Mais il peut être fait par une sage-femme, un médecin ou un gynéco-obstétricien, voilà. Et on se doit de le proposer. […] En tant que médicale… On se doit de le proposer. Alors, ce qu'il y a c'est que au niveau des huit séances de préparation à la naissance, la première séance est individuelle… Et en fait, elle correspond à l'entretien du quatrième mois.
Moi : La préparation à la naissance commence dès le quatrième mois ?
Valérie : Ça dépend des sages-femmes.
Moi : Ah oui…

Valérie : […] On demande aux dames de nous contacter heu, le, assez tôt dans la grossesse… Et c'est important pour nous parce qu'on explique toujours que ce… Ce premier entretien correspond… Permet de poser les choses qu'elles veulent voir en préparation à la naissance… Alors c'est là où l'État nous a un peu sucré les choses. […] Sous prétexte qu'il fallait prendre plus de temps avec les femmes, qu'il fallait heu, déceler un peu les risques sociaux, économiques, médicaux des femmes, qu'il fallait les voir tôt. Ok. Mais ça c'est un boulot de début de grossesse. […] C'est-à-dire que quand on fait la déclaration de grossesse, on doit être à même en tant que professionnel médical, de poser ça. Donc ce qu'il y a dans le quatrième mois, normalement ça devrait être posé en consultation. Ils ont rajouté ça parce que les médecins, les gynécologues obstétriciens ne prennent pas le temps ! En un quart d'heure, c'est plié. Et ça c'est pas normal, parce qu'effectivement la première consultation doit être plus longue. » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

Lisiane partage cet avis.

« On leur a tellement balancé ça au niveau de l'État, en disant, les hôpitaux, vous devez faire des entretiens précoces du quatrième mois, parce qu'on s'est aperçu dans les statistiques qu'il y avait vachement de femmes qui pouvaient avoir des soucis sociaux, économiques et autres, donc on a balancé ça comme un truc, mais c'est pas ça qu'on aurait dû faire ! On aurait dû dire, on va vous donner un temps… ce, ce coup de mettre l'entretien du quatrième mois… Si on avait dit à toutes les personnes qui font des déclarations de grossesse, l'argent qu'on met à faire cet entretien du quatrième mois, on vous le donne pour que vous augmentiez votre temps de consultation de la déclaration de grossesse… On en serait revenu au même point et ça aurait été encore mieux parce que de toute façon on les voyait au troisième mois… Donc ça avançait encore la précocité de, de, de l'urgence si tu veux, sociale… Donc c'est un raisonnement débile. Mais ça c'est l'État. » (Entretien avec Lisiane, sage-femme libérale.)

Sophie s'adapte également au cas par cas. Elle effectue cet entretien au plus tôt dans la grossesse et la compte également comme une première séance de préparation individuelle.

« L'entretien du quatrième mois, heu, pour des patientes que je vais suivre, dont je suis la grossesse, médicalement, qu'elle accouche à la maternité ou à la maison, ça fait partie de la consult'. […] L'entretien du quatrième mois, c'est ma première séance de prépa. Si elles viennent au quatrième mois, tant mieux, si elles viennent plus tard, ben voilà, cet entretien-là je le fais individuel toujours, enfin, ou en couple bien sûr quand je dis individuel, au quatrième mois, mais voilà, c'est la première séance de prépa. Et sinon, ben oui, ça rentre dans le cadre des consultations, moi quand je fais une consultation de grossesse, c'est une heure sur mon agenda, donc voilà, on essaye de, on n'arrive pas toujours à tout voir mais bon voilà, on ouvre le dossier, on fait le point… » (Entretien avec Sophie, sage-femme libérale.)

Chapitre 5 : Répercussion sur les conceptions et pratiques des femmes.

I/ Le discours médical assimilé.

1- L'influence du discours médical.

À la source des attentes exprimées, le désir d'être accompagnée, soutenue, d'accoucher en toute sécurité pour soi et son enfant est immuable mais prend visiblement des visages bien différents. En effet, derrière les termes « accompagnement », « risque », « sécurité », se développent des conceptions radicalement opposées pour les mères ou des mises en pratique pour les professionnels.

L'opposition entre la sécurité d'un accouchement en structure et la prise de risque que représente un accouchement à domicile, est en France, majoritaire dans les esprits et explique en parti l'impasse dans laquelle se trouvent les porteurs de projets de maisons de naissance.

Un déficit d'information ?

L'hypothèse de départ était que les femmes sont peu ou mal informées de leurs droits et de la diversité de l'offre de soins dont, selon la loi, elles peuvent bénéficier. Cependant, il semblerait, au fil des échanges que l'accès à l'information ne soit pas pour toutes, le facteur majeur, mais que les préjugés et les discours négatifs de certains médecins sur l'accompagnement par les sages-femmes pèsent également sur les prises de décisions.

Pour Françoise, qui a pratiqué l'accouchement à domicile pendant une quarantaine d'années, les femmes ont aujourd'hui largement accès à l'information mais se retrouvent pour une majorité dans ce que « le système » leur propose.

> « Si elles sont informées ! Très informées. […] Il y a la chartre du patient hospitalisé. Et puis la Sécu, ils en ont eux des documents ! Y'en a des papiers que l'on peut lire. On l'avait dit déjà, à des collègues, heu… Dans les années… Oui, fin des années 1990, au Ministère, "Que voulez-vous, on va pas tout changer pour cinq mille personnes qui veulent autre chose. L'ensemble de la population est satisfaite du système." » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Dans les témoignages, l'idée que les femmes « ne savent pas » ou qu'elles connaissent mal les compétences des sages-femmes, est récurrente. Cependant, il est vrai qu'Internet, auquel une majorité de personnes aujourd'hui ont accès, regorge d'informations et de témoignages sur les différents modes de prise en charge possibles. Cependant, seules les femmes en recherche d'une alternative semblent faire la démarche d'en savoir plus.

> « Une maman à la réunion des Bluets qui l'avait bien dit. Elle avait dit, d'abord, mais nous, mamans, on n'est pas informées. C'est-à-dire que, elle, elle avait une sœur qui avait accouché dans une maison de naissance au Canada, donc elle lui avait partagé un truc, mais elle dit sinon j'attends mon premier enfant, ben globalement le tapis roulant, là, il est tout prêt hein, je mets le doigt dessus et on m'embarque jusqu'au bout, c'est formaté comme ça, je, on m'explique pas que ça peut être autrement. Donc, découvrir qu'il y a un autre système, j'ai fouillé, je me suis renseignée, j'ai trouvé les Bluets, donc elle avait quand même pas mal témoigné de ça. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Anne ajoute,

> « Moi, j'suis femme enceinte, un peu curieuse, j'vais simplement regarder les statistiques de la maternité ! Si je vois 20 % de césariennes, 18 % de forceps, 70 % de péridurales et je sais pas combien d'épisiotomies, j'suis quand même en question de, enfin voilà, je me pose des questions ! » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Son propos semble évident, cependant, les chiffres ne parlent pas de la même façon aux femmes qu'à elle qui est sage-femme. Là encore, les représentations faussent la compréhension des informations. Là où elle perçoit la médicalisation à outrance, l'interventionnisme médical, d'autres, en tant que mères et novices face à l'obstétrique, pourraient y voir les chiffres d'une technicité maîtrisée, synonyme de savoir-faire.
Là encore, la sage-femme, spécialiste de la physiologie de la naissance ne renvoie pas aux femmes l'image qu'elles se font du savoir médical.

« Y'a même des femmes qui viennent accoucher qui ne savent pas ce que c'est qu'une sage-femme… Elles nous prennent pour des infirmières, "Ah vous êtes sages-femmes et donc vous faites quoi ?" Ben, je suis le travail et je vais vous aider à accoucher… "Ah et le médecin il est où ?" [Rires] Ben le médecin il est à l'autre bout de l'hôpital et il vaudrait mieux pour vous qu'il ne vienne pas parce que si je l'appelle c'est qu'il y a un problème en général !... [Rires.] » (Entretien avec Nadia, étudiante sage-femme.)

D'autres part, toutes les femmes ne recherchent pas d'alternative à l'accouchement en structure.

« Les femmes elles arrivent et on leur impose des choses et elles savent même pas qu'elles ont le droit de dire non, où quoique ce soit. Mais du coup, c'est vrai, je trouve qu'il y a énormément de femmes qui arrivent et qui n'ont absolument aucune connaissance de ce qui va leur arriver… Qui n'ont absolument aucune idée heu… Ouais… Qui savent pas… Qui n'ont aucune informations, aucune préparation, "Oui, non, on m'a dit que ça servait à rien et puis de toute façon je veux la péridurale alors pourquoi je ferais une préparation ?" […] C'est incroyable le nombre de personnes qui arrivent et qui ont aucune idée de ce qui va leur arriver. Ça montre que, y'a une certaine confiance, une certaine naïveté, je sais pas. » (Entretien avec Aurélie, étudiante sage-femme.)

Lisiane accuse l'attitude paternaliste et le manque de transparence de certains professionnels.

« J'entends encore hein, des femmes qui me racontent leur premier accouchement, alors, vous avez eu une épisiotomie ? Vous avez eu quelque chose ? Elles me disent, ben, j'ai eu quelques chose, heu, je crois que j'ai eu des points, mais je ne sais pas ce que c'est. Ben, il ne vous l'a pas dit ?… Non… Ils trouvent que ce n'est pas nécessaire de dire. Alors, je dis, ben merde alors, c'est votre corps quand même !… Enfin, je ne le dis pas comme ça mais… [Rires.] Et c'est en ça que… C'est ça, c'est lui qui sait, c'est lui qui fait le mieux pour elle… Elle, elle n'a pas besoin de savoir. C'est comme ça quoi. C'est des vieux gynécos hein, c'est des vieux gynécos, qui sont comme ça quoi, qui sont très paternels, heu, qui dominent heu… Voilà quoi, et les femmes elles ne disent rien. » (Entretien avec Lisiane, sage-femme libérale.)

Dominique quant à elle voit au travers des projets de naissance notamment, la volonté des patientes de ne pas se soumettre à une surmédicalisation de leur accouchement.

« Moi ce qui me fait plaisir c'est de voir que tous ceux qui font des projets de naissance, ce sont des gens qui réfléchissent à se dire qu'il peut y avoir autre chose, qu'on n'est pas obligé d'accoucher les quatre fers en l'air avec un tuyau dans le dos et avec quelqu'un qui a une paire de ciseaux avant même qu'on ait vu les cheveux quoi ! » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

Pour Valérie, c'est le rôle des sages-femmes d'apporter une information claire et des outils de réflexion aux patientes autour des conditions d'accouchement.

> « Si tu veux moi dans ma, dans ma démarche de préparation à la naissance, je demande, est-ce que vous avez un projet ? Et de temps en temps, quand c'est un premier, heu…heu "Quel projet ? je sais pas…". Et c'est là où tu alimentes toi, où tu dis, écoutez, ça va évoluer, mais, comment vous avez envie d'accueillir le bébé ? Est-ce que ça vous gêne pas d'être dans une salle un peu médicale ? Est-ce que vous avez envie que ça soit quelque chose d'un peu plus naturel ? Et tu vas avoir de tout. Tu vas avoir celle qui va dire "Non, moi j'aimerais bien que ça soit plus naturel", celle qui va dire "Non, moi ça me rassure que ça soit super médical." Donc tu vois, c'est déjà aussi à nous en tant que médicaux, de donner des pistes. » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

La valorisation de l'approche biomédicale.

Nadia m'explique qu'au Brésil le taux de césarienne est important parce que beaucoup sont programmées à la demande des femmes. La raison selon elle et qu'elles perçoivent avant tout dans les actes médicaux l'aspect coûteux et l'interprètent comme un signe extérieur de richesse. Elle ajoute qu'en France, les représentations pour elle, ne vont pas jusque-là, mais que la médicalisation par convenance est comme un « signe extérieur », bien souvent illusoire, de contrôle sur la naissance.

> « Au Brésil c'est spécial, c'est un peu un signe de richesse du coup y'a des femmes qui se saignent pour avoir une césarienne… Bon après c'est des représentations… Mais en France, y'en a moins… Par contre y'a tout ce qui est déclenchement de convenance, ça… À la période de Noël par exemple, y'en a plein qui programment pour le 15 décembre pour être sortie le 20, pour être libre le 24, y'en a beaucoup, et ce qui est très drôle c'est de voir qu'elles se font déclencher le 15, elles accouchent le 16 et que le 24 elles sont toujours là par ce que le bébé est sorti trop et que du coup il est en néonat' et que du coup, pour peu qu'elles aient eu une césarienne, elles restent plus longtemps et que, en plus, bébé est en néonat' et qu'il ne sortira que le 5 janvier… Donc, non seulement elles n'ont pas Noël, mais en plus elles n'ont pas le Nouvel An ! Mais ça y'en a beaucoup. On en vient même à ce que ça soit les gynécos, qui pourtant font des déclenchements de convenance, qui disent ben non, là c'est plus possible quoi…. » (Entretien avec Nadia, étudiante sage-femme.)

L'offre de soins proposée par l'hôpital semble correspondre en partie aux attentes des femmes telles qu'elles s'expriment actuellement. Cependant à en voir le contraste avec les pratiques des mères d'autres pays européens, la question est de savoir si ce ne sont pas plutôt les femmes qui s'adaptent, qui intègrent les manières de faire qu'on leur recommande.

« Et puis dans l'esprit, tu vois, je me rends compte que la population n'est pas prête… L'ensemble de la population n'est pas prête. Parce que je vois bien avec les miennes, bon, on discutait avant, elles sortaient… Mais la famille !... "Est-ce que c'est raisonnable ? Est-ce que c'est prudent ? Tu vas être fatiguée…" Les gens ne comprennent pas qu'on peut s'organiser avant… Tout s'organise ! Ça fait neuf mois, bon, on s'organise pour s'accorder huit jours pour soi et son bébé […] Y'en a à qui ça convient. Ça dépend quel type… Ça dépend lesquelles. […] Ça les arrangent… On se repose, on s'occupe du bébé… Voilà… On a les visites… […] Avec certaines, "Oh oui, je vais avoir des visites… Je préfère les avoir ici que chez moi…" Tu vois. Et puis on se dit, oh là là, mais qu'elle parte parce qu'après elle va avoir le pédiatre sur le dos et tout. Et tu vois dans un espèce de… C'est culturel ça aussi, parce que… Pour faire rester les femmes en maternité, puisqu'avant elles étaient chez elles, on leur a dit, vaut mieux rester, vous vous reposerez et puis vous savez, il y a des risques médicaux, on peut faire une hémorragie, y'a tout ces trucs. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

L'absence de réflexion.

Lors des séances de préparation qu'elle propose, Valérie constate également l'absence de réflexion de certaines de ses patientes sur les conditions de la naissance.

« T'as des femmes heu, tu les mets un petit peu en… Tu les déstabilises quand tu poses ce genre de questions. Est-ce que vous avez envisagé un projet, comment vous avez envie d'accueillir le bébé ? et elles sont là… "Heu, je sais pas moi…" Et puis tu vas faire la préparation à la naissance avec elles et heu "Je sais pas, heu…" Et des fois je me dis heu… Oh, c'est rude ! Ce genre de personne, où tu vas essayé de, de tirer les vers du nez, de faire se poser des questions, elles sont pas dans ce dynamisme-là et ben c'est dur parce que tu vas les emmener jusqu'à la fin de la grossesse, où elles vont prendre, prendre et puis voilà quoi. Et puis, ben le jour, bon ça arrive. » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

Blandine analyse l'évolution de ses conditions de travail tout au long de son parcours en milieu hospitalier. Elle relève le changement d'attitude et de comportement des femmes face à l'accouchement. Pour elle, la péridurale devient parfois le seul objectif des femmes lorsqu'elles arrivent à la maternité au profit d'une mise en condition psychologique en vue de l'acte même d'accoucher.

« Elles étaient plus en demande de médicalisation hein, moi j'ai trouvé. Quand il y a eu la péridurale tout ça, y'en a beaucoup qui, enfin, y'en a beaucoup qui arrivent à la maternité, "je veux MA péridurale", hein, plutôt que de dire, bon, je vais accoucher, je vais rencontrer mon bébé… Non, c'est "Je veux ma péridurale !"… Heu, non, vous venez pour accoucher là, vous ne venez pas pour

avoir une péridurale [Rires.] Donc tout ça c'est des choses… Voilà quoi, c'est ça qui a changé hein. C'est la douleur, la gestion de la douleur hein, ça c'est sûr, elle n'est pas la même. » (Entretien avec Blandine, sage-femme de PMI.)

Dans ses échanges avec les femmes enceintes, elle tente de faire comprendre la nécessité de préserver un minimum de sensation à l'accouchement, pour que la femme aide mécaniquement au passage de l'enfant. Ce message n'est en retour pas toujours bien compris.

« Soulager la douleur, elles sont plus en attente de ça. Quand une péridurale n'a pas fonctionné ou mal, parce qu'elle a fonctionné bien, mais il y a toujours un fond douloureux et donc elles ne s'attendent pas à ça quoi, donc pour elles ça fonctionne mal. Elles ne veulent plus avoir mal quoi. Et moi je leur dis hein, je leur dis la péridurale, d'accord ça soulage la douleur, mais ça ne soulage pas complètement la douleur parce que justement il faut que vous soyez actrice de votre accouchement, il faut que vous sentiez le bébé descendre, il faut sentir l'envie de pousser. » (Entretien avec Blandine, sage-femme de PMI.)

Ignorance et normalisation des conduites.

Elle met également en cause le manque de tolérance du personnel hospitalier qui, habitué au calme des accouchements sous anesthésie n'accepte plus l'expression des femmes par des cris.

« Et puis heu, maintenant en maternité on ne crie plus quoi, heu, c'était pas bien de crier hein, mais maintenant c'est le silence quoi, faut pas… Dès qu'il y a une femme qui crie, tout de suite y'a le médecin qui "Qu'est-ce qui se passe ? C'est pas normal !"… Heu, oui… C'est normal qu'on crie pendant un accouchement quoi. Donc ouais, pleins de choses comme ça, je trouvais que… Ouais, fallait pas crier, fallait pas ceci, le silence… Ouais… Le bruit des machines d'accord, mais pas le bruits des femmes… » (Entretien avec Blandine, sage-femme de PMI.)

Du point de vue des femmes, le discours médical prend le dessus sur leur propre ressenti.
Sidonie a eu une grossesse extrêmement surveillée. Elle s'est sentie « happée » par l'enchaînement des consultations et examens imposés, bien qu'elle les identifie clairement comme étant la cause de son angoisse grandissante.

« Pris dans l'engrenage et puis… Ben neuf mois ça passe vite. Première visite, après on te demande de revenir, tu obéis et puis ça s'enchaîne quoi. Cinq mois, ok, tu commences à te poser des questions, tu ne sais pas quoi en penser et hop déjà sept mois de grossesse et tu commences à paniquer mais le temps passe et tu te fais happer. » (Entretien avec Sidonie, 29 ans, mère de deux enfants.)

L'autorité qu'incarnent les professionnels de santé peut parfois rendre les femmes vulnérables et leur faire accepter des interventions qu'elles pensent injustifiées sans oser l'exprimer.
Zelana qui a vécu un déclenchement imposé par son gynécologue, la veille du terme, pour sa première grossesse, regrette d'avoir fait confiance à ce praticien.

> « La première grossesse, même si je l'ai bien, à peu près bien vécue, je veux dire émotionnellement et tout ça. […] Par contre l'accouchement, ça c'est pas très bien passé parce que mon gynéco en gros, voulait être en week-end tranquille donc il m'a déclenchée la veille du terme. Et moi je ne voulais pas mais à l'époque j'avais pas, je faisais encore trop confiance au système médical et bon, allez, il me dit que c'est un gros bébé et tout ça et que bon… […] Et du coup je lui ai fait confiance mais à tort parce que, au fond de moi je savais qu'il ne fallait pas faire ça, mais bon… J'ai dit oui quand même. Et j'ai été déclenchée et du coup, spatules, épisio et tout ça… Très dur, très mauvais souvenir, j'ai, j'ai mis beaucoup de temps à m'en remettre. Et du coup j'ai eu du mal, quand on a décidé d'avoir le deuxième, j'ai eu du mal à me dire… Est-ce que j'ai envie de revivre ça ? J'avais peur […] Je me suis dit, cette fois-ci je ferai autrement. » (Entretien avec Zelana, 29 ans, mère de deux enfants.)

L'entourage de la femme enceinte peut également avoir une forte influence sur ses prises de décisions.

> « Je ne savais pas que ce n'était pas forcément risqué. Dans ma tête, on est tellement préparée à des choses, heu pour moi c'était la maternité. J'avais une copine qui avait accouché chez elle, et je me souviens m'être dit, ah, ça doit être super mais enfin moi je ne le ferais pas, non, je ne prendrais pas le risque hein, non, quand même, s'il y a un problème. […] Déjà pour un premier, la gestion de la douleur, heu, on se dit, heu, à la maternité y'a quand même cet échappatoire de péridurale, hein, malgré tout, on nous met tellement… Enfin, on en entend tellement parler… […] En plus, dans l'environnement dans lequel on est… Enfin moi j'ai plein de copines, quand tu dis que tu veux accoucher sans péridurale, c'est "Tu n'y arriveras pas", "Rêves pas". D'ailleurs elles m'ont dit : "Ben tu vois, t'as pas réussi." » (Entretien avec Isabelle, 30 ans, mère de trois enfants.)

Blandine et Lisiane constatent dans leur pratique quotidienne la méconnaissance des femmes sur leur anatomie et le processus physiologique de la naissance.

> « Il faut que les femmes se connaissent, soit plus à l'aise avec cette partie de leur corps. Parce que je me disais, que maintenant, les jeunes, elles allaient être plus au courant que nous à leur âge, mais pas du tout, pas du tout ! » (Entretien avec Lisiane, sage-femme libérale.)

Cette ignorance peut, pour Blandine, amener les femmes d'une part à une plus grande inquiétude au moment de la naissance, d'autre part à être plus influencées par les discours et les représentations populaires autour de l'accouchement.

> « Et beaucoup ne connaissent pas non plus hein, des jeunes… Elles ne connaissent pas du tout le corps hein, l'utérus, le bébé, comment il est placé… Le col de l'utérus, comment le bébé il sort heu… Des fois on a des choses heu, voilà… Il y a bien besoin de cours de préparation à la naissance je pense hein. Donc voilà… Et puis il y a beaucoup Internet aussi, il y a beaucoup de femmes qui disent maintenant, Internet… J'ai tout vu sur Internet, je connais tout, les forums, les ceci, les cela… » (Entretien avec Blandine, sage-femme de PMI.)

Le succès de l'émission « Baby-boom »[162] est pour elle révélateur du conditionnement des femmes, par les médias, à l'accouchement médicalisé.

> « Et puis baby-boom aussi beaucoup. Il y a…, oh, l'émission. [Rires.]
> Moi : Oui. J'ai vu ça…
> Blandine : [Rires.]
> Moi : vous l'avez regardée ?
> Blandine : Oui, j'ai vu de temps en temps, pour voir, par curiosité, pfff… Bon, médicalement parlant, il n'y a pas d'erreur hein, ça se passe comme heu, la réalité c'est ça hein ! Mais heu, pff… Je trouve que… Après, moi je trouve que c'est plus pour les professionnels quoi ce genre de, pour des, des…Pff.. Ça peut… En plus c'est une accumulation de choses, heu, on voit plein d'accouchements les uns à la suite des autres, donc heu, au bout d'un moment on se dit, ben tous se passe mal heu… Ou il y a que ça heu, pff, ça crie de partout… Bon… […] Et y'a beaucoup de femmes qui disent "Ben j'ai vu Baby-boom…" Oh, y'a une dame, une femme il n'y a pas longtemps, j'étais avec une collègue, on parlait d'accouchement tout ça et puis elle était à 27 semaines un truc comme ça et puis elle avait des contractions donc il fallait faire attention et puis je lui dis, il ne faut pas accoucher maintenant hein et elle me dit : "Ben si, j'ai vu Baby-boom la dernière fois et j'ai vu une maman qui a accouché à 27 semaines et le bébé a crié, c'était super." Et je me suis dis, bon… Y'a des choses comme ça c'est… Il faut réexpliquer quoi… » (Entretien avec Blandine, sage-femme de PMI.)

Ce sentiment est partagé par Sophie :

> « Et puis c'est comme l'émission « Baby-boom », après les femmes elles pensent que c'est forcément comme ça quoi, péridurale, les pieds dans les étriers, poussez madame… C'est sûr, c'est n'importe quoi. » (Entretien avec Sophie, sage-femme libérale.)

[162] "Baby Boom" est une émission de télé réalité diffusée depuis 2011 sur TF1, dans laquelle le quotidien de la maternité de Poissy est filmé par un ensemble de 40 caméras installées dans les salles de travail, de naissance ainsi que dans les espaces de vie réservés aux patients ainsi qu'aux personnels.

Pour Valérie, la normalisation des pratiques entourant l'accouchement, transparaît au travers des demandes des femmes en accord avec l'évolution des pratiques enseignées aux sages-femmes. La position d'accouchement sur le dos par exemple, montre pour elle, à quel point femmes et sages-femmes ont intégré des dictats médicaux comme une réalité culturelle.

> « Mais les nanas, elles vont quand même te dire, "Oh, mais moi je vais quand même accoucher sur le dos parce que je me sens mieux." […] Elles te le disent au neuvième mois… Parce que, c'est tellement ancré pour elles, culturellement et de manière inconsciente, qu'elles ne se voient pas accoucher sur le côté ou accoucher à quatre pattes… Alors, le quatre pattes, alors là le problème du quatre pattes, c'est même les sages-femmes qui ont un problème hein ! Parce que très souvent quand on parle avec les collègues de l'hôpital… "Oh non, ça fait quand même animal"… Mais merde, on devient animal quand on accouche ! Quand même, puisque c'est le corps qui parle ! » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

Aux raisons « inconscientes » s'ajouterait l'intellectualisation par certaines femmes de l'acte d'accoucher, ou la perte de repères, dans une multiplication des médias et de l'information.

> « Y'a quand même un besoin de retourner à autre chose. Mais du coup, j'en avais pas mal des femmes qui venaient parce qu'elles avaient très intellectualisé, elles s'étaient renseignées de tout et patati et elles savent déjà tout, heu, dans le refus de plein de chose… C'est quelquefois un peu compliqué parce qu'il faut les ramener presque à leur corps et à leur confiance quoi. Et ici… On en a encore quelques-unes des femmes comme ça. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

> « Elle avait complètement raison dans le fond ! […] à me dire, "Qu'est-ce qu'elles sont compliquées les femmes maintenant !" Je lui dis, non, les femmes sont pas plus compliquées aujourd'hui mais je pense que le système lui est devenu tellement compliqué qu'aujourd'hui, accoucher, ça deviens très compliqué ! » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Certaines sages-femmes constatent malgré tout, que depuis une dizaine d'années, les mentalités évoluent. Les femmes intègreraient de plus en plus le rôle d'accompagnante de la sage-femme.

> « Et puis je trouve que de plus en plus, on a des suivis de grossesses très tôt, des femmes qui veulent nous rencontrer très tôt, parce que… Y'a plus de gynéco, parce que le médecin ben, y'en a une elle nous a appelées hier pour son quatrième bébé, elle est au quatrième mois de grossesse et "Oui, mais il ne me prends pas la tension, moi je vais avoir 38 ans, il ne s'occupe pas de moi, et tout…". Donc voilà, suivie par une sage-femme. Donc maintenant, voilà, ça rentre un petit peu plus dans les mœurs. […] Il y a une réelle évolution quand même sur l'image de la sage-femme. Je pense qu'avant, le

suivi se faisait davantage auprès des médecins ou des gynécologues et que la sage-femme était plus associée à la préparation, à partir du sixième mois. » (Entretien avec Sophie, sage-femme libérale.)

Certaines femmes interrogées ont exprimé le refus d'une prise de pouvoir, exercée plus ou moins consciemment par les médecins, gynécologues-obstétriciens, qui les placeraient dans l'obligation de suivre leur directives, davantage par la peur du risque encouru en cas de refus que par une véritable confiance dans le raisonnement obstétrical qui leur est présenté.

« Oui, y'a toujours un but commercial… Le seul problème c'est qu'effectivement, une fois qu'on est dans leurs mains, on est… Nous, quand on accouche heu… On le sait bien, on est dans notre bulle, donc heu… À quel moment effectivement, c'est juste d'intervenir sur une césarienne ou pas, on est dépossédée de ça et puis là, c'est vrai que ça devient délicat, parce que peut-être que c'est nécessaire, peut-être que ça ne l'est pas… » (Entretien avec Véronique, 50 ans, mère de deux enfants.)

Sans pour autant remettre en cause les bénéfices de la surveillance et de l'encadrement des grossesses et des accouchements, certains, professionnels comme patientes, souhaiteraient que soit davantage respecté le principe de libre choix.

« C'est ça qui me gêne, je voudrais qu'on donne le choix et non pas que… Combien de fois j'ai des patientes qui m'ont dit qu'elles ont fait le triple test… Je leur dis, vous avez fait le triple test ? Pourquoi vous avez demandé le triple test ? "Ah, ben j'ai pas demandé, on m'a dit qu'il fallait le faire." Voilà…Voilà. Alors ça m'énerve qu'on emmène les gens comme ça… Tu fais ci, tu fais ça… […] Ils peuvent dire, "Voilà, vous avez cette possibilité", sans dire "Vous faites ça". Les dames elles se font une tartine de prise de sang, elles ne savent pas ce qu'il y a dessus, mais elles font. Elles font, et puis voilà. Mais je comprends bien, que c'est compliqué. Alors moi, j'ai décidé que, je prends et j'assume hein, le jour où quelqu'un va venir me dire quoique ce soit hein… Je prendrais dans la tronche… Mais, j'ai décidé que, j'écoute ce que veut la patiente, je propose les choses… Et c'est eux qui décident. » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

Qu'ils soient « recommandés » ou « obligatoires », les actes de surveillance et de diagnostics sont présentés, dans les brochures destinées aux patientes (par la Sécurité sociale notamment), ou dans les directives des médecins, de la même façon.

« Par exemple, ma collègue, elle les envoie au huitième mois pour faire une sécurité, la consultation d'anesthésie qui est dans les recommandations, on fait.
Moi : Oui, c'est une visite obligatoire.
Valérie : Elle n'est pas obligatoire, elle est recommandée.
Moi : D'accord.

Valérie : Oui, c'est ça… C'est toute la subtilité, elle est très, très recommandée. C'est toute la subtilité de savoir ce qui est obligatoire, dans la législation, ce qui est recommandé, que les médecins font passer en obligatoire mais qui reste recommandé et ce qui est du choix de la patiente…Voilà. Et, et je pense que pour pouvoir expliquer et donner l'autonomie aux femmes, il faut prendre le temps avec elles… De leur expliquer ça. C'est-à-dire quand on est en début de grossesse, moi je leur dis, bon ben voilà, ça, c'est obligatoire, ça fait partie de la législation, il faut le faire, mais je vous explique pourquoi il faut le faire, sinon ça sert à rien de faire des choses qu'on ne comprend pas. Et puis il y a des choses recommandées et pourquoi elles sont recommandées, notamment par exemple, le test pour le sida, c'est quelque chose de recommandé mais on doit avoir l'aval de la femme, est-ce qu'elle veut le faire ou pas. Et la femme elle peut refuser si elle veut pas. Mais alors après c'est… Pourquoi elle refuse… Qu'est-ce qui se cache derrière, mais pour ça il faut prendre du temps ! Parce que, parce que pourquoi on le ferait pas ? Quelque part. Et c'est aussi protéger la femme et c'est aussi protéger l'équipe qui va la prendre en charge au moment de la naissance. Et puis il y a des choses qui reste du choix de la patiente, heu, par exemple le groupe à risque pour la trisomie 21… Voilà, ça reste du choix de la patiente. […] C'est fortement recommandé ! » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

2- L'hospitalisation, une prise en charge infantilisante.

À l'idée évoquée précédemment, qu'un grand nombre de femmes méconnaitraient leur corps et les processus propres à la physiologie de l'accouchement, s'ajoute le conditionnement à la médicalisation de la grossesse qui, pour Dominique, serait un facteur supplémentaire à l'éloignement des femmes de leur ressenti, de leur savoir empirique.

« Aujourd'hui les femmes elles sont attirées dans le système ! Parce qu'à peine enceinte qu'on leur dit, il faut faire ça, ça, ça, ça. À peine enceinte que "Oui, voilà, j'ai découvert que j'étais enceinte, qu'est-ce que je dois faire ?" On ne leurs apprend pas à être autonome. On ne leurs apprend pas à être dans le ressenti de, de leurs sensations. C'est pas rien d'être enceinte ! Et donc oui, de découvrir que oui, elles sont enceintes et qu'elles ont besoin d'un test visuel…. Ah ! enceinte ! Alors qu'elles le savent déjà ! elles ont un retard de règles… Elles ont eu le rapport déjà [Rires]. Elles ont un retard de règles, elles le sentent, mais non, il faut que ça soit marqué, "enceinte". Elles n'ont pas cette patience, d'attendre que… Deux retards de règles… Oh, ben oui, je dois être enceinte… Oh, et puis il se passe des choses en moi, et puis j'ai de plus en plus de mal à aller aux toilettes, ou au contraire j'y vais souvent… Tout ça ce sont des petits signes naturels. On ne leur apprend pas à être attentives à ça. […] Moi je trouve ça génial ! Quand j'ai des patientes qui m'appellent, vers douze, treize semaines tu vois, hein, donc elles savent vraiment qu'elles sont enceintes et elles disent "Oh, je le sais, j'l'ai senti". "Ah, j'me suis dis, c'est pas comme d'habitude…" Ou la poitrine qui gonfle…

Enfin voilà et je dis, t'as fais un test ? "Non, non mais je le sais, je le sens bien. Et puis j'ai plus mes règles en plus donc…" Bon, ben voilà. J'adore ça. J'adore ces patientes, attentives à leur corps. Ça c'est génial. » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

Pour Françoise, l'évolution de la prise en charge périnatale a également favorisé une perte d'autonomie et une déresponsabilisation des mères.

« On dominera les femmes, on les rendra, comme on est arrivé à les rendre incapables, parce qu'elles sont incapables maintenant hein !... Il faut qu'elles aillent chez le pédiatre pour demander comment il faut qu'il bouffe ! Elles sont incapables toutes seules de dire, ah ben tiens, là, je peux commencer à lui donner à manger. Et qu'est-ce que je vais lui donner à manger finalement ?… Je sais pas moi, mais je ne me suis jamais posée ces questions hein ! On les a rendu incapables… Incapables… Moi quand je vois des femmes qui ont accouché avec moi, de troisième ou de quatrième, qui n'avaient jamais vu un cordon de leur vie, "Ah non, non, ça me fais tort." Ah, ben moi qui ne connaissait pas cette expression "ça me fais tort", je dis, ben attends c'est un vestige, ça risque rien. Elles ont peur de tout. Elles ont peur de tout. Et c'est bien eux qui en sont les artisans. Pourquoi les femmes n'allaitent plus ? C'est bien eux qui en sont les artisans. […] Moi c'est ça qui m'énerve. On a éduqué les gens, de manière à les dominer. Ils ne choisissent pas, on leur impose. Hein, après avec la médiatisation, Internet tout ça, y'a plus de communication, moi quand je faisais mes études, y'avait pas tant de communication, c'était la société qui était comme ça hein, même si y'avait la presse écrite, la radio, bon. Maintenant c'est encore différent… Donc les gens sont… Mais, ils ne savent plus se prendre en charge. C'est ça… ils ne savent plus. Pourquoi ? Parce qu'on les a éduqués de manière à ce qu'ils ne se prennent plus en charge. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale.)

