



UNIL | Université de Lausanne

Unicentre

CH-1015 Lausanne

<http://serval.unil.ch>

---

Year : 2016

CONSTRUIRE DES SAVOIRS ISSUS DE L'EXPERIENCE À L'ÈRE  
DE L'EVIDENCE-BASED MEDICINE : UNE ENQUÊTE  
ANTHROPOLOGIQUE AUPRÈS DE SAGES-FEMMES  
INDEPENDANTES EN SUISSE ROMANDE

Perrenoud Patricia

Perrenoud Patricia, 2016, CONSTRUIRE DES SAVOIRS ISSUS DE L'EXPERIENCE À L'ÈRE  
DE L'EVIDENCE-BASED MEDICINE : UNE ENQUÊTE ANTHROPOLOGIQUE AUPRÈS DE  
SAGES-FEMMES INDEPENDANTES EN SUISSE ROMANDE

Originally published at : Thesis, University of Lausanne

Posted at the University of Lausanne Open Archive <http://serval.unil.ch>  
Document URN : urn:nbn:ch:serval-BIB\_A8B46DD353162

**Droits d'auteur**

L'Université de Lausanne attire expressément l'attention des utilisateurs sur le fait que tous les documents publiés dans l'Archive SERVAL sont protégés par le droit d'auteur, conformément à la loi fédérale sur le droit d'auteur et les droits voisins (LDA). A ce titre, il est indispensable d'obtenir le consentement préalable de l'auteur et/ou de l'éditeur avant toute utilisation d'une oeuvre ou d'une partie d'une oeuvre ne relevant pas d'une utilisation à des fins personnelles au sens de la LDA (art. 19, al. 1 lettre a). A défaut, tout contrevenant s'expose aux sanctions prévues par cette loi. Nous déclinons toute responsabilité en la matière.

**Copyright**

The University of Lausanne expressly draws the attention of users to the fact that all documents published in the SERVAL Archive are protected by copyright in accordance with federal law on copyright and similar rights (LDA). Accordingly it is indispensable to obtain prior consent from the author and/or publisher before any use of a work or part of a work for purposes other than personal use within the meaning of LDA (art. 19, para. 1 letter a). Failure to do so will expose offenders to the sanctions laid down by this law. We accept no liability in this respect.



UNIL | Université de Lausanne

Faculté des sciences  
sociales et politiques

FACULTE DES SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES

INSTITUT DES SCIENCES SOCIALES

CONSTRUIRE DES SAVOIRS ISSUS DE L'EXPERIENCE  
À L'ÈRE DE L'EVIDENCE-BASED MEDICINE :  
UNE ENQUÊTE ANTHROPOLOGIQUE AUPRÈS DE SAGES-FEMMES INDEPENDANTES  
EN SUISSE ROMANDE

THESE DE DOCTORAT

présentée à la Faculté des Sciences Sociales et Politiques de l'Université de Lausanne  
pour l'obtention du grade de Docteur ès Sciences Sociales

par

Patricia Perrenoud

Directeur de thèse :

Professeur Ilario Rossi

Jury de thèse

Professeure Danièle Carricaburu

Professeure Claudine Burton-Jeangros

Professeure Irène Maffi

Lausanne 2016



UNIL | Université de Lausanne

Faculté des sciences  
sociales et politiques

### IMPRIMATUR

Le Conseil de la Faculté des sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne, sur proposition d'un jury formé des professeurs

- Ilario ROSSI, directeur de thèse, Professeur à l'Université de Lausanne
- Irene MAFFI, Professeure à l'Université de Lausanne
- Claudine BURTON-JEANGROS, Professeure à l'Université de Genève
- Danièle CARRICABURU, Professeure à l'Université de Rouen

autorise, sans se prononcer sur les opinions de la candidate, l'impression de la thèse de Madame Patricia PERRENOUD, intitulée :

**« Construire des savoirs issus de l'expérience à l'ère de l'Evidence-Based Medicine : une enquête anthropologique auprès de sages-femmes indépendantes »**