Pour Françoise la référence systématique au pédiatre dans certaines familles est significative de cette infantilisation.

« Y'en a, c'est le professionnel qui leur dit, ils suivent, et puis d'autres qui ont un peu plus d'instinct, de bon sens… […] Je sais pas, mais moi quand on était petit, ma mère nous emmenait jamais chez le médecin pour ci pour ça machin. […] Maintenant elles vont chez le pédiatre tous les mois, pour heu… Pour les repas, pour l'alimentation… Mais je me dis, mais pourquoi elles ne demandaient pas à leurs mère ? […] Je nous verrais bien nous, aller chez le médecin pour savoir quoi manger, comment il faut faire… […] On leur fait tout ! On s'occupe de leurs bébés… "Reposez-vous." Mais à force, tellement on leur dit de se reposer, elles ne savent plus rien faire ! Et de les voir chez elles, on va leur redonner une certaine autonomie, une certaine indépendance et leur redonner confiance en elles. Il faudra peut-être dix ans !... Mais moi je vois les femmes qui ont accouché avec moi, toutes elles ont eu confiance en elles après, leurs petits, elles savaient s'en occuper hein. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Sophie exprime un point de vue similaire lorsqu'elle souligne l'importance du vécu de l'accouchement, l'impact du sentiment de confiance en ses capacités, pour la mère mais également pour le père et leur relation au nouveau-né.

> « Pour moi, le bénéfice c'est surtout qu'elles vivent la naissance de leur enfant comme elles ont pu la souhaiter, enfin voilà le vécu il est vachement important, parce que ça marque les choses sur le lien qu'elles vont établir avec le bébé. Ça ancre plein de choses, je pense sur la vie après, entre elle et leur enfant, entre le couple et l'enfant. Enfin moi je suis assez marquée par les relations des papas, enfin… Je les sens complètement différents quand les bébés naissent à la maison, heu, avec leur enfant. Alors, comme ils disent, bien sûr, je vais pas préférer celui-là à l'autre… Mais il y a autre chose. Après… Définir quoi… C'est indéfinissable, mais ils ont un autre style de relation avec ce bébé. Parce que… Ils se sont investis différemment et tout et c'est pareil, ça ancre d'autres choses. Donc pour moi, voilà, le bénéfice je crois qu'il est avant tout là quoi, c'est ça… [...] Et puis pour les bébés. Parce que, malgré tout, toutes elles disent que, si elles peuvent comparer, elles ont des bébés qui sont quand même vachement zens. Et ça, elles le disent toutes, toutes, toutes hein. Et moi je suis persuadée que les conditions de la naissance ça agit quand même sur heu, le développement de l'enfant. […] Et puis je pense aussi cette heu… Je vais dire, fierté, je sais pas si c'est ça, mais voilà, de se sentir une femme heu, accomplie quoi… Qui a pu, enfin, qui a un bébé qu'elle a pu porter et mettre au monde. Et pareil, les papas, ils disent souvent après, "Qu'est-ce que je suis fier d'elle", hein… C'est un sacré truc, hein… Et je pense, plus encore que quand c'est à la mater. » (Entretien avec Sophie, sage-femme libérale.)

C'est sur le principe selon lequel le risque zéro n'existe pas que les médecins assoient leur autorité. De ce principe découle une systématisation des pratiques de « prévention ».
Pour Dominique, les habitudes, dans la pratique de certaines sages-femmes hospitalières, outrepassent l'observation clinique et l'adaptation des gestes au cas par cas.

> « …Tiens cette patiente-là [En me montrant un faire-part sur son mur], avec deux filles et un garçon, là… Elle a accouché à la maternité… Les deux premières sont nées à la maison. Le troisième, elle aurait voulu le faire à la maison aussi, mais, on a pris la décision ensemble de le faire à la maternité, parce qu'il s'annonçait très gros ce bébé. Et je lui ai dit, écoute, là c'est peut-être dangereux, y'a un plus gros risque d'hémorragie et tout, vaut peut-être mieux le faire à la maternité. Et là, la collègue a accepté que je sois là. Donc je l'ai encouragée, plus, plus, plus et elle l'a sorti toute seule, sans, si elle a pris une péridurale quand même, elle a pris une péridurale quand même, mais heu, elle l'a quand même sorti toute seule, alors que… Elles commençaient déjà à s'organiser les filles, à dire heu "Bon ben, on est bien d'accord hein, si jamais, si jamais ça bloque, heu, on retourne la dame." Parce qu'elle voulait se mettre sur le côté, "On retourne la dame et puis on y va, on la prend, les pieds dans les étriers, machin." J'dis, attendez, attends, elle a une tête la dame, elle n'est pas anesthésiée, elle est encore capable de se tourner et de mettre ses jambes dans les étriers. Moi, ça, ça

m'avait… Ça commençait déjà… Et donc, elle est restée sur le côté, je l'ai aidée un petit peu à ouvrir son bassin et puis toc, la tête est arrivée et elle nous fait un quatre kilos six… Faut le faire hein ! Et heu, branle-bas de combat, mon Dieu ! Gynéco et tout, perfusion, syntho et tout… "Faut aller chercher le placenta !" J'ai dit, "attendez…" Elle, elle avait qu'une envie, c'était de mettre son bébé au sein !… Pour avoir des contractions naturelles et pour pouvoir expulser son placenta. Et c'est ce qu'elle lui a dit, à la, à la gynéco. Elle lui a dit : "Mais attendez, attendez, je vais mettre mon bébé au sein !" "Ah non madame hein ! On vous a mis un produit, maintenant faut qu'il sorte hein, sinon le placenta il va rester coincé dans l'utérus." Alors heu… Ça lui a coupé les pattes hein. Donc heureusement, je lui ai dit, bon, t'occupes, pousses, vas-y, sors ton placenta toute seule, fais le. Et l'autre, elle était en train de tirer, tirer…

Moi : Elle tirait sur le cordon ?

Dominique : …Oui… […] Mais tirer dessus, c'est risque d'hémorragie, mais c'est risque de retourner la matrice aussi ! […] Mais y'en a encore qui le font…. Comme il ne faut pas appuyer sur le ventre, faire de l'expression, mais y'en a encore qui le font ! Mais ça on y peut rien hein, chacun à ses habitudes et puis heu, chacun fait comme il le sent sur le moment ,quoi… » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

II/ Ces femmes qui veulent accoucher par elles-mêmes.

1- Stéréotypes autour des femmes qui refusent la médicalisation.

Les stéréotypes de la femme « de la campagne », « proche de la nature », voire « arriérée » qui a peur de la modernité ou de la femme qui suit la mode « écolo » et prône un retour à la nature au détriment du progrès offert aux femmes sont courants.
Les sages-femmes témoignent de cette distinction faite par certains professionnels de santé dans l'étiquetage des couples optant pour l'accouchement à domicile.

> « Mais ces femmes-là on en reparlait l'autre jour, elles disent : "oui, moi quand je raconte ça, mon accouchement…". "Ah oui, mais toi de toute façon, heu, t'es nature, toi t'es particulière, heu…" Et l'autre, l'anesthésiste, quand elle dit qu'elle a accouché sans péridurale, elle travaille à N., on lui dit : "Oui, mais toi t'es une vendéenne ! Une costaud de la campagne !" Enfin voilà… Elles n'ont pas le droit de dire que ça peut être simple. De véhiculer l'image que… Ben l'accouchement c'est pas forcément un drame quoi. Elles ont pas le droit… on va leur renvoyer tout de suite dans la figure que… » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

La dichotomie « femme de la ville », « femme de la campagne » est semble-t-il dépassée.
Dominique a un cabinet en ville et pratique des accouchements à domicile de façon similaire en ville comme à la campagne. De même, Anne précise qu'elle n'a pas plus de demandes depuis qu'elle a quitté une grande ville pour installer son cabinet dans une région rurale.
Certes, les convictions à tendance « naturaliste » vont souvent de pair avec la recherche du respect de la physiologie de la naissance mais les témoignages des sages-femmes libérales concernées mettent en avant l'hétérogénéité de leur clientèle, d'un point de vue tant socioprofessionnel que culturel.

> « Y'a pas d'étiquetage… Ni socioculturel, professionnel, ni heu… Anti-ceci, anti-cela. Y'a quand même un gros pourcentage de la clientèle, qui sont des gens qui n'ont même pas réfléchi à la naissance d'une manière générale, est-ce que je veux ci, est-ce que je veux pas ça, mais c'est simplement par transmission de simplicité qu'ils viennent là. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Anne remarque néanmoins que depuis qu'elle travaille en milieu rural, contrairement à la clientèle qu'elle a connue en région parisienne, le choix des femmes pour l'accouchement à domicile est davantage dû à un échange avec d'autres parents, au partage d'une expérience positive, qu'à une réflexion personnelle sur une naissance « idéalisée ».

Séverine s'étonne lorsque des personnes de son entourage lui rétorquent à propos de ses accouchements non médicalisés, « Oui, mais toi, c'est vraiment particulier, tu accouches vite et facilement quand même », que le raisonnement inverse ne soit pas fait, « c'est peut-être justement parce que j'accouche dans ces conditions et avec cette préparation que ça se passe bien, mais ça… Ils ne l'entendent pas. » (Cf. carnet de terrain.)

Lors de notre première rencontre, Mélanie met en avant la question de la pudeur dans son choix d'accoucher en-dehors d'une structure.

> « Quand on parle de notre choix d'accoucher à domicile, on est vite mis dans la case des "écolos un peu extrémistes", un peu farfelus, alors que moi, je voulais juste être tranquille chez moi, je ne me voyais pas accoucher… Toute nue comme ça, entourée de gens que je ne connais pas ! » (Cf. carnet de terrain.)

Pour Rebecca, cadre sage-femme, les projets de naissance « démédicalisée » seraient établis sur des revendications « écolo », des oppositions systématiques à toute intervention médicale.

> « Donc, les projets de naissance c'est toujours heu […] La plupart des gens qui sont vraiment très, très écolos, ils vont voir sur Internet et puis ils vous sortent heu, des trucs sur Internet, y'a des choses sur Internet par rapport à ça, je, je n'y suis jamais allée mais je vois le résultat. Donc c'est, "J'veux pas ci, j'veux pas ça, j'veux pas ça, pas d'épisio, j'veux pas de trucs"… Bon, alors… Donc, du coup, il faut point par point reprendre… » (Entretien avec Rebecca, cadre sage-femme et responsable de pôle.)

Il est vrai qu'une certaine philosophie de vie « écologique » caractérise une partie de ces femmes, mais leurs préoccupations pour une préservation du « naturel » dans le rapport au corps et aux soins n'est pas tant un rejet de la modernité, un retour en arrière, qu'une prise de position instruite et réfléchie pour préserver leur autonomie face à un système de soins interventionniste et mal adapté, selon elles, à l'eutocie. On retrouve d'ailleurs parmi ces femmes, des professionnels de la santé, obstétriciennes, anesthésistes, sages-femmes, qui par connaissance du système font le choix d'un accouchement à domicile.

« Et cette femme-là, elle est dentiste hein, comme quoi, c'est pas que des illuminées qui font appel à moi hein ! […] C'est aussi des gens… Des gens du monde médical, des instits beaucoup, des gens qui se cultivent, qui s'intéressent, qui se renseignent et qui savent qu'ils ne veulent pas être heu… canalisés comme ça, pas pris en otage. » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

Pour Sophie, la majorité de ses patientes sont des femmes qui travaillent ou dont le conjoint travaille dans le domaine de la santé.

« Moi dans ma patientèle, heu, la plus grosse part c'est quand même le corps médical hein. […] C'est d'abord le corps médical, après, les enseignantes, après heu… Comme je dis toujours, on n'est pas sur le plateau du Larzac, donc heu, les hippies, machin, heu, on n'en a pas une quantité industrielle, hein. Après… Je trouve que ça fait cliché de dire, les gens qui sont bio, machin, mais voilà, des gens, moi je dis, qui font un peu plus attention à leurs vies. […] Après, oui, on a de temps en temps des gens… Un petit peu en dehors, mais voilà, le plus, moi je suis sûre que si je fais le total, le plus c'est des infirmières, des sages-femmes, des médecins, heu voilà. Moi j'ai accompagné des médecins, heu, je me souviens d'une jeune femme, elle a eu quatre enfants, je l'ai accompagnée trois fois, les trois dernières fois, elle n'a jamais dit, elle était médecin urgentiste, elle n'a jamais dit qu'elle accouchait à la maison. » (Entretien avec Sophie, sage-femme libérale.)

Pour Yveline et Alexandra la « population de la salle nature » est caractérisée avant tout par le désir de vivre l'événement « naturellement ».

« Moi : Et quel type de femmes font le plus la demande, de la salle nature par exemple ?
Yveline : Et bien… Y'a celles qui demandent heu, pas dès le départ mais presque, enfin quand au huitième mois on les voit, ça c'est plutôt les filles là, un pt'it peu, soit très écolos, engagées écolos, soit pas obligatoirement hein, c'est des dames qui ont envie d'accoucher naturellement…
Alexandra : De vivre leur accouchement de façon active et de…
Yveline : Oui c'est ça…
Alexandra : Pas être tributaire d'un machin, d'une perf', d'une…
Yveline : Ou alors elles ont très peur de la péridurale, elles veulent pas la péridurale donc elles préfèrent accoucher comme ça. Donc c'est pas forcément des arguments très, très écolos si vous voulez. […] Et puis y'a aussi toute une petite partie de population à qui on propose quasiment au dernier moment. Par exemple une dame, c'est un troisième, elle arrive, elle est à six centimètres, vous voulez pas la salle nature ? Et de temps en temps elles disent oui et de temps en temps, elles sont ravies, elles accouchent comme ça, elles ont pas été préparées spécialement, heu… Mais finalement comme ça va très vite, c'est un troisième ou quatrième, bon ben, elles ont une heure à jongler un peu et puis elles accouchent. […] Donc on a aussi cette partie là de population qui de temps en temps, ben, vrille vers la salle nature alors que c'était pas obligatoirement prévu. »

(Entretien avec Yveline, gynécologue-obstétricienne, chef de service et Alexandra, cadre sage-femme.)

2- Refus de l'interventionnisme et de la soumission imposée par la médicalisation.

Bien que la naissance d'un enfant soit une expérience majeure dans la vie de toutes les mères, la vision de celles-ci, les attentes quant à son déroulement, à la valeur symbolique qu'elles souhaitent lui apporter peuvent être différentes.

« Avec Françoise, on se redonne la possibilité d'être acteur de notre propre accouchement. Or, quand on va à l'hôpital et y'a aussi des femmes, elles sont comme ça, elles se mettent entre les mains des médecins et elles disent du reste et les médecins disent : "On va l'accoucher" […] On les dépossède même par les termes de leur propre accouchement. C'est assez violent. » (Entretien avec Véronique, 50 ans, mère de deux enfants.)

Pour Dominique les demandes des femmes, au travers de leur projet de naissance à domicile, reflètent des peurs générées par l'environnement hospitalier ou par des témoignages de femmes ayant eu des accouchements très médicalisés.

« Parce que dans les structures, y'a beaucoup, beaucoup de pathologies… Donc pour quelqu'un qui se porte bien, qui fonctionne bien et tout, aller dans une structure où y'a beaucoup de pathologies, ça peut froisser et foutre la trouille, de se dire : "Oh la la, ça va mal se finir tu vas voir, je vais avoir une césarienne, je vais avoir ci, je vais avoir ça." Ça fait peur. » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

Pour Élisa la crainte de l'hôpital ne prime pas chez ses patientes sur l'envie d'être tout simplement chez soi.

« Je dirais quand même que de base, y'a un souhait d'être à la maison… Et que dessus, peut s'y greffer… En plus, heu, une peur de l'hôpital. Mais je pense que tu ne peux pas partir d'une peur de l'hôpital pour accoucher à la maison. Tu vois… Y'a déjà à mon avis, de base, une envie de retrouver du naturel et d'être chez soi. Et en plus, t'en as certains qui disent : "Ouais, et en plus, c'est vrai que j'ai pas du tout envie d'aller à la maternité." Mais j'ai très peu de projets du genre, heu, "Je veux pas du tout aller à la maternité donc mon seul choix c'est la maison". Ça, y'a pas…Y'a pas. Tu vois ce que je veux dire… ? » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

Nadia quant à elle, en dernière année d'école de sage-femme, en désaccord avec les pratiques hospitalières, ne s'imagine pas accoucher en structure.

> « Si je savais qu'il faut que j'aille dans le service général pour accoucher… Ah oui, je réfléchirais. […] Moi, en voyant le système de l'intérieur, j'me dis qu'il est hors de question que j'accouche avec quelqu'un que je ne connais pas et que je préfère accoucher toute seule chez moi que de me retrouver dans un service, heu… quelle que soit sa réputation. C'est de me dire que je vais me retrouver avec une équipe que je ne connais pas, qui a peut être toutes ses idées sur la naissance… Qui est certainement très compétente mais qui va pas faire comme je veux, au moment où je le veux, surtout qu'on sait à peu près, on connaît le truc. Ah non, non, non… Vous pouvez me sortir toutes les statistiques qu'on veut, j'accoucherai toute seule… [Rires] ou avec maman. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale et Nadia, étudiante sage-femme.)

Karine a accouché dans une petite maternité où elle travaillait au début de sa carrière, mais affirme de la même façon, que, connaissant le fonctionnement des grandes maternités, elle se refuserait d'y aller pour un accouchement.

> « Moi-même j'ai accouché à l'hôpital, dans l'hôpital où je travaillais et, et voilà j'ai… Et moi je n'aurais pas voulu à ce moment-là en tout cas, connaître autre chose. Par contre en voyant comment c'est un CHU maintenant, je me dis que jamais je ne pourrais accoucher là-dedans ! […] Jamais, c'est pas possible. C'est pas possible. Moi je suis, mais, terrorisée. Je ne mets plus les pieds en salle de naissance. Je m'arrange pour ne pas faire de tutorat ou de chose comme ça en salle de naissance. Ça me fait une violence de voir ça, je… Ça me fait une telle violence que je ne vais plus, je ne vais même plus au staff. Tu sais, les réunions de services où ils font le bilan des accouchements… Je n'y vais plus… Parce que je, je ne peux plus supporter. Je ne peux pas, physiquement je ne peux pas. Je ne peux pas supporter cette vision, heu… Extrêmement violente de l'accouchement. C'est plus possible. Le moindre truc de base est pas respecté et quand tu demandes : "pourquoi vous avez rompu la poche des eaux là ?" et bien ils te disent : "Ben on avait besoin de la place." Moi ça c'est juste, heu, je peux pas. Parce qu'encore une fois, j'y place un côté heu, sur ce moment de la naissance, pour moi on ne peut pas, enfin voilà, on ne peut pas avoir des considérations comme ça à un tel moment. Mais c'est tout, après, les autres ça ne les gênent pas hein. » (Entretien avec Karine, sage-femme enseignante.)

Véronique anime des rencontres de parents, autour notamment du portage et du massage du nouveau-né. Elle échange parfois avec les couples sur les conditions de la naissance et pour elle, la question n'est pas tant dans l'acceptation ou le rejet de la prise en charge médicalisée, mais bien dans la maîtrise de son propre vécu par chaque femme, quels que soient ses choix.

> « Je leur dis, vous savez l'accouchement ça vous appartient, c'est à vous de le faire comme vous voulez le faire. Je dis, on peut accoucher à l'hôpital, parce qu'il y a des femmes, elles ont besoin de cette sécurité et je trouve que l'hôpital c'est très bien aujourd'hui et ça s'améliore, mais, en fait ce qui est important pour moi c'est que les femmes aient conscience que, qu'elles aient une ferme détermination à prendre leur accouchement en main. » (Entretien avec Véronique, 50 ans, mère de deux enfants.)

Elle ajoute,

> « Beaucoup ne savent pas qu'il y a un autre choix. En fait, c'est un manque de communication, c'est ça. C'est que, elles pensent qu'il n'y a pas d'autre choix que celui-là. » (Entretien avec Véronique, 50 ans, mère de deux enfants.)

Pour Sophie la pratique de l'accompagnement global est nécessaire parce que la demande des couples est constante, voire grandissante.

> « Il y a des sages-femmes qui font ça parce qu'il y a des femmes qui le demandent, et qu'il y en a toujours eu. Ça a toujours continué, ça a toujours été comme ça. […] Depuis une dizaine d'années, il y en a de plus en plus. Mais voilà, il faut qu'on puisse y répondre... Et que les gens aient le choix, ils n'ont pas le choix. […] Souvent c'est vraiment ce besoin d'un accompagnement global, individualisé, heu, voilà hein, par la même personne. Voilà hein. Après, je vais dire, accueillir leur enfant aussi d'une autre manière, ne pas se trouver dépossédée de la naissance. […] Moins médicalisée, parce que, on est quand même rendu à une surmédicalisation de la naissance, l'intégration du papa aussi, qui est quand même plus acteur. » (Entretien avec Sophie, sage-femme libérale.)

L'appréhension de l'hôpital, n'est pas toujours liée à la peur de la médicalisation, mais davantage à des ressentiments face aux institutions dans leur ensemble. La crainte, justifiée ou non par l'expérience, d'être observée, jugée, critiquée voire de subir des pressions se retrouve tant sur le sujet de l'accouchement en structure que sur une vision d'ensemble des services publics de prise en charge ou d'aide sociale.

L'image négative de la PMI présente dans divers entretiens en est un exemple. Julie, m'explique son refus de la visite post-natale par la PMI, par peur de se voir imposer un discours ou des conseils contradictoires avec sa façon de penser les soins à apporter à son nouveau-né. Pour elle, accepter ce type de suivi est synonyme d'assistanat et les termes qu'elle emploie pour décrire l'offre proposée l'inscrivent clairement dans un registre de pression et non de proposition.

> « Si vous les faites venir à la maison, ils ne vous lâcheront plus quoi, […] Ils s'introduisent […] La façon dont ils posent ça, heu, mon frère il croyait vraiment que c'était obligatoire. […] Tout le monde n'ose pas refuser… En plus ils jouent sur le fait que c'est gratuit, enfin voilà… Après ça peut très bien se passer aussi mais… Moi franchement, avec tout ce que j'ai appris après je me suis dis, mais heureusement que je n'ai jamais mis les pieds là-bas quoi ! Parce que après c'est : "Ah, mais vous n'avez pas de pédiatre ?" Enfin… On n'a pas besoin d'un pédiatre pour peser et mesurer un bébé… Et c'est pareil, ils vont te faire croire que c'est obligatoire et… Mais bon, on s'est informé différemment… » (Entretien avec Julie, 34 ans, mère d'un enfant.)

Dans le cas de Géraldine, la méfiance envers les services sociaux est née suite à une enquête sociale non justifiée et subie, selon ses observations, en raison d'une apparence physique et vestimentaire marginale.

> « Si on a eu une enquête sociale, c'est énormément parce qu'on avait cette allure-là quoi. Parce qu'ils avaient pas capté qu'on n'était pas des cas soc' quoi. Et qu'on allait avoir du répondant et pas qu'un peu. Et donc ils sont tombés de haut. Parce que clairement ils nous ont pris pour des cas soc' quoi et ouais mais les cas soc' ils savent se cultiver aussi quoi, il faut pas oublier ce paramètre. » (Entretien avec Géraldine, 35 ans, mère de quatre enfants.)

Géraldine, après m'avoir fait part de ses expériences douloureuses (évoquées précédemment dans l'étude) d'accouchements en structure, m'explique comment elle a vécu l'intervention de la PMI pour la naissance des ses deux premiers enfants.

> « Une nana de la PMI qui est venue. Parce que l'hôpital avait dit en plus qu'on était vraiment fragiles et tout ça donc nous on avait des visites toutes les semaines. […] Elle venait deux fois par semaine… Pour le peser… Et pour nous expliquer comment on était de mauvais parents… Ouais… Et tant qu'il y a eu cette femme qui venait finalement, ben on n'a, enfin moi j'ai, j'avais pas l'impression de réussir à créer un lien, des liens qu'une maman elle a avec son bébé parce que finalement elle sait… Elle sait que, enfin… Y'a l'assurance de savoir que ce que tu fais c'est bon, il y a l'instinct à la base, mais ils te coupent, voilà c'est ça, ils te coupent de ton instinct ! […] Une fois qu'elle est partie, ben tu pleures… Tu pleures. » (Entretien avec Géraldine, 35 ans, mère de quatre enfants.)

Pour ses premiers enfants, Géraldine reconnaît avoir accepté les visites de la PMI par crainte et non par choix. En effet, pensant que ces visites étaient obligatoires, elle redoutait les conséquences d'un refus.

« Moi : Et donc pour ton deuxième, pas de suivi non plus, tu as été à la maternité juste pour l'accouchement ? Et après tu as accepté d'avoir des visites de la PMI ?
Géraldine : Oui, je pensais que j'étais obligée. Je pensais vraiment que j'étais obligée. De la manière dont c'était avancé, c'était si tu n'acceptes pas en gros, potentiellement tu peux avoir une enquête et j'avais envie de tout sauf de ça… Tu vois… Qu'on me prenne mes bébés, y'avait pas moyens quoi. […] Non, vraiment je n'avais pas envie de ça, donc j'ai choisi la carte de la docilité. » (Entretien avec Géraldine, 35 ans, mère de quatre enfants.)

Au regard des différents témoignages, on est en droit de se demander, d'une part de quelle façon est présentée l'offre de soins pour générer de telles craintes chez une mère de famille, d'autre part ce qui peut bien rester des conseils des professionnels de santé, malgré tout sûrement bienveillants, travaillant dans un climat de défiance et de rapports de force.
Ce n'est qu'avec du recul et en affinant son esprit critique sur ce qu'elle a vécu, que Géraldine s'est affirmée dans son positionnement de méfiance face au système de soins tel qu'il lui a été proposé.

Cependant, toutes les femmes n'ont pas les ressources pour retrouver la confiance en elles nécessaire à l'éducation de leurs jeunes enfants et demeureront, suite à leur incompréhension face à une prise en charge infantilisante, soumises à des sentiments de culpabilité, à une mésestime d'elles-mêmes.

Il est important de noter ici, que les professionnels de santé rencontrés, de manière informelle ou lors d'entretiens, ayant travaillé ou travaillant toujours au sein de la PMI, n'ont pas toujours conscience de l'image qu'ils renvoient, liée à l'institution dans laquelle ils s'inscrivent. Dans leur démarche, prime la volonté de soutenir les femmes dans leurs expériences de maternité, tout en étant dans une attitude de non jugement.

Géraldine a connu des difficultés dans l'allaitement de son premier enfant. L'allaitement artificiel lui a été conseillé, des complications sont survenues, identifiées très tardivement par ses recherches personnelles et la consultation d'un spécialiste, liées à une allergie de son nourrisson. De cette expérience a résulté un sentiment de culpabilité et une défiance envers le service qui l'a accompagnée.

« À la PMI, on m'a dit d'aller prendre du lait en poudre, que de toute façon je n'y arriverai pas et puis moi, super naïve… C'est comme si j'avais pris un chemin, entre guillemets un peu de rébellion et puis le fait que je sois enceinte, je m'étais dis, oh là là, il faut que je me conforme. Donc ben j'écoute. Je me plante totalement en les écoutant mais je les écoute. Eux ils ont la blouse blanche, ils

savent. Donc ben… Le lait. Et puis ben… le début des problèmes quoi. Parce qu'il ne supportait pas… Et on ne te dit pas, ben changez de lait. Donc bon, antibiotiques et tout ça. Et puis de plus en plus fort, et puis "ah, ben il a développé une résistance aux antibiotiques dis donc!" Ben c'est peut-être normal, il s'est fait vacciné à un mois et demi parce qu'on était des personnes à risque. Nous, tu vois ! Ben oui parce qu'on est des cas soc' tu sais, ça ne s'occupe pas bien de ses enfants, c'est crado heu… Et je m'en veux d'avoir été si naïve, tu vois ! » (Entretien avec Géraldine, 35 ans, mère de quatre enfants.)

Les femmes qui s'opposent à l'accouchement en structure tel qu'il leur est proposé sont une minorité. Une minorité décrite ainsi par M. Paul Cesbron, gynécologue-obstétricien,

« Beaucoup pensent encore à ce propos que "Maisons de naissance", accouchements à domicile ou maintien des petites maternités relèvent d'irresponsables lubies, plus ou moins teintées de sectarisme, d'archaïsme ou de nostalgie écologique ou rousseauiste. En un mot, de tout et de son contraire, en particulier de l'esprit de clocher, de la recherche de prestige d'élus locaux, de la démagogie syndicale ou autres malfaisances sociales. Devrait-on choisir entre la toute-puissance de potentats bien en cours et la parole des femmes qui demandent que l'on respecte l'intimité des liens qui se tissent entre leur bébé et les siens ? S'il n'existait pas d'écoute possible entre les deux discours, alors nous choisirions la parole des femmes qui réclament la liberté de mettre au monde leur enfant là et comment elles perçoivent l'accord le plus fort avec leur dignité. Ces femmes sont une petite minorité. Et comment en serait-il autrement après des millénaires de domination ? Mais surtout, elles sont sans doute les porte-paroles d'une grande majorité qui a compris, encore imprécisément peut-être, que la naissance est un événement social qui intéresse l'humanité entière dans son extrême diversité. À la condition expresse que l'on en préserve l'intimité ou plutôt qu'on donne à cet événement bouleversant et considérable une place singulière. » (Cesbron, 2010 : 7).

III/ L'accouchement physiologique, une expérience constructive.

1- Accouchement et estime de soi.

> « Elle m'a prouvé, elle m'a montré… Qu'elle avait pas besoin de moi d'abord et qu'elle était capable d'aller jusqu'au bout, avec ses convictions. Et elle m'a appelée, elle était à dilatation complète. Je suis arrivée, je voyais la tête à la vulve… Comme ça… Et elle m'a interdit de la toucher. Je suis arrivée, "Touche pas, touche pas, touche pas !"… Je ne te touche pas, je te laisse faire, t'as assumé jusqu'ici, tu fais… Et elle a fait naître son fils comme ça. J'ai dit merde ! [Rires.] J'aurais pas cru… […] Elle était accroupie comme ça, sur son canapé et son mari qui lui massait le dos, et qui lui massait le dos, il la massait tellement qu'elle sentait plus son dos et tu vois, il avait tout gagné en fait… Elle était, "Mon dos est en feu", c'est tout ce qu'elle voyait et finalement le gamin, il faisait son chemin. Et oh, quand elle l'a fait naître, oh… J'ai dit, chapeau ! Vraiment c'était beau, beau, beau… » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

De par leurs expériences, les sages-femmes constatent que le vécu de l'accouchement, quel qu'il soit, va de pair avec la confiance en soi et l'établissement du lien mère-enfant. Le sentiment de réussite dans son projet personnel initial, médicalisé ou non est le fruit d'une bonne préparation en amont et d'une écoute attentive des besoins de la parturiente le jour de l'accouchement.

> « Je pense que ça leur donne de la force ouais. Parce que… J'en ai de temps en temps, qui arrive à faire sans péri, alors que… Elles étaient parties sur ce projet-là, mais que soit elles se disaient, ouais mais j'en suis pas capable ou la maternité va faire que… Ils vont m'imposer des choses, ou quoi, bon, et là elles sont ravies. Elles disent : "Oh la la, j'ai accouché en maternité… sans péridurale hein !" "Tu te rends compte !" [Rires.] Donc ça, elles sont ravies oui. Heu, d'autres qui disent : "J'ai eu la péri mais j'ai géré chez moi, comme t'avais dit, je suis restée longtemps chez moi", elles sont comblées… Bien qu'elles aient eu la péri à trois centimètres hein, mais c'est pas grave hein, tu vois, elles sont ravies, elles l'ont bien vécu et puis voilà. » (Entretien avec Élisa, sage-femme libérale.)

Pour Dominique, le taux de péridurale, particulièrement élevé en France, illustre toutefois un manque de confiance en leurs capacités de la part des femmes.

> « Et vraiment, je suis en admiration devant les compétences des femmes. Ce qui me débecte en fait, c'est qu'elles n'ont pas la conscience de cette compétence et donc elles se laissent démobiliser. On

va au plus simple… C'est vrai, pourquoi avoir mal quand on peut ne pas avoir mal ? Et bien oui, si, c'est intéressant d'avoir mal si c'est pour guider l'enfant, si c'est pour l'amener à la vulve ! Ça c'est important. » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

Pour Josiane, l'admiration exprimée par certaines patientes envers leur sage-femme, notamment dans le cadre d'un accompagnement global, est en quelque sorte un transfert inconscient de leurs propres capacités à enfanter.

« La sage-femme laisse passer la force, c'est de la projection de la mère. Quand ça se passe bien, la mère projette quelque chose de sa force à elle vers la sage-femme. Une femme en travail c'est quelque chose d'absolument incroyable. C'est incroyable… Ce muscle qui est capable de, de se détendre, de s'ouvrir et de laisser passer un bébé et ensuite le bébé qui est capable de passer dans le vagin, je veux dire c'est d'une force incroyable. Donc il ne faut pas dire que c'est la force de la sage-femme quand même. Elle laisse passer cette force, c'est ça la différence. C'est plus heu… Comment dire, oui, on dit que ce sont des passeuses les sages-femmes, oui, c'est ça, on permet… D'ailleurs c'est intéressant, on dit que la sage-femme accouche et que la femme accouche, donc il y a bien quelque chose qui passe. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

L'intellectualisation propre aux « femmes d'aujourd'hui » est mise en cause dans la dévaluation des capacités physiques, voire instinctives, à accoucher de façon physiologique.

« Nadia : On rend cérébral quelque chose qui est viscéral.
Anne : Ça c'est évident. Aujourd'hui, je veux dire, une femme qui fait le choix d'accoucher, j'veux dire c'est devenu un choix d'accoucher simplement ! Tout simplement, sans anesthésie, sans truc, sans machin… Mais je veux dire, à l'accouchement, pff, dans une grande majorité des cas, y'a quand même un moment où on se demande où on va, y'a quand même une petite faiblesse, une petite incertitude de ce chamboulement, de ces grosses vagues de contractions à la fin, où du coup on se questionne… Et du coup les femmes là, au lieu d'être dans l'abandon, la confiance en se disant, bon allez, elle me dit que ça va aller, ça va aller, hop, elles intellectualisent, est-ce que j'ai fait le bon choix ? Est-ce que je suis pas maso, est-ce que j'aurais pas dû prendre la péridurale ? Et hop ça y'est ! Et donc elles quantifient énormément leur douleur. Alors, ben oui, mais alors là, ça complexifie nettement les choses. Et en début de travail c'est pareil, elles sont à analyser heu, tout les combien ? et c'est quoi le niveau, et si… Alors que je pense qu'autrefois… je pense que, ne serait-ce qu'il y a trente ans… Même heu, au début de nos études encore, on avait beaucoup de femmes qu'on accueillait en salle de naissance, elles étaient dans la tête, pas dans l'idée d'une péridurale, donc elles savaient qu'elles allaient accoucher. Elles avaient entendu peut-être parler que la péridurale existait et tant mieux et ça évitait d'être endormie, on va dire c'était un moyen de… Tout ça, mais fondamentalement elles venaient, elles savaient qu'elles allaient accoucher. Donc heu… Soit elles avaient anticipé et elles avaient fait un peu de, de méthodes de relaxation, de ci et

de ça, pour se prendre un peu en main et puis aider un peu les choses, soit c'était un peu fatalitas, "Mais madame vous êtes à 8 cm !", "Ouf, super, y'en a plus pour très longtemps…" Tandis qu'aujourd'hui heu… "Madame vous êtes à 6, 8 cm…"
Nadia : Je la prends la péri ? » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale et Nadia, étudiante sage-femme.)

Les femmes qui mettent un point d'honneur à vivre pleinement la naissance de leur enfant, avec le moins possible d'interférences médicales, ont un discours en général très positif sur cet événement. La douleur paradoxalement, semble être plus relativisée par les femmes qui font le choix d'accoucher sans analgésiques.

« La plupart des gens m'ont dit : "Bon ben, bon courage pour le jour J" et elle, c'était plutôt : "Ben profite quoi, profite", "éclate-toi" presque [Rires]. Bon le premier j'ai eu du mal, mais le deuxième je comprends, une fois qu'on a eu un accouchement facile, je comprends ce qu'elle voulait dire. » (Entretien avec Mélanie, 36 ans, mère de deux enfants.)

« On peut s'interroger hein… Peut-être que les femmes effectivement, qui ont cette démarche-là, ressentent leurs grossesses, heu, différemment ? Je pense… » (Entretien avec Véronique, 50 ans, mère de deux enfants.)

2- Une naissance réparatrice.

Après un passé douloureux.

S'ajoutant aux témoignages entre pairs, la relation singulière des femmes avec leur mère et l'histoire de leur naissance et petite enfance influe sur la vision globale qu'elles ont de l'accueil du nouveau-né et a fortiori des choix qu'elles feront concernant leur propre descendance.

« Je sais que ma naissance à été un peu difficile. C'est un peu pour ça aussi je pense que je ne voulais pas retourner à l'hôpital parce que, enfin retourner… Y aller pour mes accouchements à moi. » (Entretien avec Mélanie, 36 ans, mère de deux enfants.)

Pour sa propre naissance, le médecin préconisa un déclenchement en raison de la présence de méconium dans le liquide amniotique, une péridurale fut alors posée mais le travail avançait bien et le bébé se présenta. La naissance se fit par voie basse mais avec l'utilisation de forceps.

> « Et moi je me suis souvent dit, ce sont les médecins qui l'ont stressée, qui ont précipité le truc et s'ils avaient laissé les choses se faire, elle aurait pu pousser naturellement et ils auraient pas été obligés d'utiliser les forceps… […] Y a eu un espèce de stress monumental, parce qu'ils imaginent toujours le pire. Parce que je crois, dans leur formation ils ont quelques heures sur un accouchement qui se passe bien et puis des années, hein, les obstétriciens c'est des années !... Sur tous les cas qui peuvent mal se passer […] Voilà, donc…. Heu… Y'a peu être un peu ça inscrit en moi. » (Entretien avec Mélanie, 36 ans, mère de deux enfants.)

Dans le cas de Mélanie, c'est l'aspect très interventionniste des équipes hospitalières qui fonde son appréhension d'un accouchement à l'hôpital ainsi qu'un désir de « réparer quelque chose » par rapport à sa propre naissance.

> « Bon c'est vrai que quand je le comparais à l'accouchement que ma mère avait vécu, elle me disait : "t'as quand même réussi à réparer quelque chose, t'as, t'as réussi à éviter tout ça…" À l'hôpital, c'est sûr qu'ils auraient sans doute précipité les choses, t'aurais sûrement eu au moins une épisio, les forceps, etc… Tandis que là, t'as réussi à éviter tout ça. » (Entretien avec Mélanie, 36 ans, mère de deux enfants.)

De la même façon, la peur que formule Rita par l'expression, « par un mauvais souvenir », au sujet de l'épisiotomie, est fondée sur une identification à l'expérience de sa propre mère.

> « Je ne voulais certainement pas d'épisio. Par un mauvais souvenir en fait, ma mère quand elle a, elle m'a accouchée, ils lui ont fait une épisio, heu, comme un bourrin, heu, jusqu'à l'anus et encore maintenant elle a des douleurs. Elle a une boursouflure avec sa cicatrice, elle a des douleurs… » (Entretien avec Rita, 25 ans, mère de deux enfants.)

Dans le témoignage de Zelana, est également présente l'idée de rétablir des éléments douloureux de la vie familiale, de ne pas revivre les événements à la manière de sa propre mère. Elle dit avoir ressenti le besoin d'exprimer les craintes "de petite fille" qu'elle a eu lorsque sa mère était enceinte, pour appréhender au mieux l'arrivée de son deuxième enfant.

> « Au niveau émotionnel c'était très dur parce que… J'ai des blessures de petite fille qui sont revenues en fait, pour la deuxième grossesse… De ce que j'ai vécu lorsque ma mère attendait son deuxième en fait et du coup j'avais très, très peur que mon fils aîné revive ce que moi j'ai vécu

petite fille. J'ai fait un blocage dessus et il a fallu que je travaille dessus et… Enfin… Et par contre, une fois que c'était passé, pour l'accouchement ben… Ça a été juste génial. » (Entretien Zelana, 29 ans, mère de deux enfants.)

Lorsqu'elles décrivent la population qui les sollicite pour la salle nature, Yveline et Alexandra signalent la proportion de multipares qui souhaitent vivre cette expérience autrement.

« Les femmes qui ont été déçues d'une hyper-médicalisation, souvent dans les grands centres, où heu, on les a déclenchées, il fallait qu'elles accouchent avant 20 heures ou heu, ou heu, il fallait qu'elles se mettent comme ça, où on leur dit : "Restez bien comme ça, mettez vos jambes là." Heu, bon ben le mari vous sortez, alors elles ont envie d'un peu heu, ouais… De vivre leur accouchement, avec la famille, là, elles ont envie ouais. Ça ça peut être une demande aussi… » (Entretien avec Yveline, gynécologue-obstétricienne chef de service et Alexandra, cadre sage-femme.)

Toutes les sages-femmes libérales rencontrées ont été les confidentes d'accouchements difficiles. Celles qui proposent l'accompagnement global répondent bien souvent aux demandes des femmes qui ne souhaitent pas revivre une expérience douloureuse.

« Et moi, c'est ça que, que, que j'entends d'abord… Des complaintes des patientes qui viennent me voir. J'en ai beaucoup qui viennent me voir après un accouchement, sur un premier, à la maternité, elles se sont senties complètement dépossédées. Elles me disent : "Mais j'ai pas eu l'impression d'accoucher", "Le bébé est sorti et je l'ai pas senti", "Je l'ai à peine vu" heu "C'était très rapide, je savais même pas où était mon mari", "Y'avait du monde partout…" Heu…Voilà… C'est ça. Et elles disent : "Moi, j'ai envie de vivre autre chose". Et c'est à ça que je réponds. Donc c'est à ça que je réponds et je réponds également que je ne suis pas une illuminée non plus. Je suis bien consciente qu'un accouchement, c'est dangereux et qu'il ne faut pas faire n'importe quoi. » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

Renouer les liens.

Les mères interrogées sur leur choix d'un accouchement à domicile ont à cœur d'intégrer l'événement dans son cadre familial.
Dans le cas d'Isabelle, la particularité de la situation a généré une solidarité de la part des membres de sa famille, très présents les jours suivants la naissance pour s'occuper des aînés et de la maison.

« Tout le monde, "Elle est née à la maison !" C'est vrai que tout le monde en parle c'est… Même ma grand-mère qui était un peu angoissée finalement elle dit, enfin elle est super contente de pouvoir dire à tout le monde : "Ah ben si, tout c'est bien passé", en fin de compte heu… Ben

ouais… Elle dit : "C'était dur mais bon enfin, pour le bébé… Et les frères et sœurs…" Elle voit tous les avantages autour quoi, finalement… Et puis ils étaient contents de venir nous chouchouter aussi. Quelque part… Parce qu'ils ont eu vraiment cette relation, où, ben y'a des moments où, ben je suis allée faire la sieste et puis je leur ai laissé le bébé… Je leur fait confiance donc je leur ai dit, ben prenez-la. […] Donc elles sont venues, elles étaient contentes de ramener à manger. Parce que ça nous faisait plaisir en plus elles avaient fait des choses qu'on aime, enfin voilà elles ont fait exprès de préparer vraiment des petites choses qu'on aime bien et en même temps elles ont vraiment profité de leur petite et arrière-petite-fille qui avait vraiment quelques jours de vie, quelques heures même, elles l'ont vue, voilà quoi et elles étaient vraiment présentes et elles avaient un rôle important. Quelque part elles se sont sentie actrices aussi de, parce que, elles arrivaient avec leurs repas, elles arrivaient pour nous aider… Voilà, des fois je leur disais, ben y'a une machine à mettre au sèche-linge, là y'en a une à plier, bon ben allez hop et puis "Ben ça je vais le faire"… » (Entretien avec Isabelle, 30 ans, mère de trois enfants.)

Zelana, originaire de l'île Maurice, souhaitait, par son accouchement, renouer avec un savoir empirique des générations passées.

« Pour ma part c'est comme ça que les femmes accouchent depuis très longtemps, chez moi… Du coup pour moi c'était naturel, mais j'avais quand même ce système qui n'était pas naturel mais heu… J'avais, j'avais ça en moi quoi. Et… Et j'avais besoin quoi, de me reconnecter à ça. » (Entretien avec Zelana, 29 ans, mère de deux enfants.)

Sa propre mère a accouché en maternité en France pour ses quatre enfants. Elle a transmis semble-t-il à sa fille, part son vécu d'accouchements par voie basse et sans complications, une image sereine de la naissance.

« Ben ma mère elle a eu quatre enfants et, ben ça c'est toujours passé à l'hôpital parce qu'elle ne voit pas les choses autrement, mais heu, toujours sans péridurale et voilà, heu… Par voie basse, sans problème… Heu, elle ne m'a jamais parlé de manière négative de ses accouchements. Et donc ça aussi, ça joue… » (Entretien avec Zelana, 29 ans, mère de deux enfants.)

IV/ La recherche d'un lien entre femmes.

1- La naissance, une expérience qui relie les femmes.

La notion d'initiation.

Véronique, après avoir accouché deux fois chez elle, a accueilli, dans les années 1970, des femmes pour leurs accouchements, afin de faciliter les déplacements de Françoise.

> « C'était toujours des femmes que je connaissais hein, c'était mon réseau d'amies hein qui venaient accoucher… Mais à la limite y'aurait pu avoir une autre femme. On en a eu une, des Deux-Sèvres par exemple, qui a été suivie par elle et qui est venue accoucher. » (Entretien avec Véronique, 50 ans, mère de deux enfants.)

Lors des entretiens avec les mères, le terme « initié » est utilisé à plusieurs reprises et illustre d'une certaine façon, le désir, souvent présent dans les entretiens avec des mères ayant accouchées accompagnées par des sages-femmes libérales soucieuses de préserver l'autonomie des femmes dans la gestion du travail de l'accouchement, de transmettre un savoir, fruit d'une expérience positive.

> « Ma sœur elle a trois enfants, donc heu, garçon, fille, garçon et elle a accouché des trois aussi avec Françoise […] C'est elle qui m'a initiée à ça […] J'ai initié deux copines. » (Entretien avec Rita, 25 ans, mère de deux enfants.)

> « Je sais pas mais j'ai l'impression que, toutes, une fois qu'on a vécu ça, on a envie d'initier les autres, de leur dire il existe autre chose, c'est possible autrement. » (Entretien avec Mélanie, 36 ans, mère de deux enfants.)

Isabelle partage la même pensée :

> « Les naissances comme ça, ça donne envie d'accompagner d'autres femmes… » (Entretien avec Isabelle, 30 ans, mère de trois enfants.)

Rita évoque également sa mère, au départ un peu inquiète face au choix de sa fille pour un accouchement à domicile, à présent « convaincue ».

« Elle est totalement convaincue maintenant, totalement. Et puis elle en parle autour d'elle hein. Elle prêche. [Rires.] » (Entretien avec Rita, 25 ans, mère de deux enfants.)

Pour elle, le simple fait d'évoquer ses accouchements éveille la curiosité et parfois un intérêt prononcé pour une autre forme d'accompagnement.

« Quand les gens sont "Ah bon ?" Là, si tu commences à dire, ben moi j'ai accouché de façon naturelle, avec une sage-femme indépendante, alors là, tout de suite, ça interroge et ils veulent en savoir plus. […] "Ah et elles sont où ces sages-femmes ?" Et après : "Et tu sais si y'en a d'autres qui vont reprendre ?" Et j'ai des amies qui ont accouché avec Anne après hein et qui sont ravies. » (Entretien avec Rita, 25 ans, mère de deux enfants.)

Les sages-femmes témoignent également de cette transmission, « du bouche-à-oreille » qui accroît de façon significative leur patientèle.

« Moi je pense que si c'était plus diffusé… Il suffirait simplement d'autoriser, officiellement, les femmes à accoucher chez elles ou à accoucher sans péridurale, je suis sûre que ça passerait… J'suis sûre qu'il y aurait plus de monde encore. […] On fait passer les informations qu'on veut hein… […] Et la demande va croître. Moi, je le vois bien, j'ai des pôles qui sont en train de se créer là, tu vois. J'ai de plus en plus de monde du côté de P., donc ça draine autour… La à C.… Alors là, je vais finir par faire tout le village. Et puis heu, à A. ça commence à parler aussi. » (Entretien avec Dominique, sage-femme libérale.)

« Ah oui, le bouche-à-oreille… […] Ça va très vite entre les femmes. Les femmes très souvent maintenant, moi j'ai beaucoup de femme qui me disent, "Je vous appelle de la part de machin", "Je suis une amie de machin". Heu, voilà, de plus en plus hein. On a ça, on a vraiment ce tourbillon-là autour de nous. » (Entretien avec Valérie, sage-femme libérale.)

Mes premiers contacts auprès des femmes ayant accouché à leur domicile m'ont très vite ouvert à tout un réseau de femmes, une première me donnant quelques contacts d'amies ayant accouché chez elle, souvent avec la même sage-femme et ainsi de suite. Les propos d'Anne, confirment aussi ce constat.

« Et ici […] On a surtout des femmes qui témoignent qu'elles viennent par le bouche-à-oreille, parce que la collègue a témoigné de son accouchement d'une simplicité déconcertante… Y'en a deux là, qui reviennent pour une deuxième grossesse, même plusieurs, et qui racontent leur premier accouchement, ben c'est ça ! Une, elle me dit, ben moi j'avais pas d'idée tellement sur l'accouchement, c'était pas une réflexion sur je veux ci, je n'veux pas ça, c'est simplement la

collègue, ah ben dit donc, elle en a pas fait un pataquès de son accouchement quoi, ça a été une histoire toute simple… Donc ça m'a quand même tentée. » (Entretien avec Anne, sage-femme libérale.)

Ce réseau de femmes entourant les sages-femmes libérales, constitué au départ entre proches, en raison de relations professionnelles ou de liens d'amitié, peut se voir élargi par l'abondance des modes de communication actuels, tels que les réseaux sociaux et les forums présents sur Internet.

« Je me rends compte que, ben y'a de plus en plus de femmes qui demandent autre chose, parce qu'il y a quand même un réseau de communication, d'Internet, d'infos… Et puis on a été dans un tel excès que c'est une caricature quoi et qu'il y a quand même plein de femmes qui ont peur quoi. » (Entretien avec Pauline, sage-femme libérale.)

Entre les générations, mais également entre pairs, la maternité relie les femmes.

« On est très proches, on est un petit cercle… […] Les trois, quatre femmes de la famille. Et c'est vrai que quand on est ensemble on parlent des naissances, on compare avec maman, avec mamie… » (Entretien avec Rita, 25 ans, mère de deux enfants.)

La fille devient mère et change de statut aux yeux de la sienne. Entre amies, entre mères, les enfants et leurs naissances sont souvent au centre des discussions, des échanges de conseils, d'expériences.

La question de la transmission.

La question de la transmission intergénérationnelle se pose également à l'avenir. Face à la diminution du nombre de praticiennes assurant le suivi global, les femmes s'inquiètent pour les générations futures.

« En tout cas, le prochain, ça sera à la maison, ça c'est sûr. Et puis quand je leur raconterai à mes enfants… Je veux qu'ils sachent que c'est possible quoi… Si eux ils peuvent ne pas se compliquer la vie… Avoir un bel accouchement, enfin ma fille… ou ma belle-fille hein. [Rires.] » (Entretien avec Rita, 25 ans, mère de deux enfants.)

« Parce que… Même pour la transmission tu vois, ma mère elle a été dans des schémas compliqués, moi, j'ai été dans des schémas compliqués, donc quand t'as deux filles tu vois, tu te poses un peu la

question et tu te dis, attends, il faut casser le truc à un moment. » (Entretien avec Sidonie, 29 ans, mère de deux enfants.)

Plusieurs mamans ont également fait part de la réaction positive de leur grand-mère, suite à l'annonce d'une naissance à domicile, avec qui elles se sont senties par là, plus proches.

« Ma grand-mère paternelle, […] Je lui ai expliqué que je voulais accoucher à la maison… "Ah oui, ah ben comme moi pour la naissance de ton père, j'ai accouché à la maison." […] Elle a voulu accoucher à la maison parce que ça ne lui avait pas plu en centre hospitalier pour les deux premiers et elle voulait absolument accoucher à la maison avec une sage-femme. » (Entretien avec Rita, 25 ans, mère de deux enfants.)

Isabelle différencie ses deux aïeules par leur conditionnement plus ou moins marqué au discours actuel sur le risque.

« Ma grand-mère du côté maternel, elle s'en doutait… Je parlais beaucoup d'accouchement physiologique, heu, qu'on voulait pas rester trop et puis elle, elle a neuf frères et sœurs. "Ah ben tu sais à mon époque on naissait à la maison et puis ça se passait bien." Donc elle c'était vraiment ce côté, heu, elle ne voyait pas pourquoi y'aurait un problème. Mon autre grand-mère qui est beaucoup plus, ouais, parce qu'on entend, ouais, parce qu'elle regarde beaucoup la tété aussi, enfin, parce qu'on entend des choses et parce que, voilà c'est pour la sécurité : "S'il était arrivé quelque chose quand même, quand même, c'est un peu inconscient, un peu imprudent." » (Entretien avec Isabelle, 30 ans, mère de trois enfants.)

Quand à Véronique, elle se trouvait, au moment de la naissance de ses enfants, en opposition dans ses choix avec sa mère. En revanche, le lien avec sa grand-mère semble plus évident de par son vécu et sa manière de concevoir le maternage.

« Moi : Et à votre mère, vous n'aviez rien dit ?
Véronique : Non, non…Pas pour le premier, non.
Moi : Et pendant la grossesse, qu'elle relation vous aviez avec elle ?
Véronique : Pff… Assez heu… Pff., assez distante, je dirais. Je dirais, c'était plus avec ma grand-mère… La mère de ma mère, qui était une vrai mama et heu, qui a allaité son dernier jusqu'à quatre ans, heu, qui a accouché chez elle et heu après si tu veux, la génération de ma mère c'était, on accouchait à l'hôpital, on était au lait maternisé y'avait déjà plus l'allaitement, c'était oui, cette génération de femmes qui ont aujourd'hui 80 ans quoi. Et ma grand-mère elle je l'appelais, j'appelais ma grand-mère et elle me disait, "Mais fait comme tu veux ma fille, moi j'ai accouché toute seule…", "Tu peux accoucher chez toi". Elle le savait, mais elle en n'avait pas parlé à sa propre fille quoi, qui était ma mère. Et donc à ma mère quand je lui ai dit, voilà, j'ai accouché…

Heu voilà… Bon, elle était hyper contente hein, mais heu, un peu… […] Si tu veux, comme j'ai allaité longtemps M., jusqu'à trois ans, souvent elle avait un regard par rapport à ça en disant "Oh !" Le problème si tu veux c'est… Quand on allaite beaucoup les enfants comme ça, ou quand on les a très proches… Moi j'ai pas pu lui laissé à ma mère. […] Ma mère avait un regard en disant : "Tu en fais trop" ; "Tu es trop possessive avec tes enfants" ; "Ils vont pas te lâcher", c'est à la limite une forme d'anormalité d'être très proche comme ça. J'ai téléphoné à ce moment-là, à ma grand-mère, heu, qui avait fait des allaitements, avec ses dix gamins et heu… "Laisse ta mère tranquille, fais ce que tu as envie de faire, ça se passera bien tu verras". Et c'était ma grand-mère ! Tu vois, c'est elle qui avait cette transmission, sans jamais rien dire heu… Voilà, et qui un jour à eu ma mère en lui disant : "Mais laisse la. Laisse la tranquille". "Elle se séparera de son bébé, t'en fais pas… Y'a pas de souci…" Elle, elle savait. Elle savait… » (Entretien avec Véronique, 50 ans, mère de deux enfants.)

Avec le temps la vision de sa mère envers son choix pour une naissance à la maison et un maternage de proximité, s'est selon elle adoucie.

« Mais bon, je vois, ma fille depuis qu'elle a eu la petite, bon, elle appelle sa grand-mère de temps en temps, elle va la voir… Parce qu'elle est mère…. C'est vrai, nous même, on s'est rapprochées de nos propres mères quand on est devenues mère. […] On se rapproche de nos mères… C'est ça la transmission aussi… C'est qu'instinctivement on se rapproche de nos propres mères. Même si on cherche pas une heu… Une heu, des renseignements ou heu… C'est le regard. On est de mère à mère. […] Et puis elle te glisse des trucs, des "Moi, je faisais ça…" Bon, on en prend, on n'en laisse mais y'a un partage effectivement, des choses qu'on fait, ou qu'on ne fait pas et elles parlent de leurs grossesses à ce moment-là. Et elles nous parle de nous aussi, c'est ça qui est intéressant, qu'elles ne faisaient pas forcément avant… […] Après, ma deuxième grossesse, ma mère savait, que j'accoucherais différemment, que j'allaiterais différemment… Et maintenant elle a un regard sur l'allaitement tu vois, déjà, qui est différent et sur les grossesses… Beaucoup plus tranquille, beaucoup plus, tu vois, les femmes qui accouchent à la maison, heu, enfin maintenant heu dans la famille là, y'en a eu plusieurs, enceintes et tout et je l'entends, qu'elle a un dialogue heu, beaucoup plus distant, dans le respect… Voilà, qui n'est plus dans un jugement maintenant, qui est vraiment dans… Tu vois, ma fille elle allaite, ben elle est ravie qu'elle l'allaite, elle trouve ça génial heu… Un beau contact tu vois. Ça a quand même remis… Un état de femmes et de mère heu… Elle serait presque à la limite dans le regret. […] Et elle me dit "On n'avait pas la même conscience que vous avez-vous aujourd'hui. De, de nos enfants." Elle dit, "quelque part heu…" Bon elle c'était particulier, mon père était pas là tout le temps, parce qu'il était sur la route tu vois, mais heu… Elle me dit qu'elle voyait plus sa mère avec moi qu'elle-même, tu vois… Comme si ça avait sauté une génération… Où leurs mères, elles bossaient, une vie difficile… Mais elles sentaient qu'il y avait avec le bébé quelque chose heu, une conscience du bébé. Elle, elle pense ne pas l'avoir eu. Mais je lui dis "tu l'as eu"… Bien sûr…mais… » (Entretien avec Véronique, 50 ans, mère de trois enfants.)

Véronique évoque l'évolution de sa relation avec sa mère de par son changement de statut, de fille à mère, puis de mère à grand-mère.

> « Je vois maintenant que je suis grand-mère, je vois l'autre jour j'ai eu une conversation avec ma mère, absolument extraordinaire avec elle quoi, où on a parlé sexuel, heu, voilà, de ses relations physiques avec mon père, voilà, comment elle avait vécu avec mon père, comment elle a vécu ses grossesses, encore plus profondément, parce que je pense, je suis grand-mère si tu veux, je vieillis et là, on avait une très belle complicité de femmes quoi. Et là c'était… Voilà quoi. J'avais pas connu ma mère comme ça, où on parlait des hommes, de comment elle avait vécu elle sa vie de couple… Tu vois c'était heu… C'est des sujets qui arrivent tard. Mais on s'est regardées, on s'est serrées dans les bras tu vois… On était plus… Ni mère, ni… On était des femmes. Ah ouais !… J'ai passé une journée extraordinaire avec elle l'autre jour… C'était vraiment très, très beau quoi. Alors que j'étais pas très liée avec ma mère, je le suis vraiment sur ces dernières années, beaucoup plus fortement quoi. […] Et on parlait voilà…. De cette conscience de femmes… De ce que lui avait transmis sa mère, sa grand-mère, comment elle avait vu, voilà… Dans son positionnement social heu… C'était hyper intéressant. C'est des belles transmissions… Mais c'est les enfants ! Si j'avais pas eu d'enfants je suis pas sûre qu'aujourd'hui on aurait pu avoir ce genre de discussion aussi. » (Entretien avec Véronique, 50 ans, mère de deux enfants.)

Le discours de Véronique relève ici un point important dans la compréhension des différences, en termes de choix entourant la naissance et le mode de maternage. Il semble en effet que le choix d'un accouchement à domicile aille de pair avec un désir du couple, en tout cas de la mère, pour un maternage de proximité. Il pourrait être intéressant d'un point de vue qualitatif, de s'entretenir avec les enfants nés au domicile parental, sur les conditions souhaitées pour la naissance de leurs propres enfants. La fille de Véronique est née à la maison. Elle a accouché en présence de sa mère. Françoise quant à elle, a accouché avec sa mère et a accompagné la naissance de sa petite-fille ainsi que la plupart des naissances de sa famille.

> « Dans la famille, tout le monde est né soit avec ma mère, sois avec moi, y'a qu'elle qui… est allée dans le système. […] Et elle a mis la petite à la garderie. Ah ça dans notre famille, ça se faisait pas, je, tu peux me croire, hein. C'est pas comme ça que ça fonctionnait, parce que nous y'avait la grand-mère et l'arrière-grand-mère qui étaient là. » (Entretien avec Françoise, sage-femme libérale à la retraite.)

Elle a également accompagné en tant que sage-femme, des naissances de mêmes familles sur plusieurs générations.

La compagne d'Aurélien est enceinte. Au cours d'une discussion à propos de mes recherches, le nom de Françoise résonne comme un nom connu, « ah mais c'est la sage-femme qui m'a vue naître ! Elle exerce toujours ? ». Je lui apprends qu'elle est aujourd'hui à la retraite mais que deux autres sages-femmes du département assurent un suivi global. « Oh il faut qu'on en parle », « c'est vrai que si ça avait été Françoise, ça aurait été vraiment génial ! »

Véronique souligne l'importance pour elle, de la présence d'autres mères lors de la naissance de ses enfants.

> « Moi, mes accouchements, je les ai fait avec des amies femmes. Je trouve qu'on a vraiment besoin de, de sentir ce lien, de femmes entre femmes, de mères entre mères, qui est vraiment tout puissant, qui est là. Moi, j'ai suivi l'accouchement de ma fille, ben voilà, elle avait besoin de sentir ses antécédents qui, qui sont proches d'elle… Je trouve que c'est là, la plus belle réalisation, quand on est entourée, c'est vital. Ça c'est quelque chose de difficile, y'a qu'une seule personne dans la salle d'accouchement… Soit c'est le mari… Bon, c'est vrai, l'homme, c'est important qu'il soit là, aujourd'hui, je pense que c'est très bien, on a besoin de ça… Mais quelque part, si on peut être entourée de nos mères, de nos sœurs… Enfin, moi, c'est ma vision, de, de… Je trouve qu'on est… C'est quelque chose de féminin, de profondément féminin l'accouchement. » (Entretien avec Véronique, 50 ans, mère de deux enfants.)

Au-delà de « l'art de l'accouchement », la profession de sage-femme porte en elle la valeur symbolique de la naissance. Être la « passeuse de vie », la garante d'une expérience essentiellement féminine, représente pour Josiane un des fondements de sa profession.

> « Ça me fait penser aussi penser à ces fameuses toiles de Léonard de Vinci ou on voit la vierge et sa mère hein, y'a une femme qui enveloppe une autre femme avec les enfants devant, c'est-à-dire c'est un emboîtement de femmes, c'est les poupées russes, c'est… Y'a plein de symboles comme ça, y'a… Et voilà, ça, ça n'existe pas, ça passe à côté de la culture des sages-femmes, alors que c'est le fondement du métier de sage-femme, mais non… Et je ne sais pas comment on fera pour y arriver à tout ça ?… Si, par vous. Alors moi je dis justement, je pense que ça va passer par la sociologie, par l'anthropologie. » (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Les « blessing way ».

L'échange avec des femmes sensibles à la préservation d'un « univers féminin » dans leur vécu de la maternité m'ont appris l'existence des « blessing way ». Les « blessing way » ou « rituel

de bénédiction » s'inspirent d'une célébration traditionnelle Navajo autour de la femme enceinte[163]. Il s'agit de rencontres, le temps d'une journée par exemple, organisées pour et autour d'une femme enceinte, par ses amies proches. Discussions, partages, dons, lectures, ou encore massages, soins, rythment ce moment consacré à la future mère en vue de l'accompagner et de la soutenir dans ce passage.
Amandine avait organisé un « blessing way » quelques temps avant la naissance de son enfant et s'est « sentie reliée » aux femmes présentes ce jour-là pendant le travail.

> « Et puis je me reliais vachement aux femmes aussi, enfin voilà… J'avais participé à un cercle de femmes en juillet et en novembre j'avais mes amis qui étaient venus, enfin on a fait un week-end, comme un blessing-way… Et c'est vrai que je me suis vachement reliée aussi à… Ben aux femmes que je connais, qui sont, qui sont mamans et… Ouais, ça m'a, ça m'a accompagnée quand même beaucoup dans le travail. De se dire que… Ben voilà, ça va se faire quoi, tu vas, tu vas rentrer dans ce cercle-là de… des mamans quoi. » (Entretien avec Amandine, 34 ans, mère d'un enfant.)

Patricia en tant que doula est parfois appelée pour organiser des « Blessing way ». Elle encadre également des cercles de femmes ou « tentes rouges[164] ».

> « Je facilite des cercles de femmes aussi. C'est un peu dans le même principe. Et là demain, par exemple je vais faciliter une tente rouge pour l'association… Et la tente rouge… Ça pour moi c'est important… Enfin, le reste aussi mais heu… La tente rouge c'est un espace pour les femmes, pendant leur grossesse, heu, pendant, quand elles veulent quoi, pour s'exprimer heu… Un espace de non jugement… Où on va parler pendant plusieurs heures… Et souvent c'est dans un endroit qu'on essaye de, d'être intimiste, alors… Soit tout en rouge, ou pas, mais le fait que ça soit tout en rouge c'est surtout pour rappeler un peu un univers utérin, propre à la femme. Et ça marche souvent bien, souvent quand tu te retrouves là-dessous, t'es un peu, enfin c'est très fort comme… comme endroit. […] L'espace est confidentiel donc heu… En tout cas ce qui se dit sous la tente rouge reste sous la tente rouge. Donc… Souvent ce qui s'y passe, même si elles se connaissent, c'est vraiment un moment particulier. Et les cercles de femmes c'est plus sur une journée ou deux, où là c'est souvent des femmes qui ne se connaissent pas. Alors en fait y'a deux façons de faire des cercles de femmes. C'est soit un cercle fermé et à ce moment-là c'est toujours les mêmes qui se retrouvent à des

[163] Cf. Bouhier-Charles N., 2013, *Blessing way. Rituels d'aujourd'hui pour célébrer la grossesse et la naissance*, éd. La Plage.

[164] L'utilisation des termes « tente rouge » vient d'un roman d'Anita Diamant qui évoque, au travers de son personnage principal qui est la fille de Jacob à l'époque biblique, un espace réservé aux femmes notamment lors des menstruations et des accouchements. Ce livre fut le déclencheur du « Red tent movement ». En France, les premières « tentes rouges » ont été initiées par l'association des Doulas de France. Les femmes qui s'y retrouvent échangent sur la maternité, la grossesse, l'accouchement, l'IVG, la sexualité, les menstruations, la ménopause, la transmission, les liens mère-filles... à tous les thèmes touchant à leur féminité.

moments dans l'année, soit c'est un cercle ouvert, moi c'est plutôt ça que j'ai fait, c'est des femmes qui s'inscrivent et qui viennent sur la journée avec un thème ou pas… Là demain c'est sur la sexualité, la tente rouge. Des fois ça peut être sur la créativité, sur l'espace intime, sur la naissance. J'en ai fait un une fois, sur la naissance, un cercle de femmes… Ça peut être sûr… Donc ça va être un moment où on va… Diffuser des films, y'a des femmes qui vont parler de leur accouchements, heu… Qu'est-ce qu'on avait fait… Un espace créativité, des chants… Une hutte de sudation on avait fait une fois aussi… C'est un moment entre femmes quoi, pour se retrouver, pour partager. Sans jugement toujours, dans une, dans un cadre donné qui permet de faciliter la journée, de faciliter les échanges, d'enlever tout cliché, idée reçue… » (Entretien avec Patricia, doula.)

2- Demande d'accompagnement par une doula.

Une présence féminine et non médicale.

Les demandes d'accompagnement par une doula relèvent de ce besoin de soutien exclusivement féminin. (Aucune femme ayant fait appel à une doula n'envisagerait que la doula puisse être un homme). Les rencontres entres femmes complètent parfois l'accompagnement individuel qu'elles proposent aux femmes ou aux couples durant la grossesse et quelques temps après la naissance de l'enfant.

Dans la description que m'offre Patricia de sa pratique, il n'y a pas de confusion ou d'interférence avec celle des sages-femmes. Une présence féminine, amicale ou maternelle et une écoute « neutre » sont les principales attentes des femmes qui font appel à elle.

« Les trucs les plus fréquents ?... Pour l'accouchement ça va être, de pouvoir les soutenir, de leur tenir la main par exemple… Heu, ouais, de les masser si y'a besoin… Ou une aide, voilà, pratico-pratique… Sinon, ils aiment bien qu'on les guide avant la naissance, pour leur apprendre des petites techniques, par exemple sur le ballon ou avec le rebozzo, c'est un foulard que tu utilises pour te suspendre ou pour faire des mouvements, voilà… Ils aiment bien en fait qu'on leur apprenne des choses comme ça. Après qu'est-ce qu'on peut faire aussi… Ça va être heu… Un espace d'écoute quoi, qu'on leur offre un espace pour pouvoir parler de leur projet de naissance. On peut aussi les aider à rédiger un projet de naissance, si elles en font la demande… Voilà… Moi personnellement je trouve que de moins en moins ça a d'impact, mais… Mais bon, si c'est leur demande je, voilà, on le fait. […] Leur donner des infos si besoin, leur prêter des livres et puis répondre à leurs demandes […] Des fois elles me demandent d'organiser un « blessing way ». Donc c'est un moment pour elles, pour, entre femmes. Pour honorer ce passage dans leur vie de femme, heu… C'est un rituel quoi, donc elles me demandent de les aider à l'organiser ou de l'organiser moi-même donc ça, ça m'est

arrivé plusieurs fois. Elles me demandent aussi de faire des moulages de leur ventre… Ça, ça arrive… » (Entretien avec Patricia, doula.)

L'idée d'une complémentarité avec l'exercice des sages-femmes est avancée aussi par les mères.

« Mais c'est vrai que c'est dommage que… Qu'il y ait ce ressenti vis-à-vis des doulas parce que, je pense que, elles, elles ne sont vraiment pas dans cette optique-là de, de concurrence et an contraire, elles ont une très grande admiration pour les sages-femmes, pour le travail qu'elles font. Et vraiment heu… Pff… Pour moi c'est… C'est pas du tout le même travail quoi. » (Entretien avec Maryse, 32 ans, mère d'un enfant.)

Pour Patricia ce que les femmes apprécient, c'est « d'avoir une personne qui est disponible, jour et nuit, 24 h. / 24 pour elle […], par texto, par mail », de bénéficier d'une écoute et d'une empathie qu'elles ne trouvent pas auprès de leurs proches.

Rompre l'isolement.

Parmi les femmes qui la sollicitent, Patricia distingue différents profils de femmes. D'une part celles qui ont mal vécu leur(s) premier(s) accouchement(s) et souhaitent être épaulées dans leur parcours de soins. D'autre part, celles qui, parce qu'elles envisagent un accouchement « naturel », à domicile ou en structure, voient dans la doula une assistance supplémentaire. Enfin, des femmes seules ou dans une situation sociale et / ou conjugale difficile et qui veulent être accompagnées lors de leurs consultations, dans leurs démarches ou pendant l'accouchement.

« C'est sûr, il y a cette tranche de personnes qui sont, on va dire, pro accouchement naturel heu et voilà qui pensent que la présence de la doula va leur permettre de, de les soutenir dans leur choix. Mais on a aussi beaucoup de personnes […] C'est souvent parce qu'ils ont eu un accouchement traumatique pour le premier […] Elles ont eu, soit une grosse dépression post-partum ou des difficultés importantes après la naissance et que sur Internet elles se sont renseignées et elles se sont rendues compte que ça existait et que elles ne veulent plus ça pour la deuxième naissance et que quand elles apprennent qu'elles sont enceintes elles sont très angoissées, très inquiètes et que voilà, elles nous contactent. Et ça c'est quand même aussi beaucoup. […] Soit ce profil-là, soit les femmes qui veulent un accouchement naturel et qui veulent un peu la panoplie quoi. [Rires], c'est… sans jugement hein, mais c'est un peu ça quoi. Et puis après y'a aussi des femmes […] qui sont dans des difficultés sociales ou conjugales, enfin… Soit dans une… Comment dire, soit dans une… Pas

misère, mais on va dire qui ont des difficultés à se loger ou elles sont mamans solos, elles ont divorcé ou elles ont vécu des violences enfin et qui du coup se renseignent aussi et elles trouvent les doulas, pour les aider. Et moi, c'est vrai que j'ai beaucoup accompagné des femmes de ce profil-là. Qui se retrouvent du jour au lendemain à la porte, enceinte, qui ont besoin de trouver un logement en urgence, qui ont besoin d'être accompagnées pour des rendez-vous ou alors heu… d'être soutenues. » (Entretien avec Patricia, doula.)

« Les difficultés que peuvent rencontrer les couples, donc les violences conjugales, parce qu'on est quand même beaucoup confronté à ça…. Malheureusement. Heu… Voir aussi les femmes qu'on accompagne, qui sont des mamans solos et ça c'est vrai que c'est aussi, moi c'est presque la moitié de mes accompagnements. » (Entretien avec Patricia, doula.)

Dans ces cas précisément, elles peuvent être amenées à demander sa présence le jour de l'accouchement, auprès d'elle ou de leurs aînées.
C'est d'ailleurs en soutenant une de ses amies en difficulté pendant sa grossesse que Patricia a réalisé l'aide qu'elle pouvait apporter et a pris la décision de se former pour devenir doula.

« Je l'ai aidée, je l'ai soutenue et puis je me suis aussi occupée de l'aîné pendant la naissance, l'accouchement, j'ai dormi chez elle pendant qu'elle était à la maternité. Et puis je suis allée la chercher à la maternité, je l'ai ramené chez elle… Enfin voilà, j'ai fait des choses comme ça, qui peuvent paraître anodines mais qui finalement étaient très importantes pour elle parce qu'elle aurait pas pu le faire toute seule. » (Entretien avec Patricia, doula.)

« Moi je trouve que notre présence à l'accouchement, elle prend tout son sens, si c'est vraiment, soit parce que la maman est toute seule et donc elle a vraiment besoin d'une personne, pour être tout le temps avec elle ou pour pouvoir répondre à ses besoins, que la sage-femme peut pas faire, c'est normal, c'est pas son rôle… Du type, je sais pas moi, aller chercher un truc à manger ou juste passer tout le temps avec elle quoi, parce que la sage-femme elle a d'autres patientes à voir. Et d'être là, si vraiment c'est une demande, heu, ou si vraiment le papa ne souhaite pas être là, mais que la maman souhaite une présence féminine mais elle ne veut pas sa sœur, elle ne veut pas sa mère. » (Entretien avec Patricia, doula.)

L'isolement des mères est un facteur identifié dans le recours à une doula. La situation économique et sociale actuelle amène bien souvent à un éloignement familial.

« Je me suis retrouvée loin de la famille, des amis. Voilà, j'ai suivi mon compagnon qui était en déplacement de travail et du coup j'étais seule. » (Entretien avec Maryse, 32 ans, mère d'un enfant.)

Zelana et son mari vivent loin de leurs familles respectives. Le lieu de travail de son mari étant relativement distant de leur domicile, il a donc suggéré à sa femme de faire appel à une doula afin qu'elle ne soit pas seule en cas de besoin.

> « Nous en fait on a fait appelle à elle parce qu'on souhaitait faire un accouchement à domicile. Donc c'était pour mon deuxième bébé. Et mon mari lui-même a dit : "Écoute, il faut qu'on ait une doula parce que…" Alors, pour plusieurs raisons, déjà parce que lui travaille à B., moi je suis à A. donc du coup il voulait que je ne sois pas seule, qu'il y ait quelqu'un au cas où, s'il était pas là ou, ou même dans la journée, même pendant la grossesse, si jamais j'avais besoin. Qu'il y ait quelqu'un pour moi quoi. Et puis aussi parce que pour la première grossesse, il a assez mal vécu le fait que, que j'aie autant, que je le sollicite en fait beaucoup, sur heu, mes émotions, sur tout ce qui se passait et que lui il ne savait pas forcément comment réagir et du coup c'était très difficile pour lui et il avait envie pour cette grossesse-là que j'ai quelqu'un de plus… Qui soit plus, comment dire… Plus à même de répondre à mes besoins quoi. […] Parce que lui… Il le prenait vachement pour lui. Et moi, tout ce que je lui disais, j'étais sous le coup des hormones et tout ça mais lui il le prenait vachement à cœur et du coup c'était pas évident. Alors que effectivement, là, le fait d'avoir eu une doula, ben j'ai pu dire des choses que je, j'ai pu vraiment m'exprimer, sans que lui il le prenne pour lui, c'est-à-dire que j'allais le voir quand j'avais besoin de parler de choses et j'allais voir ma doula quand j'avais besoin de parler d'autres choses. C'était complémentaire et en même temps, pour moi la doula c'était un peu… Comme une amie, une sœur et aussi heu… Un professionnel mais dans le sens où à chaque fois que j'avais besoin de, de savoir quelque chose, elle faisait des recherches pour moi et soit par les livres, soit par Internet ou peu importe et du coup elle répondait aussi à mes questions par ce biais-là et c'était très intéressant. » (Entretien avec Zelana, 29 ans, mère de deux enfants.)

Une personne neutre et solidaire.

Zelana parle ici de l'aide qu'elle a trouvé à pouvoir s'exprimer librement sur sa grossesse auprès d'une personne qui ne soit pas impliquée émotionnellement comme le pouvait être son mari. Bien que cette relation soit très « amicale », Zelana remarque que l'espace de parole offert par la doula est plus confortable qu'il pourrait l'être avec des amies parce que celle-ci est extérieure à sa vie privée. Faire appel à une doula permet pour elle de bénéficier d'une présence féminine, rassurante, mais qui ne soit pas inclue dans le cercle familial ou de pairs.

> « Et est-ce que tu aurais pu imaginer, s'il n'y avait pas eu la doula, d'avoir auprès de toi quelqu'un d'autre, ta mère, une sœur, une amie ?
> Zelana : Ah non ! non, non, pas du tout. C'est vraiment heu… C'était elle quoi et personne d'autre, parce que, à part la sage-femme hein, mais heu… Non, non parce que… Déjà… Je pense aussi que ça dépend des gens, mais moi avec ma famille on ne vit pas du tout les même choses, on n'est pas

sur… Sur ce truc-là enfin… Donc non, je ne voyais pas quelqu'un d'autre. » (Entretien avec Zelana, 29 ans, mère de deux enfants.)

L'ambiguïté que peut représenter, notamment dans la vision de certains professionnels rencontrés, l'identification de la doula comme une « amie » associée à une « rémunération généreuse », n'est pas perçue comme tel par Zelana.

«Comment tu vois ça, le fait de la rémunérer mais de la voir comme une amie ?
Mme Z : Oui… Ben, en fait heu, moi je trouvais ça normal parce que, elle venait quand même passer du temps, elle venait… Et encore, je trouvais que c'était pas cher quoi, enfin, par rapport à tout ce qu'elle m'a donné. Parce que bon, elle était formée en massage donc elle me faisait des massages quand j'en avais besoin, elle me prêtait des livres, elle venait passer du temps avec moi, elle ne comptait pas ses heures pour venir avec nous, je pouvais la joindre jour et nuit par téléphone, par mail, donc heu… Pour moi c'était normal de la payer, parce que pour moi c'est un accompagnement, c'est pas juste une amie. Et justement, justement je fais bien la différence, parce que je ne suis pas allée voir mes amies. Je suis allée la voir elle. Si j'avais vraiment besoin, j'allais lui parler à elle et pas à des amies justement. » (Entretien avec Zelana, 29 ans, mère de deux enfants.)

Maryse me fait part d'un ressenti similaire sur son besoin de se confier à une personne extérieure à son entourage, disponible, dans une relation sans jugement.

« J'étais vraiment à la recherche de cet accompagnement-là et que je n'avais pas d'autre heu… D'autre option, enfin j'avais pas d'autre… Voilà, pour moi c'était vraiment un bon compromis au sens où j'avais besoin d'un accompagnement… Solide, vraiment heu… Une personne sur laquelle je savais pouvoir me reposer, heu, pour des choses très intimes heu… Et en même temps sans avoir un sentiment de… D'être redevable après. […] Et c'était l'avantage de cet accompagnement pour lequel on signe en fait un contrat et cette personne on la rémunère pour sa présence quoi. Et elle est vraiment très dans l'écoute, c'est une personne qui heu, en tout cas celle que j'ai rencontrée, mais j'imagine que toutes les doulas sont comme ça, de près ou de loin, heu… Dans une écoute extraordinaire, à toujours heu, toujours en train de rebondir à mes questionnements, sans donner de conseils, jamais, toujours heu, vraiment toujours dans l'écoute et dans la proposition en disant "Bon ben voilà, j'ai vu que tu te posais des questions là-dessus, je te propose d'aller voir ce lien sur Internet", heu, des petites choses comme ça, à, à me prêter des livres… » (Entretien avec Maryse, 32 ans, mère d'une enfant.)

Les femmes qui souhaitent les services d'une doula sont parfois suivies par une sage-femme libérale dans le cadre d'un accompagnement global. Malgré l'écoute attentive de ces

professionnelles, ces femmes sont en recherche d'une relation autre que la relation patient-praticien.

> « J'avais aussi besoin de ça je pense, parce que c'est vrai que malgré la prise en charge qui est énorme au niveau médical, c'est toujours très technique et c'est toujours vachement intrusif et… C'est pas ce dont on a besoin en fait, surtout quand une grossesse se déroule bien, on n'a pas besoin de ça. On a besoin d'être entourée, on a besoin d'être écoutée, d'être épaulée et ça pour moi ça a été la doula qui a apporté ce côté-là quoi, vraiment. Et de toute façon, dans plein de cultures, il y a l'équivalent d'une doula. » (Entretien avec Zelana, 29 ans, mère de deux enfants.)

La sage-femme est alors associée à l'aspect « technique », médical de la grossesse. Les soucis d'ordre personnel et intime seront discutés avec la doula.

> « Moi : Et les sujets que tu abordais avec elle, c'est des choses que tu aurais pu aborder avec ta sage-femme par exemple ou pas du tout ?
> Zelana : Ben non pas forcément, parce que… En fait elle avait vraiment un autre regard. Avec la sage-femme, même si j'ai eu un accompagnement global, heu… C'était plus technique, c'était pas comme là où on s'asseyait autour d'une tasse de thé et puis on discutait et puis y'avait mon mari aussi donc y'avait un vrai échange. Et puis ça ne durait pas qu'une heure, ça pouvait durer deux heures, trois heures… Et puis elle, elle ramenait un autre regard en fait qui était peut être moins technique, plus humain et par rapport aux expériences qu'elle a vécues ou ce qu'elle a lu et du coup moi, j'ai eu des réponses que je n'ai pas eu avec la sage-femme par exemple… Ou des pistes, des réflexions, des choses comme ça. Et ça, ça c'est vraiment intéressant au niveau de ces échanges-là. » (Entretien avec Zelana, 29 ans, mère de deux enfants.)

Dans son suivi par sa sage-femme, Maryse a senti que l'attention était focalisée sur le bébé à venir et a trouvé plus facile de s'exprimer auprès de sa doula.

> « Je pense qu'à un moment donné, la sage-femme elle est vraiment… Elle est là pour la maman mais elle est quand même beaucoup là pour le bébé…[…] Et que… parfois, et là c'était mon cas, la maman, elle a vraiment besoin heu… D'être épaulée quoi. » (Entretien avec Maryse, 32 ans, mère d'un enfant.)

Zelana est originaire de l'île Maurice, où pour elle il existe encore une solidarité autour de la mère après la naissance d'un enfant dont elle ne pouvait bénéficier. La présence de la doula en post-partum a, pour elle, comblé ce manque.

> « À Maurice […] Elles sont très proches, elles s'occupent les unes des autres. Une femme là-bas pendant 40 jours, elle ne sort pas de chez elle quoi, voilà quoi, tout le monde vient, tout le monde l'aide, tout le monde apporte quelque chose à manger, on s'occupe des autres, des autres enfants, du mari et ça c'est des choses ici qui sont impossibles, en tout cas pour moi, je suis un peu toute seule ici… » (Entretien avec Zelana, 29 ans, mère de deux enfants.)

La solitude du couple mère-bébé est souvent exprimée par les femmes en post-partum. Patricia souligne l'importance pour les mères de pouvoir reparler de leur accouchement avec elle.

> « C'est important pour elles de débriefer, parce que cet espace-là qu'elles ont, va leur permettre de, d'éviter de le garder en elles pour plus tard quoi. Que ça devienne quelque chose de traumatique […] Une épisio ou des actes médicaux je sais pas, ça peut être aussi des poussées dirigées ou ça peut être juste un toucher vaginal à un moment donné qui a été intrusif ou… Et de pouvoir en reparler, de dire… Ça, je trouve que c'est fondamental. […] Par exemple, des trucs tout con hein, mais la maman que je suis allée voir ce matin il fallait que je lui emmène, elle voulait que je passe acheter des couches tu vois, parce que de sortir avec son bébé, une semaine après la naissance heu, voilà, elle voulait que je lui achète des couches et puis des, des, enfin voilà lui rendre service quoi, faire des petits trucs heu… » (Entretien avec Patricia, doula.)

L'aide pratique que peut apporter la doula, en faisant quelques démarches, des courses ou s'occuper des aînés ne fait pas officiellement partie des services qu'elle propose mais s'impose lorsque la jeune mère est particulièrement seule. De plus, certaines femmes confient qu'elles sont entourées, « mais pas de la bonne façon ». Elles reprochent à leur entourage d'être focalisé sur le bébé et de ne pas proposer leur aide spontanément.

> « Y'a quand même beaucoup de femmes très isolées après l'accouchement, pour peu que le mari travaille… Ou que la famille soit loin… […] Ou alors ils sont présents mais pas de la bonne façon. Enfin… pas comme eux ils aimeraient qu'ils le soient. » (Entretien avec Patricia, doula.)

Elle ajoute en s'appuyant sur les propos d'une de ses clientes,

> « Et là, elle s'est dit merde, quoi. Enfin… C'est pas heu… Enfin c'est ce qu'elle me disait ce matin quoi : "Moi je… Je ne suis pas hyper à l'aise…" ; "Enfin ce qui me gêne le plus c'est que les gens sont présents, mais pas de la bonne façon quoi" ; "Ils vont pas me dire, ben tiens on t'emmène un truc à manger pour toi", ou comme ça peut se faire dans beaucoup de cultures, s'occuper… de tout quoi, de tout le reste et… Non, c'est genre, je viens et… Je prends une photo avec ton gosse et, et… Et dès le lendemain quoi et c'est le cas aussi pour des femmes en structure. Où tu vois la belle-mère débarquer le lendemain, prendre le bébé et tous focalisent sur le bébé et la femme, elle est mise de côté quoi. Donc ça voilà, leur offrir un espace pour elle, où vraiment moi je suis centrée quand je

vais les voir, je suis centrée sur elle. Bon bien sûr aussi sur l'enfant pour les féliciter tout ça, c'est important, mais je suis focalisée sur eux quand même. De ce dont ils ont envie, ce dont ils ont besoin, de ce qu'on peut mettre en place pour que ça puisse répondre à leurs besoins et puis heu… Oui, leur offrir un espace privilégié pour débriefer… Et puis voilà, en post-natal ça va être ça. […] Si c'est des mamans qui ont des besoins pratico-pratique, matériel de puériculture, on peut organiser des échanges, des trocs enfin faire que ça circule si besoin… Pour des femmes qui ont des difficultés financières ou qui en ont envie. » (Entretien avec Patricia, doula.)

Pour Maryse, l'écoute de la doula a été essentielle pour accepter la façon dont s'est déroulé son accouchement.

« C'est vrai que du coup, après coup la présence de la doula était très, très réconfortante de ce côté-là parce qu'en fait, une fois qu'on a, comment dire, été un peu, heu, pas respectée un peu on va dire dans cette heu… Dans ce moment-là, heu, y'a pas grand-chose d'autre que l'écoute en fait pour faire passer la frustration.
Moi : Et pour l'écoute… De la part de l'équipe médicale tu l'as ressentie comment ?
Maryse : Heu… C'était zéro. À part la sage-femme cadre. J'avais une sage-femme cadre qui a été super, qui je pense… Qui a été beaucoup dans le fait qu'on repousse le déclenchement. » (Entretien avec Maryse, 32 ans, mère de deux enfants.)

Dans le cas de Maryse, la doula semble avoir également comblé un manque de soutien familial après l'accouchement.

« Elle venait, elle passait du temps avec nous… Elle me proposait des massages, elle proposait de m'aider dans les tâches ménagères et heu… Beaucoup de discussions, on a eu beaucoup de discussions. Elle m'a beaucoup écoutée. […] "Si tu as besoin de t'exprimer sur le déroulement, sur tes frustrations, sur… Là où tu as été respectée, là où tu ne l'as pas été"… Et donc c'est vrai qu'on a beaucoup, beaucoup reparlé de tout ça. » (Entretien avec Maryse, 32 ans, mère d'un enfant.)

Dans le déroulement des événements, la présence de la doula est apparue pour Zelana comme indispensable. La naissance s'est passée à son domicile et la doula est arrivée avant la sage-femme. En plus d'avoir été une présence rassurante en l'attendant, elle a pu s'occuper de son premier enfant.

« Ah oui, elle m'a vraiment aidée. Et pour anecdote, la veille de l'accouchement j'étais pas bien du tout, parce que j'avais déjà passé un jour du terme et c'est mon mari qui l'a appelée sans même me le dire, enfin il m'a dit : "Écoute, je vois que tu ne vas pas bien, y'a A. qui va passer. Je lui ai demandé." J'ai dis, bon, d'accord. Et en fin de compte j'étais vraiment super contente qu'elle soit là, parce qu'elle m'a changé un peu les idées… Elle a été géniale, franchement…Vraiment géniale, moi,

ça m'a permis de m'apaiser un peu. Elle nous a permis, enfin elle nous a dit : "Bon allez, vous pouvez sortir si vous voulez, moi je garde le petit, détendez-vous et tout". Et donc du coup elle a gardé le petit et nous on est allé au cinéma avec mon mari, tranquille et puis ensuite on est rentré vers minuit, on lui a dit, bon ben c'est bon tu peux rentrer chez toi. Elle a quand même une heure de route et au bout d'une heure on la rappelle, bon, ben en fait il va falloir que tu reviennes. Et donc elle venait juste de rentrer chez elle et elle est revenue et elle est arrivée dix minutes avant la naissance en fait. […] Oui et puis on l'avait rappelée parce que comme il y avait mon fils aîné qui était là… Au cas où, pour qu'il y ait quelqu'un pour s'occuper de lui. […] Et j'ai continué à la voir parce que… Y'a vraiment un lien qui se crée. Moi j'ai eu, beaucoup, beaucoup de mal quand même, enfin… À me dire que ça allait s'arrêter un jour en fait, cet accompagnement-là, parce que… C'était tellement un soutien, c'était tellement fort ce qu'on a vécu et j'étais vraiment contente que ça se finisse que quatre mois après en fait, au niveau du contrat. […] Ce que j'en avais besoin après l'accouchement. […] Elle répondait à mes questions, par exemple, elle m'a donné des livres sur les relations entre frères et sœurs, plein de choses comme ça et je, je ne me voyais pas arrêter comme ça. Et ce temps-là, les quatre mois sont vraiment nécessaires quoi, enfin pour moi… Et je pense pour plein de gens, pour en avoir discuté avec d'autres personnes. Parce qu'on a besoin je pense de ce temps-là pour, pour reprendre son chemin en fait… Tout doucement quoi… » (Entretien avec Zelana, 29 ans, mère de deux enfants.)

La demande des pères.

Il arrive également que Patricia soit sollicitée par des hommes qui appréhendent ou qui ne souhaitent pas être là au moment de l'accouchement.
La question du respect de la pudeur et de l'intimité, qui fait parfois défaut en milieu hospitalier, est entendue ici du point de vue des pères.

« Ils ont du mal à se dire qu'un père peut ne pas être à l'aise à ce moment-là. Parce que l'homme c'est le symbole de la force, de… Et rien d'autre quoi. […] Surtout dans un milieu hospitalier où il y a des protocoles, la position elle peut être imposée ou heu voilà, suggérée mais fortement… Et des positions qui ne sont pas forcément heu faciles devant son conjoint quoi. Une position gynécologique c'est pas très glamour quoi. Ça c'est clair que… Et puis il y a aussi des hommes qui disent que d'être témoin d'actes chirurgicaux sans être préparés à l'avance, comme l'épisiotomie, comme le fait de diriger la naissance heu, voilà, c'est des choses qui peuvent être vraiment compliquées pour eux. Et puis en plus d'être témoin de ça sans pouvoir rien faire. Et la femme heu, c'est pas toujours sa demande quoi. Et là, on leur impose le truc comme si c'était, la naissance parfaite quoi. » (Entretien avec Patricia, doula.)

Les entretiens auprès des mères confirment que l'absence du père lors de l'accouchement est parfois discutée.

> « C'est très délicat je pense pour un homme de se sentir dans cette impuissance. C'est très gênant quoi, parce qu'il se dit qu'est-ce que je peux faire ? Je ne peux rien faire. En même temps, ma femme, qu'est-ce qu'elle attend de moi ? Je dois être là, mais qu'est-ce que je peux faire pour la soulager ? C'est vraiment hyper perturbant et c'est très difficile pour la femme de s'autoriser à dire, ben je n'ai pas besoin de toi ou j'aimerais que tu ne sois pas là, parce que socialement… » (Entretien avec Patricia, doula.)

Cette décision n'est pas toujours comprise par l'entourage du couple, voire par l'équipe hospitalière.

> « En milieu hospitalier, il peut y avoir une certaine pression. […] Un papa qui ne veut pas couper le cordon ou heu… Un papa qui ne veut pas forcément voir l'expulsion, qui préfère être derrière sa femme ou… Heu, qui sort au moment de l'expulsion, ben… C'est genre, ouais, c'est mal vu quoi. » (Entretien avec Patricia, doula.)

Sur Internet on peut trouver des blogs de sages-femmes, hospitalières ou libérales. Elles s'expriment sur leurs expériences, suscitent des débats parfois avec les personnes, simples lecteurs ou consœurs, qui commentent leurs articles, partagent leurs points de vue. Dans l'un d'eux, une sage-femme raconte l'accueil d'un couple dans son service qui souhaite que le corps de la femme soit dissimulé afin de respecter sa pudeur. La sage-femme accompagne ce couple en accord avec leur souhait jusqu'à ce qu'un obstétricien entre en salle de naissance :

> « Lorsqu'il entre dans la pièce, la sage-femme lui glisse quelques mots pour expliquer la présence du drap. Elle n'aura pas le temps de terminer sa phrase. Ne sachant rien, ne cherchant pas à savoir, l'obstétricien s'exclame : "C'est quoi cette connerie !", arrache le drap et le jette à terre. Elle se sent humiliée, il se voit impuissant à la protéger. Leurs larmes ponctuent le récit de cette naissance et ce ne sont pas des larmes de joie. » (Article posté par « 10lunes », le mardi 3 novembre 2015. http://10lunes.com/category/blessures/)

Contrairement au discours courant sur la place du père pendant l'accouchement, Patricia, amenée à rencontrer des couples qui ne souhaitent pas la présence du conjoint pendant l'accouchement, analyse cette invitation autrement.

> « Et le père, il est là pour coacher sa femme. Et bon moi, ça me choque quoi. Parce que d'une, ça renvoie la femme à …t'es juste heu, enfin, t'as besoin de ton mari pour pouvoir y arriver…, sinon tu ne peux pas y arriver toute seule. C'est lui qui te coache, sinon tu ne peux pas le faire. Et le père, il se retrouve un peu pris au piège du truc, de…, si t'es pas là en gros c'est que t'es une mauviette quoi. [Silence.] Et après… en post-natal…, dans pas mal de choses, c'est compliqué. C'est ce qu'on

observe…, la sexualité, …, les relations de couples. Y'a quand même un nombre assez important de couples qui se séparent pendant la première année de l'enfant. Et ça je pense que c'est…, la naissance et l'impact de la naissance y est pour beaucoup. À mon avis hein… » (Entretien avec Patricia, doula.)

« Je vais m'adapter à eux […] par exemple, le jour où le père il m'a dit : "Bon, peut-être que, bon, vous venez, on vous paye parce que vous venez, mais peut-être qu'au dernier moment je me sentirai bien et suffisamment fort pour rester avec ma femme dans la salle d'accouchement", j'ai dit : "ben moi y'a aucun problème, je resterai dans la salle d'attente." J'ai attendu des heures et des heures et finalement au dernier moment il m'a dit : "Ben, je préfère sortir, si tu veux bien prendre ma place" et donc j'y suis allée. » (Entretien avec Patricia, doula.)

L'opposition des structures hospitalières.

Les doulas sont rarement bien acceptées en milieu hospitalier. Pour Patricia si l'équipe est réticente à la présence d'une doula, malgré la demande des parents, elle craint que cela n'entraîne des tensions défavorables à la prise en charge de la parturiente. Elle me raconte une situation vécue en ce sens.

« La gynécologue, qui connaissait la maman mais avec qui ça ne s'était pas très bien passé, donc heu, voilà appréhension un peu de la maman. […] Je m'étais mise, assise discrètement à côté de la maman pour la soutenir, être avec elle et elle était toute seule donc voilà, elle avait vraiment, c'était ce qui était prévu quoi. Et la gynécologue a commencé à dire à la mère, mais en fait ça m'était adressé quoi, à dire : "Ah ben ! Vous voyez, heureusement que vous n'avez pas accouché à domicile, vous vous rendez compte, là, on a quand même besoin de nous." […] "Vous êtes inconsciente", "Vous vous rendez compte", "Heureusement que vous êtes là maintenant hein, votre bébé il faut qu'on le sorte, donc je vais utiliser des ventouses", etc., "Je vais vous…" Elle lui a même pas dit d'ailleurs, mais elle lui a fait une épisio sans lui en parler avant, enfin un accouchement vraiment très, très médicalisé, sans expliquer pourquoi à la maman… Enfin, très choquant quoi. […] Les parents avaient en plus rédigé un projet de naissance, donc c'était prévu et elle l'avait vu cette gynécologue, elle en avait pris connaissance. Et elle savait très bien que, à aucun moment, elle n'avait envisagé un accouchement à domicile. Mais la doula était là et je suis persuadée que c'était lié à moi et c'est là où je me dis, j'aurais préféré ne pas être là… Pour cette maman. […] Et cette violence-là, de la part de cette gynécologue, qui est… a été uniquement parce que j'étais là… Et là, ça craint quoi. Enfin là je me suis dit, ça fait chier, parce que, parce que c'est gratuit, c'est inutile et c'est… Et puis oui, vraiment, très médicalisé… […] Et le papa est arrivé, juste après la naissance. Et là, dès que le papa est arrivé, la gynécologue s'est permis de dire à la femme : "Vous vous rendez compte, vous avez poussé à un moment où j'avais dit de ne pas pousser, à cause de vous, vous avez déchiré jusqu'à l'anus." Et elle dit ça devant le papa… Qui lui déjà ne voulait pas être là, enfin

voilà… Et elle a vraiment humilié sa femme… Elle a humilié cette femme devant son mari, heu, gratuitement, parce que ça servait vraiment à rien de dire ça et en plus, genre, heu, vous avez mal fait votre taf quoi. Et j'étais là aussi… Et là je pense que ma présence a aggravé la situation… » (Entretien avec Patricia, doula.)

Dans la maternité où elle s'était inscrite pour son accouchement, Zelana avait présenté sa demande d'être accompagnée par sa doula. Cela lui avait été clairement refusé.

« On avait rencontré la sage-femme cadre, on avait exposé notre projet de naissance justement pour la maternité, pour en discuter avec elle et des les premières lignes en fait on parlait de notre doula et là tout de suite elle a dit : "Non, c'est hors de question, c'est pas possible." Alors on lui a demandé pourquoi et elle a dit "Ah non, c'est pas possible, la doula c'est… Vous pouvez dire que c'est une amie mais pas une doula… D'accord ?"… » (Entretien avec Zelana, 29 ans, mère de deux enfants.)

Maryse me fait part de remarques similaires.

« Elle n'était pas présente d'une part parce qu'il y avait mon compagnon qui était là et qu'à l'hôpital où j'étais on acceptait qu'une seule personne et aussi parce qu'ils avaient des réticences par rapport aux doulas. Donc quand j'ai parlé de doula ils m'ont dit qu' elle pouvait venir mais qu'il ne fallait pas que je dise que c'était une doula. » (Entretien avec Maryse, 32 ans, mère d'un enfant.)

Zelana interprète ce refus par une méconnaissance de la part du corps médical du rôle de la doula.

« Ouais… les professionnels de santé ne les aiment pas trop… Y'a comme une vieille croyance bizarre, ils pensent que ça vient d'une secte ou je sais pas quoi et puis ils ont aussi peur que la doula prenne la place de la sage-femme dans leurs compétences médicales, alors qu'en fait ça n'a rien à voir quoi. » (Entretien avec Zelana, 29 ans, mère de deux enfants.)

Maryse quant à elle regrette ce manque d'ouverture qui nie aux femmes la nécessité d'un soutien d'une autre nature que celui offert par les professionnels de santé.

« Les professionnels de santé, je pense qu'ils sont dans leur angle de vue professionnel et c'est vrai qu'ils ne réalisent pas la nécessité que ça peut être pour certaines mamans quoi. D'être accompagnée d'un point de vue… Oui, c'est…, d'un point de vue psychologique, c'est…, émotionnel, c'est…, Ça va très loin hein, quand on a…, quand on a cet, ce soutien-là c'est heu… Enfin pour moi ça a été primordial. » (Entretien avec Maryse, 32 ans, mère de un enfant.)

Ont été également abordées les dérives tant redoutées de l'émergence des « accompagnantes à la naissance. »

> « Moi : Et est-ce que vous avez aussi des femmes qui font la formation parce qu'elles n'ont pas réussi sage-femme ?
> Patricia : Oui… Et c'est le risque, enfin c'est un peu dangereux quoi… Parce que nous, ce qu'on veut surtout pas et ça arrive que des gens nous contactent pour remplacer la sage-femme… À domicile. Et là on va être en plus de plus en plus confronté à ça et donc c'est le gros problème. Parce qu'on ne peut pas être présente à un accouchement à domicile si y'a pas de sage-femme. C'est illégal et là on est vraiment mal quoi. Donc heu… Des fois y'a des femmes qui font doula un peu par dépit et donc c'est là où nous on doit, dans la formation, vachement verrouiller quoi, vachement réfléchir à leurs limites, à comment… Pourquoi elles sont doulas et qu'est-ce qu'elles veulent faire, parce que souvent elles vont être à fond dans le conseil, à fond dans le coaching un peu ou alors elles se disent qu'elles peuvent être présentes et uniquement elles… Et c'est là où c'est dangereux. Ouais c'est dangereux… Et ça arrive hein… Et c'est pas rare d'avoir des mails, des textos, des demandes de femmes qui cherchent "une sage-femme ou une doula pour m'accompagner dans mon AAD" et donc tu sais que c'est la sage-femme ou la doula et là c'est : "Ben j'ai pas trouvé de sage-femme donc je vous contacte, est-ce que vous seriez prête à …" Et là… […] On n'est pas formée à ça, on n'est pas capable et s'il se passe quoique ce soit… C'est pas notre métier hein. » (Entretien avec Patricia, doula)

> « Oui. Et malheureusement je pense que plus la situation des sages-femmes se dégradera et plus la confusion existera. Donc … L'amélioration des conditions de travail des sages-femmes va de pair avec l'amélioration de notre situation aussi. C'est les doulas qui ont lancé le mouvement "une femme, une sage-femme" hein, en France. Et c'est grâce à elle que le mouvement est apparu en France et pour moi c'est fondamental que la place de la sage-femme soit mieux reconnue hein… » (Entretien avec Patricia, doula.)

PARTIE 3 : ANALYSE ET DISCUSSION.

L'analyse des résultats, obtenus en privilégiant la relation aux enquêtés à leur nombre, croise le chemin des recherches d'Anne Vega (Vega, 2007), dans la mesure où elle permet l'observation et la confirmation de points essentiels, tels que les fluctuations des degrés d'adhésion au système de soins, l'exigence croissante des usagers du système de santé proportionnelle à leur accès à l'information médicale, ou encore l'évolution des orientations de carrières des professionnels de santé conditionnée par leurs modes d'interactions avec les patients.

Plus précisément, Anne Vega évoque au sujet des prescriptions faites aux mères concernant les soins à leurs nouveau-nés, leur méfiance lorsque ces dernières ne correspondent pas aux habitudes familiales, lorsqu'elles sont multiples ou variables selon les interlocuteurs ou lorsqu'elle dévalue à leurs yeux leurs compétences acquises ou leurs aptitudes « naturelles ». L'exemple des prescriptions de vitamines D et K, cité par l'anthropologue, a été à plusieurs reprises vérifié, notamment auprès de Géraldine pour qui le refus d'administrer les vitamines s'appuie sur une non adhésion aux arguments médicaux : « C'est comme leur histoire de compléments, dès la maternité, allez, du fluor, de la vitamine K, il faut donner ça et ça et ça, je comprenais pas, attends… Pourquoi, on est si pourri ? Le lait de la mère ne suffit pas ? » (Entretien avec Géraldine, mère de quatre enfants.)

I/ La problématique de l'offre de soins.

« Humanité, proximité, sécurité »

« Humanité, proximité, sécurité », tel a été l'intitulé du dernier plan de périnatalité, en réponse aux revendications des usagers. Ainsi, les recommandations de santé publique relatives à la maternité, dont l'objectif demeure l'amélioration des résultats périnataux, s'appuient, depuis quelques années déjà, sur deux concepts-clés. Tout d'abord, la nécessité d'humaniser les soins pour favoriser la physiologie du processus d'accouchement et la satisfaction des parturientes, d'autre part celle d'accompagner la fonction parentale en construction, pendant les périodes reconnues sensibles de la grossesse et du post-partum, en vue de prévenir d'éventuels troubles dans la relation parents-enfant pouvant avoir d'importantes répercussions sur le développement psychique du jeune enfant.

C'est en ce sens qu'ont été repensées les séances de préparation à la naissance auxquelles environ 70 % des femmes participent[165].

Actuellement, l'activité principale des sages-femmes hospitalières, qui représente près de 80 % de la profession, se concentre sur les salles de naissance[166], autrement dit sur la surveillance de l'accouchement et du post-partum immédiat. Les sages-femmes libérales quant à elles sont près de 90 % à contribuer à la préparation des femmes enceintes[167].

La dichotomie entre la préparation des patientes et le déroulement du travail soumis aux pratiques obstétricales en milieu hospitalier, mise en évidence dans cette étude, semble être dûe, aux dires des sages-femmes elles-mêmes, à cette répartition asymétrique de l'activité des sages-femmes en fonction de leur statut.

Il est vrai que le temps de parole et d'écoute dispensé par les sages-femmes libérales lors de la préparation connaît peu de continuité le jour de l'accouchement (lorsqu'il a lieu en structure). L'anonymat est difficile à rompre alors même qu'un lieu nouveau et pour certains hostile est à appréhender et que le temps est compté. Face à cet obstacle, nombreuses sont les sages-femmes libérales à insister, lors de la préparation, sur la nécessité pour les femmes de rentrer en contact,

[165] Selon l'enquête périnatale de 2003, *in* Azizoudine Kinney, 2011, *op. cit*. p. 16.

[166] Cf. « La profession de sage-femme: constat démographique et projection d'effectifs », in *Études et résultats*, Drees, n° 791, mars 2012.

[167] Selon une enquête de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) et de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) in. Azizoudine Kinney, 2011, *op. cit*. p18.

d'engager le dialogue avec l'équipe médicale, qui, prise dans une certaine routine et parfois un surmenage, ne fait pas toujours preuve de l'ouverture et de la disponibilité qu'attendent les patientes.

Préparer les patientes au milieu hospitalier.

Le comportement de la femme lors de sa prise en charge en maternité représente bien souvent une séance à part entière, tant les relations entre les patientes et le corps médical peuvent être sources d'incompréhension, voire de complications à l'heure actuelle.
L'évolution rapide des pratiques médicales a fortement modifiée la place et la représentation des sages-femmes auprès des futures mères. C'est ce qu'exprime Josiane lorsqu'elle dit :

> « Il y a un éloignement de la femme et de la sage-femme. Alors, par plein de mécanismes hein, mais le problème, ce sont les machines, ça c'est sûr que les machines, heu, on ne palpe plus les ventres, heu, ça c'est sûr que c'est absolument fini. On ne prend plus la température, on met un brassard et puis c'est fini. On ne touche plus hein, on ne touche plus. ». (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

Ces dernières, de plus en plus exigeantes en termes de sécurité mais également en termes d'informations quant à leur prise en charge, se situent entre la crainte, inspirée par l'autorité médicale et la nécessaire docilité que réclame la prise en charge médicalisée de leur accouchement, synonyme de sécurité, mais avant tout de confort (bien que la notion de confort soit ici très subjective et centrée uniquement sur l'absence de douleurs). Cette relation humaine, instaurée entre le personnel hospitalier et la patiente semble donc être une condition importante dans le bon déroulement des événements. Dans tous les cas, un équilibre délicat doit être trouvé. Soit, entre les désirs apparemment contradictoires des femmes, d'être à la fois autonomes, actrices de leur accouchement tout en étant soulagées de leurs douleurs par des techniques qui les rendent totalement dépendantes physiquement de personnes qui vont les accompagner, soit, dans la demande d'un accompagnement avant tout émotionnel lorsqu' un accouchement physiologique est souhaité, sans remettre en cause par son attitude ou ses requêtes les compétences de l'équipe médicale, ce qui pourrait entraîner un désintérêt de la part de certains professionnels, froissés par une telle attitude.

À ce sujet, Lucie Barraud, dans son mémoire de fin d'études auprès des patientes ayant rédigé un projet de naissance[168], cite une étude anglaise de 1998 qui souligne que « statistiquement, les femmes ayant signifié des refus d'actes dans les plans de naissance subissent plus d'actes médicaux. »

Cette forme d'apprentissage des attitudes favorisant une communication adéquate en milieu hospitalier semble fréquemment abordée par les sages-femmes libérales lors des séances de préparation, suite au constat des difficultés spécifiques à l'accouchement en structures, via notamment les témoignages des femmes qui les consultent en suite de couches.
Les femmes qui en revanche bénéficient de séances de préparation à la naissance et à la parentalité en vue d'un accouchement à domicile, bénéficient le plus souvent de séances individuelles et abordent plus en profondeur avec leur sage-femme la gestion du travail de l'accouchement, et sont ainsi plus proches des cours de psychoprophylaxie obstétricale tels qu'ils étaient proposés auparavant. Bien que les positions d'accouchement, la respiration, la gestion de la douleur soit également enseignées aux femmes qui se préparent à accoucher en maternité, l'utilité de ces thèmes semble dépassée aux yeux de certaines femmes et sages-femmes, une fois la péridurale posée, ce qui est parfois le cas dès le début du travail.
Pour sa part, l'HAS admet que « l'efficacité de la préparation à la naissance reste inconnue tant pour ses effets sur le déroulement de la naissance que sur la fonction parentale[169] ». Néanmoins, les études qualitatives portées sur l'accompagnement global confirment des résultats périnataux et des taux de satisfaction favorables.

Les projets de naissance.

Lors des entretiens, les difficultés d'application des projets de naissance basés sur l'autonomie de la parturiente et le respect de la temporalité du travail de l'accouchement ont été longuement évoquées. Difficultés qui mènent parfois les femmes à rechercher une sage-femme libérale pour les accompagner dans une grossesse suivante.
Cette inadéquation s'explique principalement par un désaccord profond entre les parties, concernant le bien-fondé des protocoles hospitaliers. En effet la systématisation des techniques de surveillance, abondamment critiqués par les enquêtés, est basée sur la notion de « gestion du

[168] Barraud L., 2013, *op. cit.*, p 18.
[169] HAS, 2005, *Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité*, novembre 2005, p. 7.

risque ». Dans un article intitulé « De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition [170] », Danièle Carricaburu rappelle le caractère historique de l'omniprésence de la question du risque dans l'obstétrique française. Elle précise,

> « Dès que l'on aborde la question du risque dans le domaine de la santé, on est confronté à la prégnance du paradigme épidémiologique, que ce soit à propos de « populations à risque », de « facteurs de risques » ou encore de « conduites à risque » (Peretti-Watel, 2004).[...] Les professionnels de l'obstétrique sont tous d'accord pour dire que « le risque zéro n'existe pas », ils considèrent que la grossesse et surtout l'accouchement peuvent représenter un danger pour la mère et l'enfant. Cependant, leurs analyses divergent quant à l'importance à donner à ce danger. Pour les uns, l'accouchement est et restera une situation à risque vital, marquée par une incertitude majeure impossible à quantifier ; pour les autres, les risques liés à l'accouchement sont en grande partie prévisibles et conséquemment, il est possible d'orienter les femmes enceintes selon le niveau de risque estimé. » (Carricaburu, 2007:125)

Les contradictions apparentes, entre les discours des gynécologues et cadres rencontrées et ceux de la majorité des sages-femmes, illustrent les « idéologies obstétricales en tension » dont parle Danièle Carricaburu, dans lesquelles les patientes, malgré elles, sont prises à partie.

Humaniser l'offre de soin.

L'intention d'humanisation et de démédicalisation des soins, chère aux adeptes d'une définition plus modérée du « risque obstétrical », a été marquée ces dernières années, par l'adhésion en nombre au label « Hôpital amis des bébés » ainsi que par la mise en place de « salles physiologiques » ou « salles nature ». Cependant, les témoignages recueillis en notent les limites et laissent ouverte la question de l'accessibilité et du fonctionnement des futures maisons de naissance.

Ce que craignent principalement les femmes et les sages-femmes interrogées sur la question des maisons de naissance, c'est que les critères de suivi des grossesses et accouchements physiologiques et a fortiori l'autonomie des praticiennes relative à leurs prises en charge, se calquent sur les protocoles les plus restrictifs. Or, les candidates au suivi global, particulièrement concernées par la mise en place de telles structures, sont attachées à cette

[170] Carricaburu D., « De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical: les enjeux d'une définition », in *Sociologie et sociétés*, vol. : 39, nº 1, 2007, p. 123-144.
URI: http://id.erudit.org/iderudit/016935ar DOI: 10.7202/016935ar

autonomie professionnelle, garante de leur sécurité. Les données recueillies à ce sujet corroborent les résultats de l'enquête menée par Solène Gouihers-Hertig[171] auprès de femmes ayant accouché à domicile ou en maison de naissance en Suisse. Cette étude « montre que celles-ci ne rejettent pas le questionnement relatif au risque, mais la culture dominante du risque » (Gouihers-Hertig, 2014 : 1). Souhaitant se protéger des effets iatrogènes d'une surveillance et d'une médicalisation excessive, elles basent leur « stratégie de réduction des risques » sur les compétences des sages-femmes à préserver le déroulement physiologique de la parturition.

> « Elles sont donc convaincues que si la sage-femme pense qu'il est nécessaire d'agir médicalement, ce sera pour une bonne raison, c'est-à-dire fondée sur une nécessité médicale absolue guidée par les risques médicaux. De plus, elles se sentent protégées par la vocation et le dévouement des sages-femmes qui sont traditionnellement attachées à la pratique de l'accouchement extra-hospitalier. » (Gouihers-Hertig, 2014 : 10).

Les conceptions de la naissance comme d'un événement naturel ayant sa place dans l'environnement familial et comme d'une expérience « d'empowerment »[172] nécessitant de « repousser le concept anxiogène du risque », sont également des éléments communs à cette étude. En revanche, contrairement au caractère hétérogène de la population rencontrée et décrites (patientèles des sages-femmes interrogées), concernée par l'accompagnement global, les enquêtées interviewées en Suisse par Solène Gouihers-Hertig sont majoritairement issues de milieux favorisés et sont dans une démarche d'évitement face à un discours pro-accouchement à domicile dans le but d'éviter toute confrontation plutôt que dans une dynamique explicative et défensive comme ce fut le cas ici.

---

[171] Gouihers-Hertig S., 2014, *Vers une culture du risque personnalisée : choisir d'accoucher à domicile ou en Maison de naissance.*

[172] Solène Gouihers-Hertig définit la naissance comme « une occasion d'empowerment ». Elle précise que « l'accouchement extrahospitalier serait également important dans la vie d'une femme tant le fait d'accoucher normalement, c'est à dire sans interventions médicales techniques permettrait un accomplissement personnel ». Elle ajoute, « selon ces femmes, cette sensation d'empowerment a des bénéfices dans l'estime de soi à court terme ; c'est à dire pour se faire confiance dans les soins à apporter au bébé ; et à plus long terme, y compris dans d'autres domaines (par exemple sur le lieu de travail) ». (Gouihers-Hertig, 2014 : 106)

Le suivi global.

On peut noter également que les arguments repris par les mères en faveur du suivi global, tel que le respect de l'intimité et de l'autonomie du couple, aussi bien dans la gestion du travail que dans les soins au nouveau-né, ou la disponibilité, la proximité et le soutien continue de la sage-femme, arguments qui figurent parmi les objectifs de l'HAS, sont pour certaines sages-femmes, aux fondements de leur pratique.

L'identité professionnelle des sages-femmes.

La notion d'identité professionnelle a été abordée avec une partie des sages-femmes interrogées. C'est en fonction de leur rôle et de leur place auprès des parturientes qu'elles questionnent leurs pratiques et parfois déterminent leur mode d'exercice. Les sages-femmes qui ont quitté le milieu hospitalier pour « retrouver leur rôle d'accompagnante » figurent parmi les plus anciennes, ce qui correspond aux données démographiques sur la profession qui attestent d'une moyenne d'âge plus élevée chez les sages-femmes libérales[173]. D'un point de vue qualitatif, les raisons évoquées d'une réorientation professionnelle vers la pratique libérale, sont principalement liées au souhait d'acquérir une expérience et certaine assurance auprès des femmes par la pratique hospitalière après l'obtention du diplôme suivi d'un « ras-le-bol » des conditions de travail entravant leurs relations avec les patientes.
Du côté des professionnels, au-delà de la satisfaction des patientes, c'est bien cette identité qui s'est trouvé bouleversée par la surmédicalisation. Les jeunes sages-femmes expriment bien souvent (lors des entretiens et parfois dans leurs mémoires de fin d'études) les difficultés qu'elles rencontrent face aux accouchements non dirigés…

> « Bien que les sages-femmes hospitalières tendent à répondre au mieux, dans la limite du temps qui leur est imparti, aux besoins de la femme, elles restent néanmoins des inconnues pour elle. La mise en place d'un accompagnement personnalisé est dès lors difficilement réalisable, voire impossible. » (Lafont, 2010 : 5).

> « À notre époque, accompagner les parturientes c'est accompagner 78 % de patientes qui bénéficient d'une analgésie péridurale. Or, la minorité de patientes qui n'en bénéficie pas nous a mis en difficultés durant notre formation; nous nous sommes senties désarmées pour leur proposer la

[173] Cf. Compte-rendu de l'audition des sages-femmes du 7 avril 2010, ONDPS (Observatoire national de la démographie des professions de santé), p. 4.

présence la plus adaptée possible, d'autant que cet exercice n'a pas été fréquent puisque la majorité de ces situations correspond à des accouchements rapides. » (Robin, 2011 : 9).

« Dans les différents terrains de stage, [...] J'ai également constaté la difficulté des sages-femmes à répondre aux besoins des femmes, le manque de temps pour s'occuper d'elles et les moyens mis en œuvre pour les aider, quelques fois insuffisants. » (Louis L., 2012 : 8).

... et parfois, leur heureuse découverte d'un accouchement naturel lors d'un stage, plus rarement en structure :

« Un stage avec une sage-femme libérale à Paris m'a permis d'aller à la rencontre de ces femmes et d'être interpellée par l'aisance et la sérénité de ces naissances à la maison. » (Pireyn-Piette, 2005 : 3).

« J'ai donc été une semaine (trop courte) en stage chez une sage-femme libérale pratiquant l'AG et l'AAD. J'y ai découvert une relation particulière entre la sage-femme et les parents, mêlée de confiance, d'écoute, de compréhension, d'échange et de simplicité. J'ai été étonnée par l'investissement des parents dans la grossesse. Tout cela est totalement différent de ce que j'avais rencontré à l'hôpital. » (Morin A., 2008 : 3).

« C'est avec ce stage que j'ai fait de magnifiques rencontres humaines, [...] que j'ai pris conscience de mon aspiration professionnelle. » (Beau S., 2008 : 9).

La question de la formation.

Au cours de cette recherche, la question de la formation des futures sages-femmes à l'accompagnement des naissances physiologiques a donc été posée. Il semblerait qu'une orientation des enseignements vers la maîtrise des techniques de surveillance du travail soit privilégiée au détriment des capacités d'observation et de raisonnement face au comportement de la femme en couche lors d'un accouchement physiologique. Ce qui constitue ici, pour les plus anciennes sages-femmes, une perte de savoir-faire, est dû en partie au fait que ces situations en milieu hospitalier soient aujourd'hui minoritaires, certes parce qu'elles ne correspondent pas aux choix des patientes mais également parce qu'elles ne sont pas toujours souhaitées et donc favorisées par les services.
Les sages-femmes qui au contraire, mettent en application ces connaissance, par l'observation attentive des signes de la parturition, la patience, le respect des positions instinctives de la femme, semblent peu sollicitées pour transmettre ces savoirs.

Lors d'un colloque[174], une sage-femme s'était exprimée à ce sujet en disant, « une sage-femme qui part en retraite, c'est une perte de savoir ». Son propos était similaire à ceux recueillis auprès d'une gynécologue-obstétricienne ayant longtemps travaillé en collaboration avec Françoise, « un savoir-faire va se perdre lorsque les sages-femmes comme Françoise ne pratiqueront plus. » (Cf. carnet de terrain.)

Les doulas.

L'inadéquation entre l'offre de soins accessible et les désirs des femmes, peut les amener à faire appel au service d'une doula. Leurs attentes envers ces accompagnantes à la naissance, sont principalement, l'accès à une information claire et vulgarisée sur le fonctionnement des institutions et protocoles auxquels elles vont être soumises lors de leur accouchement, un contact amical et rassurant, dénué de l'aspect technique et médical du suivi proposé par les professionnels de santé au cours de leur grossesse et la recherche d'une relation « entre femmes » qu'elles ne peuvent ou ne souhaitent pas établir avec leur entourage.

> « Finalement la doula a un peu le rôle qu'avait la femme-qui-aide au côté de la sage-femme. »
> (Entretien avec Josiane, sage-femme cadre à la retraite.)

L'investissement de certaines doulas dans l'organisation de rencontres entre femmes, ici survolé à travers quelques témoignages mériterait d'être approfondi. En effet, on peut remarquer un mouvement de plus en plus présent, notamment sur Internet, de valorisation des compétences féminines. Partout en France et à l'étranger s'organisent des cercles de femmes, des formations destinées aux femmes de tout âge sur les cycles féminins, la connaissance de soi, le « pouvoir féminin » ou « féminin sacré »... Ce phénomène illustre une volonté de valoriser l'expérience féminine (comme à contre-courant des discours féministes qui ont longtemps insistés sur l'égalité homme / femme), mais aussi de redonner une place à part entière à la maternité et à l'expérience de l'accouchement dans la vie des mères et plus amplement dans la pensée féministe.

La demande des femmes auprès des doulas est imprégnée de cette volonté de bénéficier d'une transmission entre femmes, d'une reconnaissance des besoins spécifiques à la grossesse et l'accouchement qui seraient ignorés par la prise en charge hospitalière. De nombreuses sages-

[174] Cf. carnet de terrain, colloque nationale organisé par l'ONSSF, 2013.

femmes s'inscrivent également dans cette volonté de transmettre à leurs patientes les moyens d'acquérir autonomie et confiance en soi, pour l'accouchement mais également au-delà.
La notion d'« empowerment » évoquée en amont, entendue comme la capacité à « prendre le pouvoir sur sa vie[175] » est perçue par certaines sages-femmes et par les femmes qui s'affirment dans le choix d'un accouchement physiologique, comme un processus dont l'accouchement serait une des voies possibles. Cette revendication ne semble pas admise ou comprise par une partie du monde médical. En effet, alors même que les patientes attendent des sages-femmes pratiquant l'accompagnement global le soutien nécessaire au dépassement de la douleur afin de vivre au travers de la naissance une expérience unique, une des crainte exprimée par le Dr. Marty au sujet de la gestion des maisons de naissance, est que les sages-femmes n'encouragent pas leurs patientes à prendre la péridurale.

> « Les patientes suivies en maison de naissance peuvent à tout moment demander une péridurale. Soit. Mais croyez-vous que les sages-femmes, qui auront le sentiment de remporter une victoire avec cette expérimentation pousseront dans ce sens[176] ? »

Il y a bien là un non-sens lorsque l'on sait qu'une partie des futures patientes des maisons de naissance a opté jusqu'à aujourd'hui pour l'accouchement à domicile en partie pour échapper à la tentation ou l'incitation par les professionnels de prendre la péridurale.

[175] Cf. Introduction de la table ronde du Calm par Marianne Niosi, *op.cit*.

[176] Cf. Propos du Dr. Marty, président du SYNGOF, dans le *Quotidien du médecin*, le 24 septembre 2014.

II/ Féminisme et maternité.

Lorsque l'on aborde la question de la naissance en France on ne peut omettre de s'intéresser à l'histoire des courants féministes dans laquelle les conditions de la naissance s'inscrivent. En effet, la favorisation d'une pensée féministe au détriment d'autres, pourrait être à la source de la dévalorisation de l'accouchement naturel au profit de sa prise en charge médicalisée[177].

L'influence des féminismes

Le mouvement féministe, dont la revendication première est l'égalité des sexes, incarné entre autres par les disciples de Simone de Beauvoir, a défini la maternité comme « un obstacle à la vocation humaine de transcendance, comme une aliénation du deuxième sexe à la reproduction biologique de l'espèce » (Kniebiehler, 2010 : 145). Face à lui, un « féminisme de la différence » s'est exprimé, « tantôt sur un mode lyrique exaltant le corps fécond et sa jouissance. Tantôt à travers un discours inspiré de la psychanalyse, grâce à des écrivaines de grande notoriété : Hélène Cixous, Luce Irigaray, Julia Kristeva » (Kniebiehler, 2010 : 221), mais semble avoir eu un moindre impact sur les mouvements féministes en France. Bien que les façons d'aborder la maternité et la paternité se soient modifiées au fil des générations, la grossesse et l'accouchement demeurent des expériences essentiellement féminines, plaçant les femmes, souvent inconsciemment, devant cette nécessité de donner un sens culturellement construit à une expérience profondément biologique.

La contestation de la domination patriarcale par les féministes s'est exprimée par un discours sur la réappropriation par les femmes de la maîtrise de leurs corps, de leur sexualité, de leur fécondité. L'accès à la contraception et à l'avortement notamment ont été le gain de cette lutte. Cependant, l'investissement par les médecins de l'événement de la naissance, par le biais des accouchements pathologiques, s'est rapidement étendu à la physiologie, au détriment des sages-femmes, mais également des femmes qui n'ont pu, ou n'ont su limiter cette nouvelle forme de contrôle sur la procréation et donc sur la féminité.

[177] Cf. Thomas C., « Accoucher naturellement: un choix écolo? », *Émulation* nº 14, Presse universitaire de Louvain, 2015.

Du sens de la douleur.

L'adaptation des femmes au progrès médical a modifié la vision de l'accouchement et l'acceptation de la douleur. L'évolution de la prise en charge permettant de réduire les risques et a fortiori la mortalité infantile et maternelle, est considérée de manière évidemment positive par la majorité des femmes, mais les méthodes visant à réduire voire à faire disparaître la douleur de l'accouchement ne sont pas toujours bien comprises.

Les ouvrages consacrés à la douleur et à l'accouchement[178], nous montrent que les techniques visant à diminuer voire à supprimer la douleur répondent à une demande des femmes de bénéficier des avancées de la médecine dans ce domaine afin d'être « libérées » des souffrances de l'accouchement. Ils soulignent également le fait que, selon les termes de Claude Revault d'Allonnes, « la douleur et plus généralement le comportement de la femme en couches, sont plus l'expression d'une culture que d'un état physiologique. » (Revault d'Allonnes, 1960 : 202). L'évolution des points de vue et des tendances à ce sujet en Occident reflète l'émergence ou plus exactement la redéfinition des mouvements « féministes », s'appuyant paradoxalement sur des réflexions totalement opposées pour argumenter une même demande, celle du respect de la femme. Face à la douleur, ces mouvements s'appuient sur des processus divergents. Le premier place la lutte des femmes dans une revendication à bénéficier des progrès de la science et de la médecine, qui comme l'explique Roselyne Rey dans son ouvrage sur l'histoire de la douleur (Rey, 1993), entretient, notamment dans sa lutte contre la douleur, jugée inadmissible pour la société moderne, l'idée que la médecine est une science aux pouvoirs quasi illimités. Cette approche, tant du point du vue des femmes que des professionnels s'inscrivant dans ce courant, considère la douleur comme un simple signal du corps, inutile au processus de l'accouchement et soumettant la femme aux lois naturelles, archaïques et douloureuses de l'enfantement. Selon ce point de vue, il serait tout à fait machiste et inadmissible d'exclure les femmes des bénéfices de la médecine moderne ayant pour mission de lutter contre toutes les douleurs, confirmant ainsi la pensée du professeur Minkowski (Minkowski ,1987), selon laquelle ce qui est possible est nécessaire et qu'à fortiori si la médecine peut soulager, elle se doit de le faire. Cette tendance à revendiquer la médicalisation comme un droit et une avancée dans la libération des

[178]Cf., *Sociologie de l'accouchement*, de Béatrice Jacques ; *Histoire de la douleur et de l'accouchement*, de Marie-France Morel ; *Le mal joli : accouchement et douleur*, de Claude Revault d' Allonnes ; *Histoire de la douleur*, de Roselyne Rey ; *Accouchement et douleur, une étude sociologique*, de Marilène Vuille…

femmes, s'est accompagnée, dans un jeu d'offres et de demandes, d'une médicalisation progressive jusqu'à la banalisation pratiquée aujourd'hui dans certains établissements, niant totalement la demande des femmes d'être accompagnées de manière non médicalisée.
Le second mouvement, se revendiquant également féministe mais d'une toute autre manière, par une approche plus naturaliste, offre un sens communicatif à la douleur allant jusqu'à considérer déshumanisant de supprimer la douleur et avec elle le sens qu'elle peut porter dans le processus de la naissance.

> « La médecine gère, mesure, traite, « guérit », annihile la douleur haïe, répond si possible à la question du comment, jamais à celle archaïque du pourquoi. L'extrayant de la totalité vécue par l'individu, la médecine procède on ne saurait plus méthodiquement à une anesthésie du sens de la douleur. » (Vuille, 1998 : 39).

Le respect de la femme adviendrait ici, dans cette valorisation de l'accouchement comme épreuve initiatique féminine dans laquelle la douleur marquerait pour la mère ainsi que pour le nouveau-né la séparation entre le corps à corps et le début de la vie ensemble, par une écoute du corps dans l'acceptation voire même la revendication de cette douleur, des ressentis et des expressions corporelles qui lui sont liés, accusant ainsi les pratiques analgésiques de rendre l'expérience de l'accouchement impersonnel et insensible au processus de réalisation de la future mère.

> « Les accoucheurs, chefs-d'œuvre d'efficience masculine, privent la femme de sa participation active à l'accouchement et la privent ainsi, dans un certain sens, du monopole qu'elle avait en ce domaine. » (Vuille, 1998 : 59).

Aujourd'hui encore ce débat n'est pas clos.

Le 21 Mai 2014, le CALM (association pour la maison de naissance des Bluets) organisait, dans le cadre de la SMAR (Semaine mondiale pour l'accouchement respecté), une table ronde sur le thème : « Mon corps m'appartient...et pour accoucher ? Pour un nouveau féminisme de la naissance ». En introduction de cette soirée-débat, Marianne Niosi, journaliste et membre du Calm, rappelait les désaccords qui perdurent au sujet de la définition du féminisme et les jugements dont les militants pour les maisons de naissance peuvent être les cibles.

> « Pour nous au CALM, la rencontre avec "le féminisme français" a été difficile. Nous avons d'abord été visées indirectement par la critique badinterienne qui nous classait, clairement, dans la catégorie des écolos naturalistes sectaires. Puis ce fût plus clair : la gynécologue Odile Buisson nous enfonçait – au nom de la défense des femmes. "Je n'aime pas trop les milieux clos féminins, où il peut y avoir un entrisme écolo ou religieux". Inutile de vous dire qu'il nous a paru très étrange, et particulièrement blessant, d'être critiqués par des femmes au nom des femmes[179]. »

Face aux prises de position publique de la part de personnalités identifiées comme féministes, certaines femmes hésitent à prononcer leur engagement, « je ne suis pas féministe, puisque c'est cela de l'être[180] ». Les démarches en vue d'obtenir des Maisons de naissance en France se heurtent, même au niveau politique, au discours égalitariste. L'association Calm, en demandant l'appui du ministère des Droits des femmes, s'est vu rappeler qu'« il ne faut pas parler de spécificité féminine »... recommandation délicate lorsque l'on souhaite agir sur les conditions de la mise au monde.

Et pourtant c'est bien un homme, gynécologue-obstétricien de surcroît, qui emmène au plus loin cette réflexion profondément féministe en affirmant que les femmes pourraient perdre leurs capacités naturelles à donner la vie si elles persistent à renoncer à vivre cet événement de manière physiologique. « La capacité de l'humain à donner naissance est en péril », écrit Michel Odent dans son dernier livre intitulé : *A-t-on besoin des sages-femmes ?*[181]. Cet ouvrage serait un appel aux sages-femmes à protéger les patientes de l'interventionnisme médical et aux femmes, afin qu'elles aient conscience de l'intérêt de préserver les mécanismes naturels de l'enfantement.

[179] Cf. « Compte-rendu des débats. Table ronde organisée par le Calm le 21 mai 2014. », *op.cit*.
[180] *Ibid*.
[181] Cf. Article de Hania Chakali publié sur le site parents.fr le 26 avril 2015.

III/ Relation à l'Histoire. Histoires de relations…

L'approche historique de la profession de sage-femme permet de comprendre l'évolution de leurs enseignements, de leurs compétences et pratiques, fruits de remises en question par le système de santé et de luttes syndicales, en lien étroit avec leurs relations interprofessionnelles et la modernisation de l'offre de soin périnatale.

La hiérarchisation des rôles.

Cette perspective de recherche a permis d'entrevoir la place prépondérante de la communication dans l'établissement des rôles de chacun auprès des patientes. En effet, la reconnaissance des compétences des uns et des autres, de leur complémentarité ou de leur concurrence, apparaît comme déterminante dans la configuration de l'encadrement de la naissance et de la périnatalité.
Aujourd'hui encore, bien que cette profession soit reconnue en France comme médicale, elle reste marquée par la subordination aux médecins, représentants légaux de l'autorité médicale dans l'inconscient collectif et dans l'organigramme hiérarchique du système de santé, et dont elles dépendent, tant dans le domaine de l'enseignement que par les lois régissant leur cadre de travail (protocoles hospitaliers, cotation des actes par l'influence incontestée sur le fonctionnement de la Sécurité sociale). Les professionnel(le)s qui revendiquent, au nom de leurs compétences, leur autonomie, peuvent être la cible de dures critiques, ainsi que leurs patientes qui font le choix d'un suivi et d'un accouchement hors structure.

Des rapports conflictuels.

Comme a pu le documenter Françoise lors de nos rencontres, chaque mesure gouvernementale concernant les sages-femmes est l'occasion de relancer la controverse sur leurs compétences et la possibilité de considérer un accouchement physiologique a priori. Les divers articles publiés ces dernières années sur le site du *Quotidien du médecin*[182], ainsi que les commentaires des

[182] Cf. Le *Quotidien du médecin*, « Le sénat adopte l'expérimentation des Maisons de naissance », le 13 juin 2013 ; « Maisons de naissance : l'expérimentation divise les professionnels », le 3 décembre 2013 ; « Maisons de naissance, sorties de maternité : nouvelles passe d'armes entre médecins et sages-femmes », le 09 juillet 2014 ; « La HAS publie le cahier des charges des Maisons de naissance », le 24 septembre 2014 ; « Feu vert officiel des Maisons de naissance : les sages-femmes applaudissent, les gynécos doutent », le 30 novembre 2015.

professionnels qui y sont joints, suite à l'annonce de la loi puis des décrets d'application de l'expérimentation des Maisons de naissance n'ont pas faits exception à cette règle.

> « Contrairement au CNGOF, présent dans les groupes de travail et tempéré dans ses propos, le SYNGOF porte un regard très critique de longue date sur cette expérimentation. » (Le *Quotidien du médecin*, le 24 septembre 2014).

Selon le Dr. Jean Marty, président du Syndicat national des gynécologues-obstétriciens de France (Syngof), les Maisons de naissance feraient « l'apologie d'un retour en arrière ». Il ajoute,

> « Derrière ce projet, il y a la tentation de l'autonomisation des sages-femmes, avec le risque d'une déstructuration du dispositif obstétrical. Cela met en cause la sécurité des femmes. » (Le *Quotidien du médecin*, le 03 décembre 2013)

L'autonomie des sages-femmes ne serait donc pas effective puisqu'elle serait une « tentation ». De plus cette autonomie serait synonyme d'insécurité. Ces propos sont largement appuyés par des confrères qui expriment d'une part leur incompréhension face à la mise en place de structures démédicalisées alors même que la sécurité fut l'argument principal pour la fermeture des petites maternités, d'autre part leur inquiétude face à une augmentation potentielle des procédures légales en cas de complications dont la responsabilité, selon eux, incomberaient aux médecins qui prendraient en charge les patientes après leurs transferts. Certains évoqueront « une tentative bobo-écolo-dingo insensée », une « aberration », un « grand danger », d'autres iront jusqu'à dévoiler leur animosité envers cette profession qui « ne sert à rien »[183].

[183] Cf. Commentaires signés de médecins suite aux articles du 03 décembre 2013 et du 24 septembre 2014 sur le site du *Quotidien du médecin*.

IV/ La place de la médicalisation.

« On a dépossédé les femmes de leurs accouchements. »

La pratique moderne de la médecine, longtemps interdite aux femmes, et les progrès scientifiques, synonymes de contrôle et de pouvoir de l'homme sur la nature et le corps, ont modifié le rapport des femmes aux soins et aux savoirs thérapeutiques, la manière d'aborder la naissance, la douleur et a fortiori le vécu de cette expérience qui leur est propre. Face à la complexité du système médical et des protocoles qui l'encadrent, on peut noter une réelle méconnaissance de la part des femmes concernant leurs droits quant aux conditions de leurs accouchements.

> « Trop souvent la voie leur paraît toute tracée. Ils sont prêts à embarquer pour le meilleur des mondes proposé par *Baby-boom* et consort, ce monde merveilleux de la technique où tout est formaté, où tout semble devoir s'enchaîner parfaitement pour garantir la livraison d'un produit certifié conforme et déposé à l'heure dite. Combien de femmes ont conscience qu'elles devraient avoir le choix ? Le choix du praticien suivant leur grossesse, le choix de la maternité, ou de ne pas aller en maternité, le choix de se passer de la péridurale, trop souvent pensée comme incontournable. Combien de femmes ont connaissance des alternatives possibles pour les aider à traverser la douleur ? Combien ont la connaissance de leurs propres ressources ? Et combien savent que ces ressources seront d'autant mieux mobilisées qu'elles se sentiront accompagnées et soutenues par une sage-femme disponible ? [...] Le formatage est tellement réussi que les règles sont intégrées. Comment revendiquer son autonomie quand on n'a même pas conscience d'en être privée[184] ? »

Confrontées au fonctionnement strict des structures hospitalières, nombreuses sont les femmes qui se sentent en position d'infériorité face au milieu médical, détenteur du savoir et garant de leur sécurité en cas de problème, et qui se soumettent, plus ou moins volontairement, aux pratiques médicales standards. Selon Béatrice Jacques, cette soumission est dûe à une évolution lente du suivi de la grossesse, qui est devenu de plus en plus contraignant pour les femmes et a été orienté vers une modification des conceptions de la grossesse d'un état physiologique à « une aventure dangereuse pour la mère et l'enfant ». Dans son article « L'expérience de la maternité sous influence médicale » (Jacques, 2000), elle souligne que les politiques de santé

[184] Laurence Platel, sage-femme libérale, lors de la table ronde organisée par le Calm lors de la SMAR, le 21 Mai 2014.

(avant tout politiques de natalité comme l'a démontré G Delaisi de Parseval, 2001) accentuent le caractère nécessaire, voire obligatoire de l'intervention médicale.

> « En 1933, la Caisse décide pour stimuler chez les futures mères une assiduité aux consultations anténatales de leur octroyer une prime de 10 francs à chaque examen effectué. On assiste donc à une véritable médecine de contrôle social, dont le but est d'éduquer les parturientes, de les rendre dociles et de limiter leur autonomie. » (Jacques, 2000 : 2).

Se réapproprier la naissance.

Préserver le déroulement physiologique de la naissance devient alors un acte politique de contestation de la prise en charge médicale capitaliste, mais également un acte féministe d'opposition à une nouvelle forme de domination masculine.

> « La procréation restera l'arme absolue de la domination masculine tant que les féministes n'auront pas fait l'effort de penser et de reconstruire la maternité comme un élément original, spécifique de la liberté et de l'identité féminine. La liberté de ne pas être mère étant acquise, reste à conquérir la liberté d'être mère, sans se perdre. » (Mathilde Dubesset et Françoise Thébaud, « Entretien avec Yvonne Knibiehler », *CLIO. Histoire, femmes et sociétés)*.

Les choix des femmes concernant le suivi de la grossesse, les conditions d'accouchement ainsi que les modes de maternage varient en fonction de la médiatisation du discours médical, via la presse féminine, la littérature scientifique, les ouvrages et les sites internet destinés aux futures mères. Les femmes, les principales intéressées, ne sont pas à l'origine de ces changements mais participent, en acceptant et en s'adaptant aux innovations scientifiques et techniques, à l'évolution rapide des pratiques médicales. Celles qui au contraire se positionnent à contre-courant se confrontent alors au « pouvoir médical ».

La naissance, du côté de la nature.

Bien qu'une majorité de femmes aujourd'hui accouchent sous contrôle médical (60 % de péridurale en France, 20 à 25 % de césarienne)[185] dans les discours[186], transparaît bien souvent

[185] Site officiel de la périnatalité : www. Périnat-France.org et site de l'association Césarine : www. Césarine.org

une valorisation du déroulement « naturel » de la naissance. Pour certaines, une prise en charge médicalisée représente un gage de sécurité indispensable et n'apparaît pas incompatible avec un déroulement « naturel » de l'événement. Pour d'autres au contraire, la médicalisation contredit l'image qu'elles ont d'un accouchement « normal ». Dans tous les cas, l'expérience de la naissance touche à la sensibilité psychoaffective et à l'intimité corporelle des femmes, ce qui explique certainement l'expression courante de ce désir de préserver un aspect naturel à l'événement, même pour celles qui, paradoxalement, ont vécu un accouchement médicalisé. Le terme « naturel » revient à de nombreuses reprises lors des entretiens avec les mères. Tantôt à propos de la conception, tantôt à propos de l'accouchement, pour définir une naissance par voie basse en opposition à la césarienne ou pour qualifier un accouchement sans péridurale. Les exemples sont nombreux et illustrent la variation des définitions, des frontières posées autour des notions de « naturel » et de « médicalisation » par les femmes, en fonction de leur personnalité, de leur vécu.

Du côté de la culture.

Cette recherche de simplicité se confronte à la multitude des pratiques proposées par l'environnement médical aujourd'hui et il ne semble pas facile pour les femmes de trouver le juste milieu entre leurs désirs et les discours auxquels elles sont confrontées tout au long de leur grossesse. L'adéquation des statuts de femme et de mère, bien qu'elle soit source d'un conflit[187] interne aux yeux de certaines féministes, demeurent pour d'autres la recherche d'un équilibre personnel mis à l'épreuve par la multitude de modèles et de directives proposées par la société. L'oscillation des mères et des futures mères entre la préservation d'une forme de nature féminine incarnée par la mise au monde et l'intégration des évolutions scientifiques et médicales en est un exemple probant.

En outre, la problématique de l'élargissement de l'offre de soins périnatale en France parait être en partie le fruit d'une division hâtive entre modernité et traditionnel, médicalisation et modèle naturaliste[188]. Elle place les parturientes face à une délicate prise de position entre la prise en

[186] Cf. Entretiens réalisés entre 2009 et 2012 dans le cadre du Master 2 de recherche, *La femme et le nouveau-né au sein de la modernisation périnatale* et du projet de thèse de doctorat, *Accompagner la naissance aujourd'hui. Le rôle et les enjeux de la profession de sage-femme face à la médicalisation de la naissance*, sous la direction de Laurence Pourchez, université de la Réunion.

[187] Cf. Badinter E., 2010, *Le conflit, la femme et la mère*, éd. Flammarion.

[188] Cf. Thomas C., 2014, « Accoucher naturellement: un choix écolo? », Émulation nº 14, 2015, Presse universitaire de Louvain.

charge médicalisée en structure d'un côté et le modèle « écologiste », quasi illégal, de l'accouchement à domicile de l'autre. La compréhension des enjeux politiques, féministes et humains d'une uniformisation de l'offre de soins est alors limitée, ainsi que la recherche de solutions alternatives quant aux conditions de la naissance aujourd'hui.

V/ Accoucher en France demain ?

Le rôle des femmes dans l'offre de soins.

Les femmes n'ont ni les armes matérielles, ni institutionnelles pour faire évoluer à elles seules l'offre de soins en périnatalité. Tout d'abord parce que leurs aspirations ne sont pas, dans un pays comme la France, homogènes, d'autre part parce que la conscience d'un libre arbitre à préserver en ce qui concerne la naissance ne les habitent pas toutes avec la même intensité.
Chaque femme envisage la naissance de son enfant à sa façon. Leurs attentes sont conditionnées par leur propre naissance, telle qu'elles l'ont vécue et surtout telle qu'elle leur a été racontée par leurs parents, par l'éducation qu'elles ont reçue, par tout ce qui façonne leur habitus. L'histoire singulière de chacune, leurs peurs, leurs angoisses, largement alimentées par la société dans laquelle nous vivons, leurs rêves aussi, construisent une image de la naissance, propre à chaque femme.
Cependant, un des dénominateurs commun est bien l'offre de soins telle qu'elle est proposée à un moment donné. La standardisation des conditions de la naissance imprègne les témoignages des femmes de l'entourage, les ouvrages « du moment », les médias, qui sont toujours présents dans les prises de décision, en confirmant ou infirmant les inquiétudes et les certitudes profondément ancrées de chaque femme. Cette offre de soins est elle-même le fruit d'une histoire de l'obstétrique, de réflexions politiques, économiques, médicolégales et des prises de positions des professionnels de santé concernés. En effet, se sont eux, plus ou autant que les femmes, qui tiennent les rênes de l'évolution de l'accompagnement dans la naissance.

La place des sages-femmes.

Il semble, au travers des prémices de ce travail de recherche, que la profession de sage-femme notamment, soit une des clés de voûte de l'image de la naissance telle qu'elle est véhiculée dans le secteur professionnel de la périnatalité et parmi les femmes, mères et futures mères. Depuis longtemps, la place de la sage-femme dans la société reflète l'évolution des pratiques de mise au monde. L'importance ou non que l'on attache à cette profession détermine le choix du type de suivi pour le temps de la grossesse et l'événement de la naissance.
Bien que les demandes des femmes puissent conditionner en partie la mise en place des modalités de prise en charge en périnatalité, il semble cependant que l'offre conditionne

fortement la demande. Il y a, par exemple, beaucoup plus de cas de femmes ayant accouché à domicile dans l'entourage des femmes qui elles même font ce choix plutôt que dans l'entourage des femmes optant pour l'accouchement à l'hôpital. De la même façon, lorsqu'une sage-femme libérale commence son activité au domicile de ses patientes, la demande pour ce type d'accouchement est alors très vite croissante. Étant souvent seules sur un département, les sages-femmes concernées se trouvent dans l'obligation de refuser des suivis. Il apparaît en effet très clairement que des réseaux de femmes se constituent dans chaque région où existe cette pratique, autour de la pratique de l'accouchement à domicile. Chaque femme rencontrée dans ce cas connaît en effet elle-même cinq ou six femmes ayant accouché avec la même sage-femme. De façon plus large, le choix d'une maternité, pour celles qui optent pour un accouchement en structure, fonctionne également par réseaux, à voir notamment les nombreux forums présents sur Internet à ce sujet.

Une nécessaire diversification de l'offre de soins.

On peut donc distinguer deux grandes catégories de population, pour qui, les moyens à mettre en place pour optimiser leur sécurité réciproque ne sont pas les mêmes et se doivent d'être pris en compte de façon équitable. Il apparaît donc primordial de préserver une pluralité des modes d'accompagnement.

Sans nécessairement remettre le système de soins établi en question, une simple application des lois déjà existantes, sur le libre choix du praticien, autrement dit sur l'accès à une assurance professionnelle pour les sages-femmes libérales, indispensable à l'application de cette loi, ainsi que sur l'accès aux plateaux techniques des maternités par les sages-femmes libérales, laisserait probablement apparaître au grand jour le nombre croissant de familles désireuses d'un autre type d'accompagnement que l'accouchement médicalisé. Ces familles, faute de mieux, acceptent aujourd'hui l'accouchement en structure. Il apparaît en effet, au travers des enquêtes réalisées sur le sujet, que si les conditions en France, matérielles et morales, favorisaient le développement de l'accompagnement global, un grand nombre de couples ainsi que de professionnelles, n'hésiteraient pas à revoir leur position sur la question. De plus, le consentement du corps médical, semble indispensable à l'application juste et honnête de ces lois et au bon déroulement des choses, ce qui à ce jour est loin d'être le cas. Ce souci de respect et de reconnaissance de la diversité des pratiques professionnelles est d'ailleurs un point majeur de l'évolution, ou en l'occurrence de l'immobilité, des mentalités en France.

En réponse aux demandes de plus en plus fortes de la part « des associations de patientes et de sages-femmes », le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) a récemment pris la décision « de réfléchir [cette année] à la question de la prise en charge de l'accouchement normal », afin que ces situations, qui, est-il nécessaire de le rappeler, sont majoritaires, connaissent une prise en charge mieux « appropriée ». Cette volonté d'ouverture est ponctuée par de nécessaires précautions :

> « [La] seule limite, que nous nous interdirons de franchir, est celle de l'exigence de sécurité pour la patiente et son bébé ainsi que la nécessaire mise à disposition des moyens appropriés pour prendre en charge convenablement la douleur[189]. »

Au-delà des enjeux politiques et économiques, la question sous-jacente de la définition des termes et conceptions concernant la prise en charge obstétricale s'est montrée permanente tout au long de cette recherche doctorale.
L'intention exprimée ici nécessiterait donc un accord préalable entre les parties sur la définition précise de « l'exigence de sécurité » et des « moyens appropriés pour prendre en charge convenablement la douleur ». À ce propos, une des points de vue apportés par les sages-femmes rencontrées est qu'un soulagement immédiat de la douleur (qui n'est pas demandé par toutes les parturientes) sous-entend fréquemment des actes médicaux iatrogènes.

L'expérimentation des Maisons de naissance.

Le fonctionnement des futures Maisons de naissance semble directement lié à cette problématique « d'équilibre entre technique et humanisme, entre sécurité et confort[190] », pour laquelle les sages-femmes ne détiennent pas de véritable pouvoir décisionnel.

Le Décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des Maisons de naissance s'est fait attendre pendant de longues années par les porteurs de projet de Maisons de naissance. Ces structures se distinguent de celles portant le même nom déjà effectives dans d'autres pays. En effet leur particularité est d'être obligatoirement attenante à une structure partenaire. Il est également précisé que « L'activité de la Maison de naissance est comptabilisée avec celle de cette structure. » (Article 1 de la loi n° 2013-1118, du

[189] Cf. Propos de M. Hédon, obstétricien au CHU de Montpellier et président du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), dans un article paru le 08 février 2016 sur Le Figaro.fr
[190] *Ibid*.

6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des Maisons de naissance). L'organisation interne et la gestion financière de la structure est toutefois sous la responsabilité des sages-femmes de la Maison de naissance.

Le suivi proposé par les Maisons de naissance s'apparente au suivi global proposé par les sages-femmes libérales. En effet, le suivi pré, per et post-partum est assuré par la ou les mêmes sages-femmes, de même qu'est garanti l'accompagnement des parturientes au plus proche de la physiologie. Par ailleurs, les interventions médicales demandées ou nécessaires sont prises en charge par l'équipe de la maternité après transfert de la patiente.

Les freins à l'engagement des sages-femmes pour l'accompagnement global, identifiés en amont, seront-ils effacés par la mise en place de cette alternative ?

On peut noter à ce propos que l'article 7 de la loi relative au fonctionnement des Maisons de naissance stipule que,

> « L'effectif de sages-femmes de la Maison de naissance est suffisant pour garantir la qualité et la sécurité de l'accueil et de la prise en charge des femmes enceintes inscrites. Une sage-femme est en mesure de pouvoir intervenir à tout moment, tous les jours de l'année, dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité. Lors des accouchements, l'organisation de la Maison de naissance doit garantir la présence dans les locaux d'une seconde sage-femme. Celle-ci a pour mission d'assister la sage-femme réalisant l'accouchement, notamment lorsqu'une situation d'urgence survient et que le transfert de la parturiente ou de son enfant doit être organisé. »

Autrement dit, la présence de deux sages-femmes, au minimum, est requise et ce 24 h /24. Ce qui engage une disponibilité quasi similaire à la pratique du suivi global en libéral.

Cette expérimentation, ayant pris effet par la loi du 30 juillet 2015, s'étendra sur une période de cinq ans durant laquelle « l'évaluation de l'expérimentation est réalisée par l'Agence régionale de santé compétente après deux années de fonctionnement de chaque Maison de naissance ». Elle s'inscrit dans une dynamique, insufflée par le dernier plan de périnatalité, en vue d'une humanisation de l'offre de soins.

Une évaluation qualitative du fonctionnement de ces structures ne paraît pas être prévue par les textes. Elle permettrait pourtant d'apporter un regard objectif sur les réelles conditions de travail des sages-femmes concernées, leurs relations avec l'ensemble du réseau encadrant les patientes ainsi que sur le vécu des femmes bénéficiant de leurs services.

Au Québec, les revendications concernant une diminution de la médicalisation systématique ont été engagées dès les années 1980 (Saillant, 1985a.), aboutissant à un élargissement de

l'offre de soins par la mise en place de structures indépendantes. Le recul que leur ont offert quelques décennies de pratiques ne peut être qu'une source d'enrichissement pour les projets à venir en France.

L'approche anthropologique de l'expérience permet à ce titre d'observer sous un angle qualitatif les transformations obtenues. France Laurendeau, dans un article intitulé « La médicalisation de l'accouchement » relève la superficialité de certains changements et écrit :

> « Les changements restent cependant superficiels : fondamentalement, les rapports entre les médecins et les femmes ne sont pas modifiés. Les revendications des femmes qui voulaient humaniser l'accouchement vont beaucoup plus loin que les quelques aménagements du contexte hospitalier qu'on leur a proposé : elles veulent décider quelles personnes seront présentes et les assisteront et quels actes seront posés. Tout cela reste encore entre les mains de l'appareil médical, qui a récupéré les revendications des femmes en leur faisant croire que l'humanisation des soins était la réponse à leurs problèmes (De Vries, 1980). La profession médicale n'a pas renoncé à son contrôle sur l'accouchement et les mesures d'humanisation n'ont pas dérangé ses habitudes non plus que la routine hospitalière. » (Laurendeau, 1987 : 174).

Une prudence s'impose donc dans la définition des critères qui définissent « l'humanisation » de la prise en charge. Les critères pris en compte par les structures n'étant pas nécessairement les mêmes que ceux évoqués par les parturientes. Dans le cadre des études faites sur les institutions québécoises, l'auteure note que, « à la lumière de ces résultats, [...] la médicalisation de l'accouchement a continué à s'accentuer en parallèle avec l'introduction des mesures d'humanisation. » (Laurendeau, 1987 : 140).

> « Les modifications apportées n'impliquent pas l'abandon de la technologie obstétricale et, s'il est peut-être plus plaisant d'accoucher dans la pénombre et de donner un bain au bébé, le contrôle sur l'accouchement reste toujours entre les mains du médecin qui ne change rien à la routine obstétricale (épisiotomie, anesthésie locale, soluté intraveineux, etc.). » (*op.cit.* : 174).

En ce qui concerne les Maisons de naissance comme définies par la législation française, les techniques de médicalisation telles que l'accouchement dirigé ou l'analgésie péridurale en seront exclus. Les propos recueillis auprès des sages-femmes pratiquant l'accompagnement global en tant que libérales dénotent malgré tout une certaine méfiance quant à l'autonomie

réelles des sages-femmes qui s'engageront dans cette voie et à la restriction des critères définissant le déroulement eutocique des accouchements autorisés.

> « Rothman (1983), une analyste radicale, qui a qualifié les centres alternatifs de maternité en milieu hospitalier "d'obstétrique de décoration d'intérieur" et "d'approche hôtelière à la Howard Johnson", accepte ce concept de Maison de naissance comme un compromis acceptable à l'accouchement à la maison. Pour cette chercheuse, ce type de milieu informel, dirigé par des femmes, est propice à la renaissance du métier de sage-femme car il permet d'éliminer les coûts pour elles de l'accouchement à la maison et les risques d'appels simultanés et qu'il contribue à leur visibilité et à leur reconnaissance sociale, tout en leur donnant une autonomie professionnelle. » (Piché, 1987 : 370).

Quant aux femmes qui bénéficieront d'un tel suivi, seule l'expérience pourra permettre de recueillir leurs points de vue.

CONCLUSION

Conclusion.

En appuyant mon analyse anthropologique principalement sur la parole des sages-femmes et des femmes à propos de leurs savoirs et de leurs expériences autour de l'accompagnement global et de l'accouchement physiologique, mon intention était, dans cette recherche doctorale, d'engager un dialogue constructif qui puisse intégrer les réflexions autour des possibilités de diversification de l'offre de soins périnatale en France dans les années à venir.

Alors que la phase de rédaction de cette thèse était largement entamée, pointant du doigt entre autres choses, le défaut de diversification de l'offre de soins en France, le 30 juillet 2015 étaient annoncés les décrets d'application de l'expérimentation des Maisons de naissance. Ce rebondissement politique et social tant attendu, sonnait comme une des réponses possibles apportées aux revendications de certains professionnels de santé et en particulier de sages-femmes et à celles d'usagers soucieux de voir évoluer les conditions de la naissance.
Les personnes côtoyées tout au long de ces années de recherches, qu'ils soient parents ou praticiens, ont été nombreuses à évoquer le souhait d'une alternative enfin possible dans l'Hexagone à l'accouchement en structure. Une alternative qui soit légalement et socialement reconnue, soutenue et stable. Une alternative qui reconnaisse la voix des parents et l'autonomie des sages-femmes dans leur pratique.
Les discussions entendues et partagées à ce sujet ont laissé entendre les espoirs mais également les craintes face à une expérimentation, synonyme de mise à l'épreuve, de ce qui représente pour les professionnels engagés dans cette démarche, la juste mise en pratique de leurs compétences professionnelles. Pour d'autres, elle pourrait être avant tout une manière de désengager le dialogue sur l'accouchement à domicile.
Quelle qu'elle soit, cette expérimentation ne semble pas clore le débat sur l'offre de soins concernant la naissance mais ne ferait que le poursuivre.

Les objectifs de cette recherche doctorale, visant à comprendre et à appréhender les enjeux de la profession de sage-femme et la position des femmes face à la naissance médicalisée, ne seront donc pas rendus caducs par les événements. Au contraire, ils l'inscrivent dans une actualité au plus près des attentes des usagers du système de santé périnatal et de l'évolution des conditions de travail des sages-femmes qui les accompagnent.

Tout en adoptant une posture réflexive et interprétative, cette étude s'est appuyée sur un large cadre théorique voué à rendre compte de l'évolution des conditions de la naissance et sur une approche qualitative et émique permettant d'aborder au travers d'entretiens, les conséquences de la médicalisation sur l'accompagnement des accouchements physiologiques.

Dans un premier temps, percevoir la naissance parmi les thèmes fondateurs en anthropologie et s'ouvrir à l'étude des sociétés traditionnelles, a permis de rétablir les conceptions et pratiques modernes entourant la parturition parmi un ensemble de représentations communes aux acteurs de la naissance et à une échelle plus globale.
Les besoins et les aptitudes de la femme en couches sont similaires en tous points du globe. De même les études portant sur la pratique des accoucheuses traditionnelles soulignent la transmission d'un savoir-faire adapté aux situations d'accouchements eutociques et l'attachement des femmes à ces savoirs bien qu'elles soient unanimes à souhaiter bénéficier de la biomédecine en cas de complications.
Le contexte français abordé ici, est certes libéré des enjeux sanitaires et sociaux des pays en voie de développement. La question de l'intégration des matrones n'y figure pas, pas plus que les difficultés d'accès aux soins. Cependant, la dévalorisation de certains savoirs propres à la formation initiale des sages-femmes, les conséquences de la prévalence de la technique dans l'accompagnement de la naissance, la demande d'humanisation des soins au même titre que la sécurité obstétricale, sont autant de points sur lesquels les études des pratiques populaires apportent un éclairage.
Face à l'incompréhension et aux vives critiques envers des mouvements jugés nouveaux ou excessifs, comme la valorisation par certaines femmes de l'accouchement non accompagné[191], l'approche anthropologique des pratiques traditionnelles peut permettre de relativiser certaines considérations hâtives et d'amener à une écoute compréhensive de ces positionnements. Dans le choix « inconscient » des femmes qui optent pour ce type d'accouchement, n'y aurait-il pas

[191] Cf. l'ouvrage de Laura Kaplan Shanley, 2012, *Accoucher par soi-même. Le guide de la naissance non assistée*, Broché-Mama éditions, ainsi que les forums internet consacrés à l'ANA (accouchement non accompagné).

avant tout, un souhait d'autonomie, la recherche et la valorisation d'un savoir empirique et « instinctif », le désir d'éprouver (et de prouver) des capacités propres aux femmes ?

Au-delà du champ anthropologique de la naissance, celui de l'anthropologie de la santé englobe lui aussi la problématique posée. Ainsi, ont été abordés, le rapport que les individus entretiennent avec l'institution médicale, le regard que portent les sages-femmes sur leur formation et sur leurs expériences professionnelles, la façon dont les femmes rencontrées investissent le moment de l'accouchement et l'inscrivent dans leur expérience de la maternité et dans leur histoire familiale.

Les éléments traités s'inscrivent dans la lignée des travaux de Francine Saillant (Saillant, 1999), en ce sens qu'ils rendent compte des transmissions, souvent féminines, parfois intergénérationnelles, des savoirs relatifs aux soins, tant en ce qui concerne la pratique des sages-femmes qui proposent l'accompagnement global, par une forme de marrainage, que les conceptions et usages des femmes.
Ainsi, les points de vue des femmes et des sages-femmes interrogées ont été croisés, tout au long de la retransmission des données de terrain, afin d'en révéler la complémentarité et la cohérence.

L'importance que certaines personnes accordent à leur autonomie et leur indépendance en matière de soins (Vega, 2007), est clairement identifiée en ce qui concerne l'accouchement. De même, l'interprétation par les professionnels de santé, des attitudes ou comportements déviant de ceux « attendus », comme étant systématiquement une volonté « de remettre en cause la légitimité de leurs savoirs et de leurs manières de travailler », (particulièrement, précise Anne Vega, dans des contextes de surcharge de travail) est un phénomène présent dans l'interaction entre praticiens et parturientes.
Le rôle de l'anthropologie dans ce type de contexte est de souligner les manquements de la prise en charge mis en exergue par les patients déviants ou « dérangeants » et « d'inviter les soignants à l'introspection » (*Ibid*. : 42). Le cas, plusieurs fois relevé lors des entretiens, des sages-femmes hospitalières optant pour un accompagnement global lors de leurs propres grossesses tout en adhérant aux pratiques propres à leur institution, pourrait être développé en ce sens.

N'étant pas moi-même sage-femme, une approche réflexive a permis d'évaluer l'impact de ma propre relation à cette profession et d'en extraire une distance critique nécessaire à une analyse objective des données recueillies.
C'est cette démarche anthropologique, à la fois interprétative, émique, réflexive et impliquée qui permet ici d'apporter des éléments de réponses aux questionnements qui ont façonné cette recherche, et ce dans un souci d'alimenter une réflexion anthropologique appliquée à la santé.

Les questions posées au départ de cette recherche étaient les suivantes :
Pourquoi si peu de femmes se dirigent-elles vers un accompagnement global de la grossesse ? Pourquoi un tel attachement en France à la médicalisation ? Quelles peuvent être les conséquences d'une uniformisation de l'offre de soins ? De quel type d'accompagnement bénéficient réellement les femmes pour mettre leurs enfants au monde ? Quelle place ont les sages-femmes dans l'accompagnement ? Quelles répercussions le suivi et l'accompagnement peuvent-ils avoir sur l'accouchement et l'expérience de la maternité ?

Le développement d'un mode unique de prise en charge est souvent présenté comme la conséquence d'une demande des femmes. L'offre de soins répondrait donc à une réelle demande et son uniformité placerait inévitablement les personnes en recherche d'une alternative dans une forme de marginalité. Cette interprétation tend à nier la complexité des facteurs décisionnels impliqués dans le choix des femmes concernant les conditions de leurs accouchements et dans l'offre de soins elle-même.
Ainsi, les facteurs influant sur les prises de décision sont à la fois structurels, car dépendant de l'accès à l'information et de l'offre de soins locale ; individuels, lorsqu'ils concernent l'adhésion ou le rejet au paradigme biomédical et à l'idéologie féministe dominants et enfin interactionnels, tant les modes de communication et de reconnaissance (verbale et effective) apparaissent comme déterminants sur les choix des soignants et sur les choix des femmes.

L'orientation majoritaire vers l'accouchement au sein d'une structure hospitalière, de même que les possibilités de négociation des conditions de cet accouchement, tiendraient davantage à une liberté d'agencéité (De Herdt, Bastianensen, 2009) qu'à un libre choix éclairé. Les témoignages convergent fréquemment vers des notions d'asymétrie dans les relations entre professionnels et parturientes, de difficultés à mettre en doute ou à défier le discours médical en cas de désaccord, d'environnements ou de circonstances impropres à prendre des décisions par et pour soi-même.

Madeleine Akrich précise cette notion lorsqu' elle développe l'exemple du choix de la péridurale :

> « L'organisation des soins obstétricaux introduit une tension dramatique, en exigeant que les choses soient tranchées… On comprend mieux pourquoi, alors que les professionnels expliquent le succès de la péridurale par la demande des femmes, celles-ci paraissent avoir une position beaucoup plus ambiguë, ambivalente. Cette dichotomie est créée par la configuration dans laquelle la femme est prise : pour de multiples raisons, entre autres juridiques, les professionnels ont besoin que la femme exprime clairement ses désirs, et tout est fait pour que l'action puisse lui être attribuée en bout de course. En revanche, si l'on se place du côté des femmes et que l'on regarde attentivement les récits qu'elles font de leur accouchement, on constate que la décision se prend plus qu'elle n'est prise, ou plus précisément, que les récits opèrent une distribution des causes et des effets sur "l'environnement" de la femme qui vide en partie de son contenu l'idée de décision : à la place du sujet autonome, en mesure de faire un choix éclairé, nous nous retrouvons devant un champ de forces, certaines aléatoires, d'autres plus prévisibles, champ que les professionnels cherchent généralement à projeter sur une résultante qui prendrait son origine chez la parturiente. » (Akrich, 1999 : 8).

De plus, les facteurs individuels comme interactionnels peuvent être considérés à travers le prisme d'une épidémiologie des représentations (Sperber, 1996).
Ainsi, l'attachement à la médicalisation particulièrement caractéristique de la prise en charge obstétricale « à la française » semble être alimenté par un discours dominant, accentuant les notions de risques et de sécurité au détriment de celles d'accompagnement global et personnalisé. Ces représentations mentales et publiques (Sperber, 1996) font l'objet de transmissions puis d'appropriations. Ces « contagions » (*ibid.*) s'opèrent au sein des professions médicales, par la formation, les techniques et protocoles et au sein de la population, par la presse, les « mythes », la communication entre pairs.

L'uniformisation qui en résulte, en renforçant le paradigme biomédical, tend à faire disparaître des pratiques et des modes d'accompagnement qui, paradoxalement, répondent par les moyens mis en place et par leurs résultats, aux objectifs annoncés par les institutions de santé publique.
Le suivi gynécologique et l'accompagnement physique et émotionnel de la grossesse donnent lieu à une personnalisation du soin, une bonne connaissance de la patiente par le praticien, la mise en place d'une relation de confiance, autant d'atouts qui lorsque l'accompagnement perdure jusqu'à l'accouchement semblent bénéfiques pour le déroulement de celui-ci.

D'une part, le respect du vécu des patientes, de leurs points de vue, de leur autonomie, faciliterait leur compréhension des gestes de soins, même en cas d'interventions médicales importantes (Penpenic, Savary, 2012). D'autre part, si l'impact de l'état psychologique de la mère suite à l'accouchement, sur sa relation au nouveau-né et ses capacités de maternage est fréquemment étudié (depuis Winnicott, 1969, jusqu'à des études plus récentes : Chabrol and al., 2003 ; Bernard-Bonnin, 2004 ; INPES, 2010), le rôle d'une expérience positive et sereine de l'accouchement, alliée au développement d'un sentiment d'empowerment (Vadeboncoeur, 2010), sur l'état postpartum de la mère reste encore relativement occulté.

Pourtant, dans un récent mouvement de contestations des conditions hospitalières de l'accouchement, de nombreux témoignages, récoltés dans le cadre de réalisations de films ou de recherches (mémoires de fin d'études de sage-femme, enquêtes de satisfaction) attestent des conséquences positives d'un accompagnement global.

Malgré la connaissance de ces résultats, il semblerait que les facteurs favorisant l'optimisation de ce type de suivi soient loin d'être réunis. Tout d'abord, les conditions nécessaires à une bonne prise en charge en cas de transfert ne semblent pas respectées lorsqu'il s'agit de patientes ayant prononcé un projet de naissance à domicile. En effet, de nombreux témoignages vont dans ce sens. Quant à la limitation des situations de transferts par l'accès aux plateaux techniques, particulièrement bénéfique et demandée par les primipares, il est sur notre territoire, quasi inexistant. En ce qui concerne la nécessité d'un consentement éclairé, il faudrait pour cela que les couples puissent bénéficier d'une réelle information sur les conditions de l'accouchement à domicile, ainsi que d'une préparation à la naissance adaptée, peu importe leur département de résidence, ce qui n'est pas non plus le cas. Enfin, les mesures visant à offrir aux sages-femmes libérales qui le souhaitent, de bonnes conditions de travail, comme la possibilité de bénéficier d'une assurance, l'établissement systématique d'un contrat écrit précisant les limites d'exercices posées par les sages-femmes afin de leur éviter les confrontations (certes rares mais existantes), avec des couples prêts à transgresser le contrat moral sur les conditions et limites de la pratique, ainsi que l'accès à une formation continue adaptée à l'accouchement à domicile, comme ce peut être le cas d'en d'autres pays, ne sont pas non plus mises en place.

Toutes ces mesures ne présentent pas de contraintes économiques ou matérielles particulières mais relèvent avant tout d'une volonté politique et morale et de la part des autorités de santé publique.

Enfin, pour répondre à la question de l'accompagnement dont les femmes peuvent bénéficier aujourd'hui et à la place des sages-femmes à leurs côté, la diversification de l'activité des sages-femmes libérales permet d'optimiser leurs compétences dans l'accompagnement pré et postpartum des femmes mais ne répond cependant pas à une demande de globalisation incluant l'accouchement. Quant à l'activité des sages-femmes hospitalières, elle a été majoritairement définie par les personnes interrogées comme morcelée, accaparée par les tâches administratives et en rupture avec la disponibilité que requiert un accouchement physiologique.
Toutefois, les efforts fournis par certaines structures, par l'aménagement de pôles physiologiques, autrement désignés « salles nature », ne sont pas ignorés. Les limites de ces initiatives pourraient être compensées, selon les professionnels interrogés, par une augmentation du personnel disponible et une modulation de l'organisation du temps de travail permettant aux femmes d'être accompagnées par une même personne de façon continue.

Les *Cahiers du nouveau-né*[192] ont fait appel en leur temps à des savoirs interdisciplinaires et complémentaires à propos du bien-être et du développement des tout-petits afin d'interpeller les parents et les professionnels de la périnatalité sur les conditions de la naissance en milieu hospitalier. Pareillement, l'apport de l'anthropologie à l'heure actuelle ne devrait pas être négligé dans la construction des savoirs propres à l'évolution des politiques de santé publique relatives à l'accompagnement de la naissance et à la diversification de l'offre de soins périnatale.

Car la naissance, loin d'être un « petit sujet » (Lallemand, Le Moal, 1981), représente pour l'anthropologie un vaste champs de recherche dont les applications ne peuvent être qu'éminemment humanistes.
Être à l'écoute des femmes qui donnent la vie, à l'écoute de celles qui les accompagnent, a permis de mettre en avant ce qui se trame autour de la naissance, de l'accouchement et qui dépasse les simples aspects techniques et médicaux dans lesquels les politiques de santé tendent à les placer.
En outre, de nombreux thèmes effleurés ici, comme l'émergence des « cercles de femmes », le choix de l'accouchement non assisté ou le questionnement sur l'identité des sages-femmes, représentent des voies de recherche possibles, susceptibles d'enrichir les études sur le féminisme, la santé maternelle ou encore l'anthropologie des professions de santé.

[192] Publiés de 1978 à 1989 aux éditions Stock.

Références bibliographiques

Adell N., (2011), *Anthropologie des savoirs*, Paris, Armand Colin.

Akrich M., et Pasveer B., (1996), *Comment la naissance vient aux femmes*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond.

Akrich M., (1999), « La péridurale, un choix douloureux », in *Les cahiers du Genre*, 1999, p.17-48.
<halshs-00082060>

Albert B., (2008), « Anthropologie appliquée ou « anthropologie impliquée ? », in *Les applications de l'anthropologie*, sous la direction de J.-F. Baré, Paris, Karthala.

ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux), (2008), *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.*

Arborio A-M, (1995), « Quand le "sale boulot" fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », In *Sciences sociales et santé*, volume 13, *Les professions de soins : infirmières et aides-soignantes*, n° 3, 1995, p. 93-126.
http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1995_num_13_3_1338

(1996), « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », in *Genèses*. *La ville : postures, regards, savoirs*, 1996, p. 87-106.
doi : 10.3406/genes.1996.1371 http://www.persee.fr/doc/genes_1155-3219_1996_num_22_1_1371

Atlan H., (2007), *L'utérus artificiel*, Paris, éditions du Seuil.

Auge M., 2000 (1984), « Ordre biologique, ordre social, la maladie comme forme élémentaire de l'événement », in Augé M. et Herzlich C. (dir.), *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des archives contemporaines, p. 35-39.

(1986), *L'anthropologie de la maladie*, in *L'Homme*, 1986, tome 26, n° 97-98, « L'anthropologie : état des lieux », p. 81-90.

Azizoudine Kinney A., (2011) : *Évaluation qualitative de la préparation à la naissance et à la parentalité : le point de vue des patientes. De l'accouchement sans douleurs à la préparation à la naissance et à la parentalité*. Mémoire de fin d'étude, Université Paris-Descartes, école de sage-femme de Beaudelocque.

Babin M. (2005) : *L'accompagnement global et les difficultés rencontrées par les sages-femmes qui le pratiquent*, Mémoire de fin d'étude, école de sage-femme de Caen.

Badinter E., (2010), *Le conflit. La femme et la mère*, Paris, Flammarion.

Balandier G., (1968), « Tradition et continuité », article publié dans les *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 44, janvier-juin 1968, Paris, Presses universitaires de France, p. 1-12.

(1976), « Tradition, conformité, historicité », article publié dans *L'Autre et l'ailleurs. Hommage à Roger Bastide*, pp. 15-38. Textes présentés par Jean Poirier et François Raveau, Berger-Levrault, 1976, 511 p.

(1984), « Le sexuel et le social », article publié dans les *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 76, janvier-juin 1984, Paris, Les Presses universitaires de France, p. 5-19.

Bar I., (2005), *Lettre de sage-femme*, site de l'association nationale des sages-femmes libérales : www. ansfl.org

Baré J-F, (2008), *Les applications de l'anthropologie. Un essai de réflexion collective depuis la France*, Paris, Kathala.

Barraud L., (2013), *Enquête de satisfaction auprès des patientes ayant rédigé un projet de naissance*, mémoire de fin d'études de sage-femme, École de sages-femmes de Clermont-Ferrand, Université d'Auvergne Clermont-I.

Barthe Y., et al., (2013), *Sociologie pragmatique : mode d'emploi*, *Politix* 2013/3 (n° 103), p. 175-204. DOI 10.3917/pox.103.0173

Bartoli L., (2007), *Venir au monde,* Paris, éditions Payot.

Bastide R., (1971)*, Anthropologie appliquée*, Paris, éditions Stock, 1998.

Bauer M., (2009), *Sages-femmes, gynécologie et contraception*, mémoire de fin d'études de sage-femme, École de sages-femmes de Metz, université Henri Poincaré, Nancy-I.

Beau S., (2008), *Regards de sages-femmes sur l'accompagnement global à la naissance*, mémoire de fin d'études, École de sage-femme de Bourg-en-Bresse, faculté de médecine Rockefeller, université Claude Bernard Lyon-I.

Beauvalet-Boutouyrie S., (1995), « Faut-il supprimer les maternités ? », In *L'heureux événement. Une histoire de l'accouchement*, p. 63-73.

(1999), *Naître à l'hôpital au XIX^e^ siècle*, Paris, Belin.

(2010), *La tragédie des maternités hospitalières au XIX^e^ siècle et les projets de réaménagement*, Spirale 2010/2 (n° 54), p. 21-29. DOI 10.3917/spi.054.0021

Becker H. S., (2002), *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, édition La Découverte.

Bellier I., (1997), *Une approche anthropologique de la culture des institutions*, in. Marc Abeles et Henri-Pierre Jeudy, *Anthropologie du politique*, Armand Colin, collection U., p.129-161, 1997, <halshs-00010202>

(2002), « Du lointain au proche : Réflexions sur le passage d'un terrain exotique au terrain des institutions politiques », in Christian Ghasarian. *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive : nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*, Armand Colin, 2002, p.1-15. <halshs-00934519>

Belmont N., (1988), « Introduction », in *L'Homme*, 1988, tome 28, n° 105, *La fabrication mythique des enfants*, p. 5-12.
http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/hom_0439-4216_1988_num_28_105_368930

Benoist J., (1993), *Anthropologie médicale en société créole,* Paris, Les presses universitaires de France.

(1996), « Prendre soins », in sous la direction de Jean Benoist, *Soigner au pluriel : essais sur le pluralisme médical*, Paris, éditions Karthala, 1996, 520 p.

(1996), « Prendre soins », dans *Soigner au pluriel : essais sur le pluralisme médical*. Paris Karthala. Consulté sur le site des classiques des sciences sociales le15 septembre 2011

(1998), « Les médecines douces », in sous la direction de Christian Bromberger, *Passions ordinaires. Du match de football au concours de dictée*, Paris, Éditions Bayard, 1998, 544 p, p. 523-542.

(1998), « La pédiatrie, un cheminement entre biologie et culture », in *Le pédiatre*, vol. XXXIV, n° 169, novembre-décembre 1998, p 12-16.

(1998), *La pédiatrie, un cheminement entre biologie et culture*, article publié dans la revue *Le pédiatre*, vol. XXXIV, n° 169, nov-déc. 1998, p 12-16. Consulté dans « Les classiques des sciences sociales » le15 septembre 2011.

(2002), *Petite bibliothèque d'anthropologie médicale*. *Une anthologie* Tome I, Paris : A.M.A.D.E.S., Diffusion Karthala, 2002, 363 p.

(2002), « La maladie entre nature et mystère », in sous la direction de Raymond Massé et Jean Benoist, *Convocations thérapeutiques du sacré*, Paris, Karthala, 2002, 493 p., p. 477-489.

(2004), « Rencontres de médecines, s'opposer ou s'ajuster ? », article publié dans la revue *L'autre ; Cliniques, cultures et sociétés*, 2004, vol. 5, n° 2, p277-286. Consulté sur le site des classiques des sciences sociales, le 15 septembre 2011.

(2004), « Rencontres de médecines, s'opposer ou s'ajuster », in *L'autre, Cliniques, cultures et sociétés*, 2004, vol. 5, n° 2, p. 277-286.

(2007), « Logique de la stigmatisation, éthique de la déstigmatisation », in *L'information psychiatrique*, vol 83, n° 8, p. 649-654.

(2008), *Petite bibliothèque d'anthropologie médicale*. *Une anthologie Tome II,* Les Classiques des sciences sociales, septembre 2008, 464 p.

Benoist J., et Cathebras P., (1993), *Conceptions et représentation du corps*, Traduction d'un article publié originalement en anglais sous le titre : "The Body : from an Immateriality to another.", article publié dans la revue *Social Sciences and Medicine*, vol. 36, n° 7, 1993, p. 857-865. Consulté sur le site des classiques des sciences sociales le 15 septembre 2011.

Benoist J. et Desclaux, (1996), *Anthropologie et sida : bilan et perspectives*, Paris, Karthala.

Berthiaud E., (2009), *Grossesse désirée, grossesse imposée : le vécu de la grossesse aux XVIII^e^-XIX^e^ siècles en France dans les écrits féminins privés*, Histoire, économie & société 2009/4 (28^e^ année), p. 35-49. DOI 10.3917/hes.094.0035

(2011), *Attendre un enfant : vécu et représentations de la grossesse aux XVIII^e-XIX^e siècle en France*, Thèse de doctorat en histoire, sous la direction de Scarlett Beauvalet-Boutouyrie, Université d'Amiens.

(2013), *Enceinte, une histoire de la grossesse entre art et société*, éditions de la Martinière.

Besnard D., (2011), *Guide de rédaction d'un mémoire en sciences humaines*, CRC Mines Paris Tech.

Bethuys J. et Montazeau O., (2012), *Histoire de la formation des sages-femmes en France*, Université médicale virtuelle francophone.

(2012), *Infection puerpérale*, Université Médiacle Virtuelle Francophone.

Bibeau G., 2010, *Quel humanisme pour notre âge biotechnologique ?*, consulté sur le site de Anthropologie et santé le 26 septembre 2011.

Bonnet D., (2003), *L'éthique médicale universelle engage-t-elle la construction d'un acteur social universel ?* , *Autrepart* 2003/4 (n° 28), p. 5-19. DOI 10.3917/autr.028.0005

(2012), *The absence of Child in ethnology : a non-existent Problem ?,* anthropo Children, 2012, 1.

Bonnet D., Le grand-Sébille C., Morel M.-F., (2002), sous la direction de, *Allaitements en marge*, Paris, L'Harmattan.

Bonnet D., et Pourchez L., (2007), *Du soin au rite dans l'enfance*, édition Eres.

Bourdieu P., (2001), *Science de la science et réflexivité*, Paris, éd. raisons d'agir.

Brabant I., (2001), *Une naissance heureuse.* Les éditions Saint-Martin, Montréal.

Buckley Sarah J., (2002), *Ecstatic birth. The hormonal blueprint of labor*, Mothering n° 111, March-April 2002.

(2005), *The Hidden Risks of Epidurals,* published in Mothering No.133, Nov-Dec 2005. (Version française par Stéphanie Dupras, *Les risques cachés de la péridurale.*)

(2009), *Gentle Birth, Gentle Mothering: A Doctor's Guide to Natural Childbirth and Gentle Early Parenting Choices.* Celestial Arts.

Cadart M-L., (2009), *Le maternage : des savoirs traditionnels aux savoirs professionnels*, *Bulletin Amades* [En ligne] , 53 |2003 , mis en ligne le 10 juillet 2009, Consulté le 30 juin 2011. URL : http://amades.revues.org/index823.html

Cailliez P., (2008), *Psychose du post-partum: les enjeux actuels*, thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, université Paris Val-de-marne, faculté de médecine de Créteil.

CALM, (2014), *Mon corps m'appartient...et pour accoucher ?,* Compte-rendu des débats, table ronde organisée par le CALM-Association pour la maison de naissance des Bluets, le 21 mai 2014, dans le cadre de la SMAR (semaine mondiale pour l'accouchement respecté).

Calvès Anne-E., (2009), « Empowerment : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement », Revue *Tiers Monde* 2009/4 (nº 200), p. 735-749. DOI 10.3917/rtm.200.0735

Canevascini M., Foley R-A., (2009), « L'anthropologie face aux demandes du terrain : deux exemples d'implication dans le milieu médical », in. *Altérités*, vol. 6, nº 2, 2009 :75-92.

Carol A., (2011), *Sage-femme ou gynécologue ? M.-A. Boivin (1773-1841)*, Clio. Histoire, femmes et sociétés [En ligne], 33 | 2011, mis en ligne le 01 mai 2013.

Carrier H., (1888), *Origines de la maternité de Paris. Les maîtresses sages-femmes et l'office des accouchées de l'ancien Hôtel-Dieu (1378-1796)*, Georges Steinheil éditeur.

Carol A., (2011), *Sage-femme ou gynécologue ? M.-A. Boivin (1773-1841)*, Clio. Histoire, femmes et sociétés [En ligne], 33 | 2011, mis en ligne le 01 mai 2013, consulté le 3 janvier 2015. URL : http://clio.revues.org/10097 ; DOI : 10.4000/clio.10097

Carayol M., (2004), « La sage-femme: un acteur incontournable de la périnatalité en France », in : *Santé, Société et Solidarité*, nº 1, *Naître en France et au Québec*, 2004, p. 97-103.
doi : 10.3406/oss.2004.1230 http://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2004_num_3_1_1230

Carricaburu D., (2007), « Savoirs incertains et décisions en médecine », Compte-rendu de journée d'étude (Paris, 16 septembre 2005), *Natures Sciences Sociétés*, 2007/2, Vol. 15, p. 197-198.

(2007), « De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition », Sociologie et sociétés, vol. 39, nº 1, 2007, p. 123-144.
URI: http://id.erudit.org/iderudit/016935ar

Casals C., (2006), *Le carnet de maternité : un outil indispensable pour le suivi des grossesses*, thèse de médecine, université Pierre et Marie Curie, Paris 6.

Cesbron P., (2006), « Quelques propositions d'organisation des soins obstétricaux », In *Spirale* 2006/1(no 37), p. 61-78.DOI 10.3917/spi.037.78

(2008), « Naître à la vie, en douleur », In *Spirale* 2008/1 (n° 45), p. 79-98.
DOI 10.3917/spi.045.0079

Castellotti V., « Réflexivité et pluralité/diversité/hétérogénéité : soi-même comme des autres ? », *Cahiers de sociolinguistique*, 2009/1 (nº 14), p. 129-144.
DOI 10.3917/csl.0901.0129

Chabrol H. *et al.*, (2003), « Prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude contrôlée », *Devenir* 2003/1 (Vol. 15), p. 5-25. DOI 10.3917/dev.031.0005

Charrier P., (2011 a), *Les sages-femmes en France*, rapport de recherche, université de Lyon, centre Max Weber-UMR 5283-CNRS

(2011 b), *Les sages-femmes en France*, rapport de recherche, université de Lyon, centre Max Weber-UMR 5283-CNRS

(2015), « Diversification des lieux de naissance en France : le cas des Maisons de naissance », in *Recherches familiales* 2015/1 (n° 12), p. 71-83. DOI 10.3917/rf.012.0071

Charrier P. et Clavandier G., (2013), *Sociologie de la naissance*, Armand Collin.
(2015), « La naissance en mutation, un enjeu pour la sociologie ? », in *Recherches familiales* 2015/1 (n° 12), p. 165-174. DOI 10.3917/rf.012.0165

Cherubini B., (2001), « Anthropologie et santé dans l'espace urbain », AMADES, CERSOI, ARERP, *Santé, société et cultures à la Réunion. Anthropologie médicale, psychiatrie*. Khartala, p.13 à 28.

Chevalérias M-P., Maître de conférences en Psychologie clinique Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education URP/SCLS – EA 3071, Dir. S. Lesourd, Pr., Strasbourg I ( ), *Le discours organisateur de la périnatalité dans la France d'aujourd'hui.*

Ciane, (2007), *Enjeux de la création de Maisons de Naissance dans le contexte français*, Manifeste du CIANE, publié dans *Spirale*, 41, p. 59-72
(2007), *Modélisation des coûts de fonctionnement d'une Maison de Naissance*.
(2012), *Souhaits des femmes et vécu de l'accouchement*, une étude réalisée à partir de l'enquête Ciane.
(2013), *Assurance responsabilité civile professionnelle pour les sages-femmes pratiquant les accouchements à domicile en activité libérale.*
(2013), *Douleur et accouchement*. Enquête sur les accouchements. Dossier n°5, avril 2013.

Cicourel A-V., (2002), *Le raisonnement médical*, Paris, éditions du Seuil.

Coisnard M., (2011), *Accouchements inopinés hors de la maternité d'origine*, mémoire de fin d'études de sage-femme ; École de sages-femmes de Beaudelocque, Université Paris Descartes.

Collière M-F., (1982), *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, InterEditions.
(1990), « L'apport de l'anthropologie aux soins infirmiers », *Anthropologie et sociétés*, vol.14, p. 115-123. URI: http://id.erudit.org/iderudit/015115ar
(1992), *Savoir s'ouvrir au monde*. *Portrait, Soins*, février 1992, 557 : 35-36
(1996), *Soigner … Le premier art de la vie*, InterEditions, (1ère éd.) Masson, 2001 (2ème éd.).

Collière MF, Diebolt E, (1988), (sous la co-direction de), « Pour une histoire des soins et des professions soignantes », in *Les Cahiers de l'AMIEC*, 1988, 10.

Colmant M. (2010) : *Le travail dirigé par Syntocinon. Évaluation mené à la maternité de Bar-le-Duc.* Mémoire de fin d'étude. Université Henri Poincaré, Nancy I, école de sage-femme Albert Fruhinsholz.

Cournoyer M., (1987), « L'accouchement, d'hier à demain : les femmes cries de la Baie-James », in Saillant F. et O'Neill M., *Accoucher autrement : repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Les éditions Saint -Martin.

Couture A., « Les petites histoires de l'obstétrique », in. *Les malformations congénitales. Diagnostic anténatal et devenir*, Tome 6, Sous la direction de A. Couture, C. Baud, o. Prodhomme, M. Saguintaah, C. Veyrac, Sauramps médical, Montpellier.

Daigle J., Rousseau N., Saillant F., (1993), « Des traces sur la neige…La contribution des infirmières au développement des régions isolées du Québec au XX^{e} siècle », *Recherches féministes*, vol. 6, n° 1, 1993, p. 93-104. URI: http://id.erudit.org/iderudit/057727ar

David S., (2013), *Analgésie péridurale, souhait initial ou non: vécu de l'accouchement chez les primipares*, mémoire de fin d'études de sage-femme, École de sages-femmes de Clermont Ferrand, Université d'Auverge Clermont I.

De Herdt T., Johan Bastiaensen J., (2009), « L'agencéité relationnelle », *Revue Tiers Monde* 2009/2 (n^{o} 198), p. 317-333. DOI 10.3917/rtm.198.0317

De Koninck M. et Saillant F., (1980), « Situation des femmes et stéréotypes chez les soignants : perspectives féministes », article publié dans *Les femmes et la folie*, 5^{e} colloque sur la santé mentale. Montréal : 30-31 mai 1980, p. 74-76. Montréal : Corporation du Centre de santé mentale communautaire de Montréal. Consulté sur le site des Classiques des sciences sociales. Http://www.uqac.ca/Classiques des sciences sociale/

Delaisi de Parseval G., et Lallemand S., (2001), *L'art d'accommoder les bébés*, Paris, Odile Jacob.

Delfosse C., (2011), *Étude de la prise en charge du travail et de l'accouchement des patientes à bas risque à la maternité universitaire de Nancy*, mémoire de fin d'études de sages-femmes, École de sages-femmes Albert Fruhinsholz, Université Henri Poincaré Nancy I.

De Robillard D., (2009), *Réflexivité: sémiotique ou herméneutique, comprendre ou donner signification? Une approche profondément anthropolinguistique?*, *Cahiers de sociolinguistique* 2009/1 (n° 14), p. 153-175. DOI 10.3917/csl.0901.0153

(2009), « Ce que « comprendre » pourrait bien vouloir dire ? », *Langage et société* 2009/4 (n° 130), p. 125-136. DOI 10.3917/ls.130.0125

Desclaux A., et Saradan A., (2008), *Introduction au dossier, L'éthique en anthropologie de la santé : conflits, pratiques, valeurs heuristiques*. ethnographiques.org, [en ligne]. http://www.ethnographiques.org/2008/Desclaux,Sarradon-Eck.html

Deslauriers J-P., (2007), *« Cadre de référence pour l'appropriation du pouvoir d'agir personnel et collectif »*, *Série Pratiques sociales*, n^{o} 15, en collaboration avec le Comité sur l'appropriation du pouvoir d'agir, Centre d'étude et de recherche en intervention sociale (CERIS), Université du Québec en Outaouais.

De Suremain C.-É., (2007), *Au fil de la Faja. Enrouler et dérouler la vie en Bolivie*, in *Du soin au rite dans l'enfance*, sous la direction de Bonnet D. et Pourchez L., éditions érès.

Dohmen B., Gere C., Mispeare C., (2004), *Trois fées pour un plaidoyer*, Paris, Amyris.

Dolto F., Rapoport D., This B., (1981), *Enfants en souffrance*, Stock/L. Pernoud.

Doumont D., Aujoulat I., (2002), *L'empowerment et l'éducation du patient*, Unité RESO, Éducation pour la santé, Faculté de Médecine, Université Catholique de Louvain, dossier technique 00-18.

Dozon J-P., Fassin D., (2001) *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique,* Paris, éditions Balland.

Douguet F., (2014), « Le métier de sage-femme libérale : vers un portrait sociologique de la profession », *Profession sage-femme*, 2014, p. 22-25.

Douguet F., Vilbrod A., (2006), *Le métier d'infirmière libérale,* tomes 1 et 2, document de travail, DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.)

DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), (2012), « La profession de sage-femme : constats démographique et projection d'effectifs », études et résultats n° 791, Mars 2012.

(2008), « Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement », *Études et résultats*, n° 660, septembre 2008.

Dubesset M. et Thébaud F., (2005), « Entretien avec Yvonne Knibiehler », Clio Histoire, femmes et sociétés [En ligne], 2005, mis en ligne le 01 juin 2007, consulté le 01 août 2012. URL : http://clio.revues.org/1707 ; DOI :10.4000/clio.1707

Dufour R., (1987), « Accoucher dans un igloo », in Saillant F. et O'Neill M., *Accoucher autrement : repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Les éditions Saint -Martin

Dugnat M., (2004), *Prévention précoce – Parentalité et périnatalité*, Ramonville Saint-Agne, Eres.

Ehrenreich B. et English D., (2005), *Sorcières, sages-femmes et infirmières*, Les éditions du Remue-ménage.

Erikson P., (2003), « "Comme à toi jadis on l'a fait, fais-le moi à présent...". Cycle de vie et ornementation corporelle chez les Matis (Amazonas, Brésil) », *L'Homme* 2003/3 (n° 167-168), p. 129-152.

Evans-Pritchard E.E., (1950), *Anthropologie sociale*, Paris, Bibliothèque Payot.

Fainzang S., (2000), « La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale », In. *Ethnologies comparées*, Revue électronique semestrielle, no 1, 2000. Université de Montpellier 3, France.

(2010), « Faire du nouveau avec de l'ancien, et un peu plus… Pour penser les nouveaux objets en anthropologie de la santé », *Anthropologie et santé* [En ligne], 1 | 2010, mis en ligne le 02 novembre 2010, consulté le 28 septembre 2011.
URL : http://anthropologiesante.revues.org/123

Faniel A., (2014), *L'expérience de la maternité. L'émergence du Cocon, premier gîte de naissance en Belgique*, Centre d'Expertise et de Ressources pour l'enfance, asbl.

Fassin D., (1994), « L'anthropologie et la santé publique », in *Anthropologie, santé, maladie,* consulté le 24 septembre 2011.

(2000), « Entre politiques du vivant et politiques de la vie : pour une anthropologie de la santé », in *Anthropologie et Sociétés*, vol. 24, n° 1, 2000, p. 95-116.
URI: http://id.erudit.org/iderudit/015638ar

(2001), « La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique », in, *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, sous la direction de Bernard Hours p. 24-40. Paris, éditions Karthala, collection Médecines du monde, 2001, 358 p.

Favret-Saada J., Belmont N., (1972), « Les Signes de la naissance. Étude des représentations symboliques associées aux naissances singulières », in *L'Homme*, 1972, tome 12 n° 4, p. 105-107.
http://www.persee.fr/doc/hom_0439-4216_1972_num_12_4_367306

Fillaut T., Hontebeyrie J., (2013), « Accoucher à domicile : de l'obligation à l'option », *La revue du praticien*, vol 63, novembre 2013.

Foley S., (2009), « Françoise Thébaud, écrire l'histoire des femmes et du genre », *Clio. Histoire, femmes et sociétés* [En ligne], 30 | 2009, mis en ligne le 24 mars 2010.
URL : http://clio.revues.org/9563

Froelich A., (2015), « Le poète et l'anatomiste : l'anthropologue face à l'écriture », in. *La Dobroudja en 5 jours : l'anthropologue débutant face à l'Autre* , volume coordonné par le Prof. Dr. François Rüegg et Raluca Mateoc, Doctorante, Université de Fribourg.

Gabe M., (2012), *Accoucher en France de la libération aux années 1960*, L'Harmattan, coll. « Historiques ».

Geertz C., (1986), *Savoir local, savoir global. Les lieux du savoir*. Paris, PUF.

Gélis J., (1977), « Sages-femmes et accoucheurs : L'obstétrique populaire au XVII^{e} et XVIII^{e} siècles », in *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 32^{e} année, N. 5, 1977. p. 927-957.

(1979) (a), *Accoucheur de campagne sous le roi soleil. Le traité d'accouchement de G. Mauquest de la Motte*, Privat.

(1979) (b), « La pratique obstétricale dans la France moderne : les carnets du chirurgien-accoucheur Pierre Robin (1770-1797) », in *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest.* Tome 86, numéro 2, 1979. La médicalisation en France du XVIIIe au début du XXe siècle. pp. 191-210. doi : 10.3406/abpo.1979.2976

(1989), *La naissance en Europe occidentale: images, rites et médicalisation (XVIe-XIXe siècles)*, Communication présentée à la séance du 25 février 1989 de la Société Française d'Histoire de la Médecine.

(1998), *La sage-femme ou le médecin, une nouvelle conception de la vie*. Paris, Fayard.

(2008), *L'arbre et le fruit*. Paris : Fayard.

(2009), « Louise Bourgeois (1563-1636), une sage-femme entre deux monde »*s*, In Histoire des sciences médicales-Tome XLIII, n°1.

Genin F., (2015), *Observer, être observé et s'observer. Comment l'anthropologue devient-il sujet de son étude*, In. *La Dobroudja en 5 jours : l'anthropologue débutant face à l'Autre*, Volume coordonné par le Prof. Dr. François Rüegg et Raluca Mateoc, Doctorante, Université de Fribourg.

Ghasarian C., (2002), *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive. Nouveau terrains, nouvelles pratiques, nouveau enjeux*. Paris : Armand Colin

(2007), *Entre problématisation et doute réflexif*, *in* Marie-Claude Smouts, *La situation postcoloniale*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Références », 2007 (), p. 379-387.

Gouilhers-Hertig S., (2014), *Vers une culture du risque personnalisée*, Publication de la Sorbonne.

(2009), *Enjeux identitaires pour les sages-femmes autour du suivi de grossesse,* Master en sociologie, Université de Genève.

Gremmo-Feger G., (2003), *Accueil du nouveau-né en salle de naissance*. In. Co-naître., *Allaitement maternel, l'insuffisance du lait est un mythe culturellement construit, Sept.,* Publié dans la revue « spirale », n°27. Paris : Eres. Formation co-naître. P.1

Grosjean M., *Polyphonie et positions de la sage-femme dans la conduite de l'accouchement, in, soins et communications, approche interactionniste des relations de soins,* par Cornier, J., Grosjean, M., Lacoste, M.

Hancart Petites P., (2011), *L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question*, Paris, édition Faustroll.

Harding D., (2004), *La liberté de choix des femmes en matière d'accouchement*. In *Le nouvel art de la sage-femme : science et écoute mises en pratique.* Edition Elsevier Masson.

HAS (Haute Autorité de Santé), (2005), *Préparation à la naissance et à la parentalité*, recommandations professionnelles, Novembre 2005

(2014), *Note de cadrage. Maisons de naissance. Cahier des charges de l'expérimentation.* Mars 2014

(2014), *Cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissances*. Septembre 2014

Herbinet E., sous la direction de, (1978), *Naître et ensuite ?, Les cahiers du nouveau-né*, n°1-2, édictions Stock, Paris.

(2013), *L'aventure des cahiers du nouveau-né*. In « *Accueillir le nouveau-né d'hier à aujourd'hui »*, (pp- 139-151), sous la direction de M-F Morel. Paris, Eres.

Herbinet E., Busnel M-C., (1981), sous la direction de, *L'aube des sens*, *ouvrage collectif sur les perceptions sensorielles foetales et néonatales*, in *Les cahiers du nouveau-né*, n°5.

Héritier F., (2003), *Une anthropologie symbolique du corps*. In *Journal des africanistes*. 2003, tome 73 fascicule 2. pp. 9-26.doi : 10.3406/jafr.2003.1339

Herskovits M.J., (1950), *Les bases de l'anthropologie culturelle*, Paris, François Maspero Editeur.
http://www.uqac.uquebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html

Hontebeyrie J., (2013), « Quelques éléments de connaissance à propos du profil sociodémographique des sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile », *La Revue Sage-femme*, 2013, Volume 12, Issue 6 (décembre), pp.235-286

(2015), « La pratique de l'accouchement à domicile : trajectoires professionnelles et convictions personnelles de sages-femmes », Revue *Sociologie Santé – Santé reproductive* – n°38, octobre 2015.

Hudelson P., (2002), « Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ? », paru dans *Médecine et Hygiène* , n°2407, oct 2002, consulté sur le site de l'université ouverte en santé, Santé conjuguée, oct 2088 n°46, le 28.09.2011

INPES, (2010), *Troubles émotionnels et psychiques en post-partum*. Fiche action 16. INPES. Disponible à partir de l'URL : http://www.inpes.sante.fr/default.asp

Jacques B., (2000), « L'expérience de la maternité sous influence médicale », revue *Face à face, Regards sur la santé*. CNRS Bordeaux II, anthropologie n°2, 2000, p31-39.

(2001), « L'image échographique comme objet de sociologie », in *Peut-on voir la vie ?* Paris : Eres, Mille et un bébés, n°40, p 31-42

(2006), *La transmission intergénérationnelle mise à mal par la médicalisation de l'expérience maternelle,* Colloque périnatalité ; sortie précoce de maternité, quels risques ? Les enjeux de l'accompagnement à domicile, 8 déc. 2006, FNAAFP-CSF

(2007) (a), *Sociologie de l'accouchement*. Paris : PUF.

(2007) (b), *« De la matrone à l'obstétricien, quels partage de rôles pour les professionnels ? », La santé de l'homme* n°391, sept-oct., 20-22.

(2008), *La relation de confiance sage-femme/femme enceinte ou la confiance réciproque*. In Collonge, J., *Intimes naissances, choisir d'accoucher à la maison*. Edition La Plage.

Jaffré Y., (1991), « Anthropologie de la santé et éducation pour la santé », *Les cahiers de la santé*, 1991 ; 1 :406-14

Jaffré Y., Prual A., (1993), « Le corps des sages-femmes », entre identités professionnelle et sociale », In *Sciences sociales et santé*. Volume 11, n°2, 1993. *Aspects des systèmes de santé dans les pays du Sud*. pp. 63-80. doi : 10.3406/sosan.1993.1265
http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1993_num_11_2_1265

Jousse M., (1969), *L'anthropologie du geste,* Paris, édition Resma.

Kaouach S., (2014), *Réalisation d'une analgésie péridurale malgré un souhait contraire: le vécu de dix femmes*, mémoire de fin d'études de sage-femme, Ecole de sages-femmes Baudelocque, Université Paris Descartes.

Kleinman A., (2002), *Santé et stigmate. Note sur le danger, l'expérience morale et les sciences sociales de la santé*, in Actes de la recherche en sciences sociales 2002/3 (no 143), p. 97-99. DOI 10.3917/arss.143.0097

Knibiehler Y., (2007), *Accoucher, femmes, sages-femmes, médecins depuis le milieu du XXème siècle*, Edition ENSP

(2010), *Mémoires d'une féministe iconoclaste,* Paris, Hachette.

Laffont B., (2010), *Accès des sages-femmes libérales aux plateaux-techniques*, mémoire de fin d'études de sage-femme, Hotel Dieu, Université Claude Bernard, Lyon.

Laforce H., (1987), « L'accouchement traditionnel : d'hier à aujourd'hui », in Saillant F. et O'Neill M., *Accoucher autrement : repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Les éditions Saint -Martin.

La Gazette de femmes/sages-femmes, n°62, 4ème trimestre 2009, *Dossier Regards sur le situation: doula et sage-femme.*

Lallemand N., Le Moal G., (1981), *Un petit sujet*. In *Journal des africanistes*, 1981, tome 51, fascicule 1-2. pp. 5-21. doi : 10.3406/jafr.1981.2016
http://www.persee.fr/doc/jafr_0399-0346_1981_num_51_1_2016

Laplantine F., (2001), *L'anthropologie*, Paris, Payot.

Laurendeau F., (1987), « La médicalisation de l'accouchement », in Saillant F. et O'Neill M., *Accoucher autrement : repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Les éditions Saint -Martin.

Laurent S., (1989), *Naître au Moyen Age. De la conception à la naissance : La grossesse et l'accouchement (XIIème-XVème siècle),* Edition Le Léopard d'Or, Paris.

Lavillonnière J., (2010), « Douceurs du naître chez soi », *Spirale* 2010/2 (n° 54), p. 77-86. DOI 10.3917/spi.054.0077

Lavra P., (2011), *Portraits de matrones en Martinique ; et construction sociale et symbolique des pratiques de soins,* in *L'*art *des matrones revisité. Naissances contemporaines en question* ; sous la direction de Hancart Petites P., Paris, édition Faustroll.

Leboyer F., (1974), *Pour une naissance sans violence*, Paris, Le Seuil.

Le Bossé Y., (2003), « De l'habilitation au pouvoir d'agir : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment », *Nouvelles pratiques sociales*, vol.16, n°2, p.30-51

Le Breton D., (2015), *Anthropologie du corps et modernité*, Presses Universitaire de France.

Le Grand-Sébille C., (2001), *Les deuils d'enfants : de la conception à la naissance, les pratiques rituelles, Études sur la mort* 2001/1 (no 119), p. 39-45. DOI 10.3917/eslm.119.0039
, (2009), *La maternité de substitution*, Colloque *La loi bioéthique, de 2004 à demain, quels enjeux éthiques ?,* Sénat 16 mars 2009

Le Grand-Sébille C., Morel M-F, Zonabend F., sous la direction de, (1998), *Le fœtus, le nourrisson et la mort,* L'Harmattan.

Lethu-Abtey C. (2008), *La confiance chez les primipares de la grossesse au post-partum*. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Nantes, faculté de médecine.

Letrillart L., Bourgeois I., Vega A., Cittée J., Lutsman M., (2009), *Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative*. Première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance ». Exercer 2009;87:74-9. Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». Exercer 2009;88:106-12.

Lévi-Strauss C., (1958), *Anthropologie structurale*, Paris, Plon.

Louis L., (2012), *Prise en charge de la phase de latence du travail par les sages-femmes de Lorraine*, mémoire de fin d'études de sages-femmes, école de sages-femmes de Metz, Université Henri Poincaré, Nancy I.

Loux F., (1983), *Traditions et soins d'aujourd'hui*, Paris, Inter-éditions.

Maillet R., (2002), *Dépassement de terme: pour l'expectative armée*, Journées nationales 2002, Société française de médecine périnatale.

Marton Coralie., (2009), *Les sages-femmes libérales et l'accompagnement global…pourquoi pas ?* Mémoire de fin d'études de sage-femme, école de sage-femme de Metz.

Massé R., (1995), *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal, Gaëtan Morin.

(2005), « Les fondements éthiques et anthropologiques d'une participation du public en santé publique », In. *Éthique publique*, vol. 7, no 2, 2005, pp. 107-124. Montréal, Les Éditions Liber.

(2007), « Les sciences humaines et les enjeux contemporains de la santé », in *Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine : formation et collaboration*, en ligne dans Les classiques des sciences sociales. http://classiques.uqac.ca/

(2010), *Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé*, consulté sur le site de Anthropologie et santé le 27.09.2011.

Mat S. et Mougnard F., (2008), *Naitre comme à la maison. Analyse d'une expérience française de maison de naissance,* mémoire de fin d'études de sage-femme, Université catholique de Louvain.

Mauss M., (1924), *Rapports réels et pratiques de la psychologie et de la sociologie*, in *Journal de Psychologie Normale et Pathologique*, 1924.Communication présentée le 10 janvier 1924 à la Société de Psychologie.

(1934), *Les techniques du corps*, Article originalement publié *Journal de Psychologie*, XXXII, ne, 3-4, 15 mars - 15 avril 1936. Communication présentée à la Société de Psychologie le 17 mai 1934.

Memmi D., (2014), *La revanche de la chair. Essai sur les nouveaux supports de l'identité*, Paris, éditions du Seuil.

Minkowski A., (1987), *L'art de naître* ; Paris, Odile Jacob.

Mikelic T., (2007), *Accompagnement des femmes enceintes à bas risques obstétrical en France et au Royaume-Uni*, mémoire de fin d'études de sage-femme, école de sages-femmes, Hôtel Dieu Université Claude Bernard Lyon 1

Morel M-F., (2001), « L'amour maternel, aspects historiques »*, Spirale* 2/2001 (n°18), p29-55. www.cairn.info

(2002), « Histoire de la douleur de l'accouchement », in, *réalités en gynécologie obstétricale*, , n°71.

(2007), *Histoire de la naissance en France*, adsp n°61, déc 2007.

, sous la direction de, (2013), *Accueillir le nouveau-né, d'hier à aujourd'hui*, Toulouse, édition Erès.

(2009), « Natalie sage-Pranchère, mettre au monde, sages-femmes et accoucheurs en Corrèze au XIXème siècle », *Clio. Histoire, femmes et sociétés* [En ligne], 29 | 2009, mis en ligne le 16 juin 2009, consulté le 12 décembre 2014. URL : http://clio.revues.org/9339

Mucchielli A. (2007), « Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives », *Recherches qualitatives* – Hors-Série – numéro 3 Actes du colloque Bilan et prospectives de la recherche qualitative © 2007 Association pour la recherche qualitative ISSN 1715-8702

Muller P., (1965), « La profession de sage-femme. Évolution actuelle et perspectives d'avenir », cours de perfectionnement des sages-femmes de la maternité de Pellegrin, Bordeaux, le 30 septembre, 1er et 2 octobre 1965, édité par Neslé.

Munier M., (2005), *Accompagnement global avec accouchement à domicile en France de 1997 à 2001*, mémoire de fin d'études de sage-femme, UFR de médecine Cochin Port-Royal, Université Paris V.

Naidich M., (2002), « La crise des maternités : Les raisons d'une faillite prévisible », Déc. 2002, Les dossiers de l'obstétrique.

Noël A-L., (2005), *Perception actuelle de la profession de sage-femme par la primigeste*, mémoire de fin d'études de sage-femme, école de sages-femmes de Caen.

Odent M., (1976), *Bien naître*, Editions du Seuil.

(1979), *Genèse de l'homme écologique*, EPI.

(1986), *Histoires de naissances. Les usagers de la maternité de Pithiviers parlent*, Editions Desclée de Brower.

(2001), *L'amour scientifié*, Paris, Jouvence.

(2004), *Le fermier et l'accoucheur*, Paris, Médicis.

Olivier de Sardan JP., (1995), « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie, Les terrains de l'enquête », *Enquête* [En ligne], 1 | 1995, mis en ligne le 10 juillet 2013, consulté le 08 mars 2015.
URL : http://enquete.revues.org/263 ; DOI : 0.4000/enquete.263

, (2003), « L'enquête socio anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à l'usage des étudiants », *Etudes et travaux* n°13, LASDEL.

, (2010), « Anthropologie médicale et socio anthropologie des actions publiques », in *Anthropologie et santé* n°1 [En ligne], 1 | 2010, mis en ligne le 29 octobre 2010. URL : http:// anthropologiesante.revues.org/86

ONDPS (observatoire national de la démographie des professions de santé), (2010), *Compte rendu de l'audition des sages-femmes du 7 Avril 2010.*

Page L-A., (2004), *Le nouvel art de la sage-femme : science et écoute mises en pratique.* Edition. Elsevier Masson.

Painblanc A-S., (2005), *L'accompagnement global de la maternité par la sage-femme libérale,* mémoire de fin d'études, école de sage-femme de Namur.

Penpenic B., Savary R., (2012), *La complexité de l'environnement de la salle de naissance en milieu hospitalier: revue de littérature*, Haute école de santé Vaud, filière sage-femme, Lausanne.

Pineau E., (2008), *L'accouchement sans péridurale: un choix sociologiquement déterminé?,* mémoire de fin d'études de sage-femme, école de sages-femmes de Nantes, Université de Nantes UFR de médecine.

Pioli D., (2006**),** *Le soutien à la parentalité : entre émancipation et contrôle*, *Sociétés et jeunesses en difficulté* [En ligne], n°1 | printemps 2006, mis en ligne le 23 octobre 2006, Consulté le 05 janvier 2012. URL : http://sejed.revues.org/index106.html

Pireyn-Piette C-A., (2005), *Accouchement à domicile : risque ou modèle ?* mémoire de fin d'études de sage-femme, Université Louis Pasteur, école de sage-femme de Strasbourg.

Pires A., (1997), « Echantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique », in sous la direction de Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires [Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives], *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques,* pp. 113-169

Pouchelle M-C., (1998), « "Ici, on ne fait pas de cadeau": partages du temps et don de soi à l'hôpital », in *Ethnologie française*, XXVIII, 1998,4, p. 540-550

(2003), *L'Hôpital corps et âme. Essai d'anthropologie hospitalière*, Paris, éd. Seli Arslan SA.

Pourchez L., (1999), *La femme qui aide et la matrone*, film.

(1997), *Grossesse, naissance et petite enfance à la Réunion, une situation conflictuelle*, Les classiques des sciences sociales.

(2002), *Grossesse, naissance et petite enfance en société créole. Ile de la Réunion*. Edition Karthala. et édition 2010.

(2005), *Un exemple d'approche traditionnelle à la Réunion*, In, de Gasquet, Codaccioni, Rioux-Sitruk, Pourchez et d'Olier, *Bébé est là, vive maman. Les suites de couches,* chapitre 3, pp. 53-69. Paris : Éditions Robert Jau-zé, 2005, 320 pp. Collection Santé.

(2010), « Traditions disciplinaires nationales et réflexivité. Pourquoi l'approche réflexive est-elle si peu valorisée en France ? », sous la direction de Didier de Robillard, In. *Cahiers de sociolinguistique*, no 14, nouvelle série. Numéro intitulé : *Réflexivité, herméneutique. Vers un paradigme de recherche*. Presses universitaires de Renne, 2010, pp. 67-84.

(2011), *Les matrones réunionnaises, éléments du folklore local ou actrices de l'évolution des conduites familiales et biomédicales liées à la grossesse et à la naissance ?* , in *L'art des matrones revisité*, sous la direction de P. Hancart Petites, édition Faustroll.

(2014), *Description du terrain, construction d'un chercheur anthropologue*, In. *Chercheur(e)s et écritures de la recherche,* sous la direction d'Elatiana Razafimandimbimanana et véronique Castellotti, EME editions, collection Proximité-sciences du langage.

Puill C., (2011), *Les sages-femmes face à la médicalisation de la naissance et de leur formation*, mémoire de fin d'études de sage-femme, école de sage-femme de Rouen.

Quéniart A., (1987), « La technologie : une réponse à l'insécurité des femmes ? », in Saillant F. et O'Neill M., *Accoucher autrement : repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Les éditions Saint -Martin.

Querre M. et Mestre C., (2007), *L'anthropologie de l'enfant, une histoire récente. Entretien avec Doris Bonnet et Suzanne Lallemand*, Face à face [En ligne], 10 | 2007, mis en ligne le 01 octobre 2007, consulté le 12 octobre 2015. URL : http://faceaface.revues.org/66

Rapoport D., (1982), (textes rassemblés par), *Corps de mère, corps d'enfant*, Paris, Stock/L. Pernoud, *Les cahiers du nouveau-né* n° 4.

(2010), *La bien-traitance envers l'enfant : des racines et des ailes*, Belin réédition 2010.

(2010), *De la prévention de la maltraitance à la « bien-traitance » envers l'enfant*, *Informations sociales*, 2010/4 n° 160, p. 114-122.

Revault d'Allonnes, C., (1976), *Le mal joli, douleur et accouchement.* UGE.
Une enquête préliminaire sur l'accouchement sans douleur, in, *Actualité de la recherche, revue française de sociologie*, 1960, I, 202-212.

Rey R., (1993), *Histoire de la douleur.* Edition La découverte et Syros.

Ribau C., et al., (2005), *La phénoménologie : une approche scientifique des expériences* vécues , *Recherche en soins infirmiers* 2005/2 (N° 81), p. 21-27. DOI 10.3917/rsi.081.0021

Rollet C., (2006), *Histoire de l'allaitement en France : pratiques et représentations,* consulté sur le site « Co-naître ».

Routhier M-J., (1987), « Que sont devenues les sages-femmes d'antan ? L'accouchement chez les femmes attikamèques de Manouane », in Saillant F. et O'Neill M., *Accoucher autrement : repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Les éditions Saint -Martin.

Sage-Pranchère N., (2007), *Mettre au monde, sages-femmes et accouchées en Corrèze au XIXe siècle*, Tulle, Archives départementales de la Corrèze.

(2009), *Étude comparée de deux projets de cours d'accouchement à la fin du XVIIIe siècle, Histoire, économie & société*, 2009/2 28e année, p. 37-58. DOI : 10.3917/hes.092.0037

(2011), *L'école des sages-femmes. Les enjeux sociaux de la formation obstétricale en France, 1786-1916*, thèse de doctorat, sous la direction d'Olivier Faron, école doctorale II, histoire moderne et contemporaine, université Paris-Sorbonne.

Saillant F., (1985) (a), *Le mouvement pour la santé des femmes*, In. *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*. Sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, Chapitre 37, pp. 743-762. Québec, Les Presses de l'Université du Québec.

(1985) (b), *Prévention: entre traditions et modernité*, In., Culture, institution et savoir. Culture française d'Amérique, sous la direction d'André Turmel, pp. 107-129. Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1997, 230 pp.

(1991), *Les soins en péril: entre la nécessité et l'exclusion*, in *Recherches féministes*, vol. 4, n° 1, 1991, p. 11-29. URI: http://id.erudit.org/iderudit/057627ar

(1999), « Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique », in *Anthropologie et Sociétés*, vol. 23 no 2, 1999, pp. 15-39. Numéro intitulé : Soins, corps, altérité. Québec : Département d'anthropologie de l'Université Laval. Consulté sur le site des Classiques des sciences sociales, http://uqac.ca/Classiques des sciences sociales/

(2000), *Identité, invisibilité sociale, altérité. Expérience et théorie anthropologique au cœur des pratiques soignantes*, in *Anthropologie et Sociétés*, vol. 24, no 1, 2000, pp. 155-171. Québec : département d'anthropologie de l'Université Laval.

(2001), *Transformations des systèmes de santé et responsabilité des femmes,* Un chapitre publié dans l'ouvrage sous la direction de Bernard Hours, *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*. Chapitre 10, pp. 221-247. Paris, Les Éditions Karthala, 2001, 358 pp. Collection : Médecines du monde. Consulté sur le site des Classiques des sciences sociales, http://uqac.ca/Classiques des sciences sociales/

Saillant F., et O'Neill M., sous la direction de, (1987), *Accoucher autrement : repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Les éditions Saint -Martin.

Samuel O., Vilter S., (2007), *La naissance d'un enfant : jalon biographique et perception de l'événement*, *Population* 2007/3 (Vol. 62), p. 587-603. DOI 10.3917/popu.703.0587

Schweyer F.X., (1996), « La profession de sage-femme, autonomie au travail et corporatisme protectionniste. » In: *Sciences sociales et santé*. Volume 14, n°3, 1996. pp. 67-102.

Sicard M., (2009), *L'accompagnement global de la naissance par les sages-femmes libérales*, mémoire de fin d'études de sage-femme, école de sages-femmes René Rouchy, Université d'Angers.

Société d'histoire de la naissance (2005) : *Les sages-femmes d'hier à aujourd'hui. Pour quel avenir ?* Actes du colloque de Nantes 25-26 septembre 2004.

Sperber D., (1996), *La contagion des idées. Théorie naturaliste de la culture*, Paris, éditions Odile Jacob

Stofft H., (1983), *Kergaradec et Antoine Dugès, un duel médical en juillet 1822*, Communication présentée à la séance du 22 octobre 1983 de la Société française d'histoire de la médecine.

This B., (1972), *Naître*, Paris, Aubier-Montaigne.

(1977), *Naître… et sourire*, Paris, Flammarion.

(2011), *L'aube des sens en 2011*, Spirale 2011/1 (n° 57), p. 33-41. DOI 10.3917/spi.057.0033

Thomas C., (2015), « Accoucher naturellement, un choix écolo ? », in *Emulation*, n°14 « Femmes et écologie », Presses universitaire de Louvain.

Thoreau F., Despret V., (2014), « La réflexivité. De la vertu épistémologique aux versions mises en rapports, en passant par les incidents diplomatiques, Revue d'anthropologie des connaissances », 2014/2 (Vol. 8, n° 2), p. 391-424. DOI 10.3917/rac.023.0391

Tillard B., (2003), *Des familles face à la naissance*, Paris l'Harmattan.

(2004), « Le placenta : entre oubli familial et investissement médical », *Face à face* [En ligne], 6 | 2004, mis en ligne le 01 février 2004, consulté le 12 octobre 2015. URL : http://faceaface.revues.org/371

(2007), *Quand la prévention sanitaire s'adresse aux parents et aux futurs parents,* ethnographiques.org, Numéro 14 - octobre 2007 [en ligne]. http://www.ethnographiques.org/2007/Tillard.html

(2008), coordonné par, *Santé, éducation et usages du corps*, in *La revue internationale de l'éducation familiale*, n°24, Paris, L'Harmattan.

Tillard B. et Robin M., (2010), *Enquêtes au domicile des familles : la recherche dans l'espace privé*, Paris, l'Harmattan.

Thébaud F., (1986), *Quand nos grands-mères donnaient la vie. La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*. Lyon, Presse universitaire de Lyon.

(2010), *Du soin et rien d'autre ? Les logiques sociales du grand déménagement*, Spirale 2010/2 (n° 54), p. 31-37. DOI 10.3917/spi.054.0031

Touchard Solène, (2011), *L'accompagnement global à la naissance et l'accès des sages-femmes libérales aux plateaux-techniques : quels bénéfices pour les couples ?*, mémoire de fin d'études de sage-femme, Université d'Angers.

Trélaün M., (2003), « L'accès aux plateaux techniques en question », consulté sur le site de l'ANSFL.

Vega A., (1999), « Un bouillon de culture : contagion et rapports sociaux à l'hôpital », *Ethnologie Française*, 29, 1 : 100-110.

(2000), *Une ethnologue à l'hôpital*. Paris, Éditions des Archives Contemporaines.

(2003), *Étude de la dynamique des savoirs savants et profanes dans les réseaux de soins*. Rapport scientifique postdoctoral. Paris, Fondation Fyssen.

(2007), *Introduction à l'approche anthropologique des soins*, In. *Sociologie et anthropologie : Quels apports pour le médecine générale*, Document de recherche en médecine générale, n°64, novembre 2007, Société Française de Médecine Générale.

(2010), *Les faces cachées des pratiques soignantes*. In Médecine, octobre 2010.

(2012), *Soignants/soignés. Pour une approche anthropologique des soins infirmiers*. Bruxelles, Ed. De Boeck.

Vega A et Soum-Poulayet F, (2010), « Entre rationalité scientifique et croyances individuelles : stratégies d'adaptation des soignants à la maladie grave», *Anthropologie et Sociétés*, vol. 34, n° 3, 2010, p. 229-248. URI: http://id.erudit.org/iderudit/1006211ar

Verdier Y., (1976), *La Femme-qui-aide et la laveuse*. In: *L'Homme*, 1976, tome 16 n°2-3. pp. 103-128. doi : 10.3406/hom.1976.367649 http://www.persee.fr/doc/hom_0439-4216_1976_num_16_2_367649

(1979), *Façon de dire, façon de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière*. Paris, Gallimard.

Vergely P., Condamines A., Fabre C., Joselin-Leray A., Rebeyrolle J, Tanguy L., (2010), *Analyse linguistique des interactions patient-médecin*, Projet interdisciplinaire INTERMEDE d'observation des inégalités sociales dans le domaine de la santé.

Viossat P., Pons J-C., (2001), *Maisons de naissance : revue de littérature*, J Gynecol Obstet Biol Reprod, volume 30, n°7, Paris, Masson.

Viossat P., Dumitru-Daubigny L., Beaudevin C., Pons J-C., (2001), *Pour ou contre les maisons de naissance : enquête auprès des praticiens du département de l'Isère*, J Gynecol Obstet Biol Reprod, volume 30, n°7, Paris, Masson.

Vuille M., (1998), *Accouchement et douleur. Etude sociologique*. Paris : Antipodes.

Wacheux F., Kosremelli Asmar M., *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire.*

Winnicott D.W., (1957), *L'enfant et sa famille – Les premières relations*, Paris, Payot, 1957/1973.

(1969), *La préoccupation maternelle primaire*. In., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot

Witkowski G-J., (1887), *Histoire des accouchements chez tous les peuples*, Paris, G. Steinheil éditeur.

Périnatalité et parentalité, Rapport remis le 25 février 2006, à Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, par Marie-Thérèse HERMANGE, Sénateur de Paris.

Plan « périnatalité » 2005-2007. : *Humanité, proximité, sécurité, qualité.*

Ministère de la santé et des sports, direction générale de la santé (2010) : *Evaluation du plan périnatalité 2005-2007. Rapport final.*

Périnatalité et parentalité. Rapport remis le 25 février 2006, à Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, par Marie-Thérèse HERMANGE, Sénateur de Paris

Code de déontologie des sages-femmes.

Site de l'Ordre des sages-femmes.

Archives :

Revue syndicale *La Sage-femme,* de Janvier 1904 à Décembre 1906.
Revue syndicale *Le puériculteur*, de Janvier 1906 à Décembre 1906.
Revue *La sage-femme et le puériculteur,* de Décembre 1922 à Janvier 1939.
Revue syndicale *La Sage-Femme du Nord*, d'Août 1926 à Décembre 1930.
Revue *La sage-femme rurale*, de Octobre 1931 à Juillet 1932
Revues syndicales *La Sage-Femme de France et des colonies*, de Janvier 1931 à Mai 1933.
Revue *La puériculture*, de Juin 1930 à Décembre 1937.

Archives de l'association Nationale des sages-femmes libérales :

- (1986), *Etre sage-femme libérale. Hier, aujourd'hui, demain*.
- (1987), *Sage-femme libérale et césarienne*, présenté par Mme Françoise Olive, présidente de l'association nationale des Sages-femmes libérales, devant le congrès de laFNASS, Paris, 1987.
- (1991), *La maternité n'a pas de prix, mais elle a un coût*, Enquête réalisée par l'ANSFL, à la demande et avec le soutien de l'OMS, présenté au congrès européen des sages-femmes à Bruxelles, 1991.
- (Avril 1993), *Pour un accompagnement global de la maternité, nous avons choisi d'être sage-femme libérale. Lettre aux adhérentes, Avril 1993.*
- (Décembre 1993), *Pour un accompagnement global de la maternité, nous avons choisi d'être sage-femme libérale. Lettre aux adhérentes, décembre 1993.*
- *Projet d'étude visant à analyser la survenue des urgences en obstétrique.*par L'ANSFL.

- Association Sages-femmes de Monde, (1990), Ouverture des hôpitaux publics aux sages-femmes libérales, Cahiers de recherches n°10B

- Historique de l'association Femmes-sages-femmes (Deux-sèvres, Vendée) et correspondances en vue de l'obtention de l'accès aux plateaux-technique des structures hospitalières. (de Juillet 1987 à Janvier 1993)
- Coupures de presse, 1980-1993, archivées par l'ANSFL.

Annexes.

20.04.2003

Manifeste des sages-femmes

- PARCE QUE le secteur de la périnatalité connaît une crise profonde en France
- PARCE QUE nous ne pouvons plus ignorer la dégradation constante des conditions de la naissance malgré la volonté politique affichée d'y remédier depuis maintenant presque 10 ans,
- PARCE QUE nous refusons la déshumanisation et le stéréotype hyper médicalisé de la naissance auxquels cette politique a mené, en occultant toute valeur sociale, culturelle et affective de l'accueil d'un nouveau-né pendant la grossesse, dans l'acte de mise au monde puis dans la période de découverte mutuelle des parents et de leur enfant,
- PARCE QUE nous pensons que la mise en place de cette relation nécessite une stabilité des interlocuteurs et une confiance réciproque,
- PARCE QUE nous savons que pour l'immense majorité des naissances mieux vaut respecter le processus physiologique, que d'imposer une surmédicalisation abusive, contraignante, coûteuse et parfois directement pathogène,
- PARCE QUE la sécurité et la qualité des naissances ne sauraient se résumer à l'organisation " Rationnelle " des lieux d'accouchements mais résulte d'une gestion en amont du risque,
- PARCE QUE tous les pays européens qui obtiennent de meilleurs résultats ont démontré que la sécurité périnatale repose d'abord sur un partage équilibré entre professionnels du suivi du couple mère enfant, avant, pendant et après l'accouchement,
- PARCE QUE le partage évoqué repose de ce fait, sur le suivi des grossesses et des accouchements qui sont à bas risques par des sages-femmes, professionnelles spécialement formées à cet effet dont c'est la mission, instituée et garantie par l'état

Nous affirmons aujourd'hui réunies dans un large consensus que les choix annoncés par nos gouvernants en matière de politique périnatale sont erronés et aggravent les problèmes au lieu d'y remédier

- les réseaux inter hospitaliers flanchent, le prix des assurances flambe, témoignant ainsi de la crainte croissante d'une judiciarisation des rapports entre femmes et professionnels qui, autant que nos mauvais indicateurs de santé périnatale, signent la faillite des réformes entreprises.
- Les causes de cet échec sont à rechercher notamment dans un ensemble d'interprétations tendancieuses des chiffres épidémiologiques et démographiques qui, en faisant en sorte que causes et effets s'inversent ont rendu impossible l'analyse des véritables causes de ces insuffisances.
- Les décrets de périnatalité sont inappliqués car inapplicables, la pénurie des professionnels de la naissance ayant été organisée pour des objectifs de maîtrise comptable. Cette situation donne prétexte à un recul sur les normes pourtant minimales, édictées en 1998.
- Les dernières mesures d'augmentation tarifaires doivent à cet égard être considérées pour ce

qu'elles sont : une réponse ponctuelle, contingente et inutilement coûteuse à une crise profonde. Elles n'auront en effet aucun impact sur la désaffection croissante des métiers de la naissance, Leur nature ciblée ne faisant par ailleurs qu'aggraver les déséquilibres existant aujourd'hui en ne répondant pas à l'insatisfaction de tous les autres professionnels (Obstétriciens hospitaliers, sages-femmes du secteur public, privé et libéral) sans qui le secteur de la périnatalité ne saurait fonctionner en France.

Si globalement, l'insatisfaction générale des professionnels travaillant en flux tendu dans le secteur hospitalier est riche de crises à venir, les restructurations annoncées renforcent le sentiment d'un déni de l'importance de la naissance pour le devenir d'un enfant, d'une femme, d'un couple et d'une famille.

Paradoxalement, l'hyper médicalisation systématique a en effet réduit l'offre de soins et d'accompagnement au minimum, en faisant disparaître la dimension préventive, éducative et sociale du champ de la naissance (préparations à la naissance inadaptées ou supprimées, consultations expédiées, suivi des suites de couches indigne des besoins pourtant bien connus pour cette période de la vie). C'est oublier que ces familles sont la base de notre société et de notre devenir et que c'est pour elles que les professionnels travaillent et que le système périnatal devrait être organisé.

- La relation mère enfant et l'allaitement maternel sont encore plus délaissés avec les risques de rupture de liens ou de dépression que cet abandon peut induire.
- On constate l'augmentation des inégalités dans l'accès aux soins pour les plus vulnérables, ce qui entraîne une augmentation des grossesses non suivies et l'abandon de la prise en charge des parents les plus en difficulté.
- Les " usagers " en l'occurrence, les femmes et les couples, expriment leurs mécontentements, leurs craintes face à une organisation et à des actes qui les touchent intimement et dont ils ne comprennent pas le sens

Nos penseurs semblent avoir oublié que les familles ont des droits, notamment celui de choisir les conditions de la mise au monde de leurs enfants et que nous avons le devoir de répondre à leurs besoins.

Ces constats sont la conséquence de choix politiques

En France, il a été choisi de considérer le processus de la naissance comme pathologique jusqu'à preuve du contraire prenant à contre-courant la logique développée dans les nombreux pays qui obtiennent de meilleurs résultats épidémiologiques pour un moindre coût (le processus de la naissance étant considéré chez eux comme normal jusqu'à preuve du contraire, au moins 80% des grossesses et des accouchements étant physiologiques)

- C'est cette erreur profonde sur la nature du risque lié à la maternité qui est responsable de cette " exception française " de médicalisation de la grossesse et de l'accouchement à l'origine des principaux travers de notre système périnatal

On a voulu faire croire que l'unique garantie de la sécurité se réduisait à la concentration des moyens dans des structures hospitalières gigantesques alors qu'elle est d'abord dépendante de la conception du suivi de la grossesse et de l'accouchement

- Cette concentration a induit une suppression des offres de soins pourtant essentielles dans la prévention des risques de maltraitance ou de dépression. La dimension humaine sociale et éducative des soins et de l'accompagnement de la naissance a été ainsi sacrifiée. En conséquence, les pathologies induites, l'anxiété et le stress des professionnels et des usagers ont augmenté.

Cette inversion des priorités nuit à toute politique ciblée sur le dépistage et la prévention des risques obstétricaux alors que toutes les enquêtes montrent combien un suivi de mauvaise qualité peut avoir des conséquences néfastes pour la naissance

L'incapacité à organiser un traitement séparé du risque et de la physiologie explique pourquoi les sages-femmes, quel que soit leur mode d'exercice, n'ont jamais disposé en France, d'un levier essentiel, à savoir, l'autonomie indispensable pour exercer, en tant que groupe, leur véritable mission professionnelle : suivre la majorité des grossesses en dépistant celles qui sont à risque et en accompagnement jusqu'au bout, y compris la naissance, celles qui demeurent dans la normalité.

Or, c'est la définition et la reconnaissance de la place des sages-femmes qui partout ailleurs a rendu possible un partenariat efficace avec les autres professionnels de la naissance afin que fonctionne une véritable politique de dépistage et de prévention des risques obstétricaux et psychosociaux. En ne reconnaissant pas clairement les sages-femmes comme une des professions de référence pour la grossesse physiologique, on a laissé se créer volontairement une pénurie qu'aujourd'hui on déplore.

Enfin les décrets qui organisent le transfert ante natal des femmes à risque presque exclusivement vers le secteur public ont eu pour conséquence directe de concentrer l'activité des obstétriciens du secteur privé sur les grossesses physiologiques. Les effets indirects sont d'aggraver la pénurie des obstétriciens dans le champ de l'obstétrique pathologique qui est le leur tout en les laissant moins disponibles pour leurs autres activités spécifiques que sont la recherche, la procréation médicalement assistée, la chirurgie gynécologique.

- La volonté du Ministre de la santé d'accélérer la fermeture des petites et moyennes structures, de favoriser le gigantisme des structures d'accouchement et de renvoyer les femmes dans des " hôtels maternels " de proximité juste après la naissance en ambulance ne pourra qu'aggraver le malaise général du fait d'un manque évident de cohérence : Absence de continuité d'un suivi maternel permettant l'instauration d'une confiance réciproque, absence de complémentarité dans la répartition des tâches et des compétences entre professionnels. absence de vision sur l'importance pour une société de prendre en compte les dimensions sociales, affectives et culturelles de l'être humain dès sa conception

Cette crise n'est pas une fatalité

La périnatalité est un enjeu de société, nous en sommes tous responsables, les femmes, les familles et tous les professionnels de la naissance. Mais pour pouvoir exercer chacun notre mission, nous demandons aux pouvoirs publics de revoir ses choix politiques.

Les états généraux de la naissance en juin prochain ne doivent pas se borner à être un alibi pour valider les décisions déjà annoncées. Ils doivent permettre un réel débat démocratique. Pour ce faire, ils doivent donner la parole de façon équitable aux différents professionnels de la

naissance ainsi qu'aux " usagers "de façon à prendre en compte leur connaissance des réalités du terrain, les besoins de santé publique, les aspirations des parents

Pour rétablir une confiance réciproque entre les différents interlocuteurs, pour que les familles puissent accueillir le plus sereinement possible leur enfant, nous refusons de pousser jusqu'à l'absurde la situation actuelle et proposons à l'inverse de rétablir des véritables partenariats basés sur la reconnaissance des compétences de chacun d'où résultera une distribution logique des tâches entre les différents professionnels

Pour cela nous ferons les propositions suivantes :

- Donner aux sages-femmes une autonomie complète dans leur champ de compétences : le suivi et la gestion de la maternité physiologique.
  Outre sa logique propre, cette proposition a pour avantage de permettre de redéployer les obstétriciens sur leur domaine d'expertise
- De faciliter le règlement de la crise démographique de ces deux professions en rendant plus attractif ces deux métiers
- De permettre aux futures mères de bénéficier de partenaires choisis en fonction d'un suivi spécifique adapté à leurs attentes et besoins médicaux, psychosociaux et éducatifs pendant la période d'enfantement

Les espaces ainsi définis et garantis par l'État rendront possible un partenariat efficace entre les professionnels, à moindre coût pour les finances publiques et surtout pour le plus grand bénéfice des femmes et des enfants à naître

Le 13 avril 2003

Ce texte a été élaboré par les représentantes des différentes organisations professionnelles des sages-femmes à l'initiative de la coordination nationale des sages-femmes qui a assuré l'organisation et la logistique du groupe.

ASSOCIATIONS
Par ordre alphabétique

Association Nationale de Formation Initiale et Continue des Sages-Femmes
Association Nationale des Sages-Femmes Hospitalières des Etablissements Publics et Privés
Association Nationale des Sages-Femmes Libérales
Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales
Coordination Nationale des Sages-Femmes
Fédération Nationale des Associations de Sages-Femmes

SYNDICATS
Par ordre alphabétique

ONSSF
UFMIC-CGT
UNSFF

Avec la collaboration de Madame Françoise Bicheron, sage-femme libérale, de Madame Jacqueline Gironna, sage-femme directrice d'école de sages-femmes, retraitée -, de Madame Cécile Lothon-demerliac sociologue et sage-femme,

Mme Cartiaux : « Je suis prête à donner 10 %, 20 %, 30 %, 40 % et même 50 % de mes honoraires à l'hôpital, mais... »

1982

Mme Cartiaux, sage-femme, est toujours bien décidée à défendre le libre choix pour celles qui le désirent, afin de conserver cette liberté dans le cadre des droits de l'homme et de la femme. **« Je suis prête,** dit-elle, **à donner 10, 20, 30, 40 et même 50 % de mes honoraires à l'hôpital, mais à une condition : je veux être libre de tous mes actes, n'avoir aucune pression contre moi ».** Et d'ajouter : **« Si on ne m'offre pas certains avantages et certaines possibilités, je continuerai d'exercer alors à domicile, à mon cabinet ou dans une clinique privée, à Niort ».**

M. Langevin faisait observer que **« l'hôpital manquait de crédits ».** Il est vrai que le secteur public de la santé n'offre pas toujours les services que la population est en droit d'exiger. La section du Parti socialiste, l'an dernier, précisait que lorsqu'on donnera au service public la possibilité de répondre à tous les besoins (dotation en crédit et en personnel) le secteur privé dans les hôpitaux publics sera supprimé ». Alors ?

De ce débat, on ne retiendra qu'une solution concrète et peut-être possible : mettre sur pied trois équipes de deux sages-femmes afin que les femmes puissent accoucher avec des personnes qui leur sont plus familières. Les femmes qui le désirent pourront être ainsi suivies dans les consultations et dans les séances de préparation par la même sage-femme librement choisie.

Dans l'assistance, les interventions se sont multipliées jusqu'à minuit et demi, réaffirmant avec passion, souvent à partir d'expériences personnelles, la volonté de voir respecter la liberté de choix. Toutefois, une incertitude de poids : les deux gynécologues qui doivent être prochainement consultés – absents ce soir-là – donneront leurs avis et opinions sur le problème. Et eux seuls trancheront.

Ch. L.

NÉCROLOGIE

Ouest-France, Samedi 31/3 dimanche 1er/4/90

Gilberte Cartiaux, sage-femme

Gilberte Carthiaux vient de disparaitre à l'âge de 64 ans. Sage-femme, elle s'était rendue célèbre, voilà une dizaine d'années, au-delà de ses qualités professionnelles unanimement reconnues, par sa « croisade » pour la clinique ouverte à la maternité de l'hôpital de Fontenay. Montant en première ligne, elle avait mobilisé plusieurs dizaines de femmes, beaucoup de jeunes, dans un combat qui se voulait être celui du « libre choix ». Sur notre cliché, Gilberte Cartiaux, à la tête d'une délégation féminine, le 11 janvier 83, sur le parvis de l'hôtel de ville, dialogue avec Claude Barreau, alors président du conseil d'administration de l'hôpital.

Les obsèques de Gilberte Cartiaux ont été célébrées hier vendredi en l'église de Saint-Michel-le-Cloucq.

31 janvier 2010

Le syndrome de Stockholm

Une sage-femme travaillant en clinique privée relatait fièrement avoir été félicitée par le gynécologue pour sa compétence…
… ladite compétence résidant dans le fait d'avoir, à coup d'accélérateur et de frein (lire synto/péri), fait accoucher les trois patientes de la nuit dans la même demi-heure afin que le médecin ne se dérange qu'une seule fois.

Ainsi, certaines sages-femmes, malmenées par la surcharge de travail, les protocoles, le découpage des taches, n'ont d'autres solutions pour le supporter que de renier leurs convictions en adhérant à une organisation des soins plus soucieuse de rentabilité que d'humanité.

Comment sinon résister à cette pression insidieuse qui ne prend en compte que les actes effectués au détriment de toute velléité d'accompagnement, où le médico-légal dicte nos attitudes et uniformise nos prises en charge ?

Au nom de l'efficacité, mes consœurs se retrouvent devant un ordinateur à remplir avec application un dossier pléthorique. En face d'elles trônent les écrans de contrôle des différentes salles de naissance ; d'un coup d'œil, elles peuvent y vérifier que le rythme fœtal est correct, que les contractions sont régulières.

Un rapide passage en salle permet de s'assurer que la femme va bien. Inutile de s'attarder, elle est sous péridurale, coupée de ses sensations. Les différents bip et l'horloge électronique murale décomptent les minutes. Parfois, pour aider la mère à patienter, on lui proposera un peu de lecture, comme chez le coiffeur, le temps que la couleur prenne.

La sage-femme est avenante, elle répond avec gentillesse aux questions des parents, mais ils en posent peu. Depuis le début de la grossesse, on instille dans leurs esprits la certitude de leur incompétence, en opposition au savoir et à la toute puissance médicale. Ils s'en remettent à la médecine avec une docilité quasi craintive.

Notre métier perd son sens. La sage-femme n'est plus que l'ouvrière qualifiée de la chaine de montage /démoulage des nouveau-nés. Pour améliorer le rendement de l'usine, optimiser le travail, les déclenchements sont légions. Il est si facile lors de la dernière consultation de s'engouffrer dans le *«j'en ai marre !»* immanquablement prononcé en réponse au rituel *«comment allez-vous ?»*. Pourquoi ne pas abréger un peu cette fin de grossesse ? Provoquer la naissance permettra d'organiser au mieux le planning du conjoint, la garde des ainés… et la gestion des salles d'accouchement.

L'ouvrière qualifiée enchaine ; bonjour - installer la femme - vérifier le dossier - poser le monitoring – brancher le brassard à tension - perfuser - appeler l'anesthésiste - le "servir" pour la pose de la péridurale - confier la pompe à la mère afin qu'elle gère le dosage de l'analgésie - pousser le synto - surveiller le rythme cardiaque fœtal - rompre la poche des eaux - vérifier l'avancée de la dilatation - pousser encore le synto si ce n'est pas le cas - constater la dilatation complète - laisser descendre plus ou moins le bébé en fonction de la disponibilité du médecin - installer la mère en position gynécologique - braquer le scialytique sur son sexe.
Préparer le matériel, compresses et ciseaux à épisio à portée de main - faire pousser –*«inspirez, bloquez poussez, tirez sur les barres ! Monsieur, soutenez sa tête !»* - appeler l'obstétricien qui

arrivera pour cueillir l'enfant sur le périnée maternel - entendre *«merci docteur»* alors qu'il n'est passé que cinq minutes …
Ne pas oublier de tenir le dossier - préciser la dilatation - l'engagement - la position - la couleur du liquide - le rythme des contractions - le débit du syntocinon…
Tendre les ciseaux *«voulez-vous couper le cordon Monsieur ?»* - vérifier que le cordon a bien deux artères et une veine - attendre la délivrance - vérifier le placenta - pousser un peu le synto pour qu'elle ne saigne pas.
Rouler tous les champs en papiers dans la cuvette sous le lit et repartir terminer le dossier. N'oublier aucun item, finir de tracer les courbes du partogramme, ajouter l'examen du nouveau né, l'Apgar, le poids et le périmètre crânien…

Féliciter la mère - s'attendrir une seconde sur l'enfant - débrancher la perfusion, retirer le cathéter.
Faire une toilette rapide et aider la mère à enfiler un slip sur de larges couches. La faire se glisser sur un brancard roulé à coté de la table d'accouchement, indiquer la chambre où elle doit être recouchée, dire au revoir en la félicitant encore une fois, poser le dossier au pied du lit, sourire au *«merci pour tout»* qu'elle prononce enfin.

Répéter cela en passant d'une salle à l'autre, d'une femme à l'autre. Juste le temps de rentrer-sourire - toucher vaginal – un coup d'œil sur le monitoring, un autre sur la perfusion, un dernier sur le pousse seringue - sortir et rentrer dans la salle suivante - retourner en salle de garde pour consigner tout cela sur informatique en essayant de ne pas confondre les dilatations, les heures et les poids de naissance.

Les sages-femmes sont en souffrance. Certaines se rebellent et tentent de faire bouger les choses de l'intérieur, bel effort trop souvent couronné d'insuccès devant le poids mêlé de la hiérarchie, de l'économie et du médico-légal.

D'autres fuient vers une activité libérale souhaitant retrouver leur libre arbitre et l'humanité qui est cœur de notre métier.

D'autres enfin restent, parce qu'elles n'ont pas d'alternative, pas l'envie, ou que la sécurité du salariat leur importe. Quelques soient leurs raisons, elles souffrent.

Et n'ont d'autre choix que d'adhérer à ce qui nous révolte pour ne pas y laisser leur peau.

Posté par 10lunes à 17:51 -