Lausanne, le 3 mai 2016



**Le Doyen de la Faculté**

Professeur  
Jean-Philippe Leresche

## Résumé

Partant d'une préoccupation, qui concerne les influences de l'Evidence-Based Medicine (EBM) sur l'évolution de l'accompagnement de la naissance, cette thèse interroge tout d'abord plusieurs enjeux sous-tendant le développement de ce mouvement social à travers une revue de littérature et plusieurs analyses documentaires. L'EBM, conçue pour réguler des problèmes récurrents en médecine, dont font partie la disparité des pratiques et les inégalités d'accès à des soins adaptés, fait néanmoins l'objet de critiques en sciences sociales. Ce modèle qui valorise les méthodes de recherche quantitatives, dont l'Essai Contrôlé Randomisé, déconsidère les savoirs construits par les professionnel-le-s de la santé au cours de leur activité. Le cœur de la thèse consiste par conséquent à se pencher sur ces savoirs déconsidérés et à interroger ce que leur mise à l'écart implique pour l'accompagnement de la naissance. A partir d'une enquête de terrain, conduite auprès d'une communauté de pratique de sages-femmes indépendantes et, qui comporte une triangulation de méthodes, dont en particulier des observations de consultations postnatales à domicile, les processus et les contenus participant à la construction de savoirs sont identifiés. Le regard porté, inspiré d'une anthropologie des habiletés, intéressée par les détails et les circonstances de l'activité, fait ressortir une grande diversité des sources -communautaires, contextuelles, socioculturelles et personnelles- participant à l'interprétation que les praticiennes portent sur l'expérience de la naissance. Les sages-femmes partagent une praxis et un ethos communautaires caractérisés par la temporalité centrée sur les besoins et la tonalité affective de leur accompagnement. La situation écologique de leur activité, exercée au domicile des familles, dévoile en particulier comment la naissance s'inscrit dans la vie et ses contraintes et est parfois entachée d'une souffrance sociale et de ses expressions multiples. Pour répondre aux détresses conséquentes, les praticiennes, prises dans les aléas de fonctionnement du réseau interprofessionnel, en partie impuissantes, sortent de l'obstétrique ordinaire et réinventent leur rôle au quotidien, tout en questionnant ses nouvelles limites. Au final, la mise en miroir des savoirs issus de l'EBM et de l'expérience, détaille la dimension non standardisable de l'accompagnement, intervenant notamment dans les situations de souffrance sociale, et qui consiste en une forme de lutte impensée contre les inégalités d'accès aux prestations du système socio-sanitaire.

## Abstract

From a concern about the implications of Evidence-Based Medicine (EBM) on the evolution of care around birth, this thesis firstly questions what is at stake along the development of this social movement, using a literature review and a content analysis of EBM productions. EBM has been developed to address recurrent issues met by medicine, among which a disparity of practices and an inequality of access to adequate care, but has nevertheless been the target of critics from the social sciences. This model of knowledge-making favors quantitative methods in research, in particular the Randomized Controlled Trial and, consequently, tends to dismiss knowledge made by health professionals through their practice. The core of the thesis hence consists of an exploration of these discredited expressions of knowledge-making and also questions the implication of their dismissal for the care of women and families around birth. The ensuing fieldwork enquires about processes and elements of content which participate to the knowledge-making of community midwives, in particular during postnatal home visits. The interpretation, inspired by anthropologists dedicated to the study of skills and human knowledge-making, stresses the importance of details and circumstances framing practice, thus highlighting a great diversity of sources and processes used for the understanding of birth and care by midwives. These practitioners share a common praxis and ethos built through legitimate participation in their association and, expressed through a temporality driven by families' needs and through the expression of different signs of affection towards families. The ecological setting of their activity, performed at the home of families, shows how the experience of birth is entangled with larger circumstances of life itself and is sometimes rooted in social suffering. To respond to the subsequent distress of women and families, midwives deal with the sometimes whimsical functioning of the interprofessional network, experiment some powerlessness and thus recreate their practice while questioning the new boundaries of their role. Finally, the confrontation of two forms of knowledge-making, through the model of EBM on one hand and situated practice on the other hand, highlights the dimension of midwives' care which cannot be standardized. These contingent responses to social suffering, made of loneliness, poverty, or violence, form an implicit struggle against the unequal access to services provided by the social and health system.

## Remerciements

Aux parents qui ont accepté de m'accueillir au cours de consultations, le plus souvent chez eux, dans ce moment intime et intense de la naissance. Je suis profondément reconnaissante de la confiance que vous m'avez accordée et je reste touchée par vos partages sincères et votre gentillesse.

A l'association l'Arcade sages-femmes, aux sages-femmes indépendantes, à Annelise & Fred, pour leur incroyable générosité. D'abord pour votre réponse si rapide, généreuse et, tellement atypique des bureaucraties contemporaines. Ensuite, pour votre ouverture au regard extérieur, votre confiance et, votre engagement très concret à mes côtés. Enfin, pour m'avoir fait redécouvrir ma profession, sous un jour dynamique, inventif, et militant. Sans vous, cette réflexion n'eut pas existé.

A Ilario Rossi, mon directeur de thèse, pour sa patience d'ange. Me donner des commentaires, comme tu l'as fait, au fur et à mesure, en augmentant de manière sensible et adaptée les exigences, a été essentiel pour mon cheminement. Je me suis sentie encouragée à progresser, à lever les obstacles petit à petit, en renforçant mes capacités à écrire avec le temps. Cette approche subtile permet à des aspirants au doctorat, ayant des trajectoires et des niveaux de départ variés, de poursuivre leur aventure.

A Claudine Burton-Jeangros et Irène Maffi, membres de mon jury de thèse et co-éditrices de l'ouvrage « Accompagner la naissance : terrains socio-anthropologiques en Suisse romande » pour vos relectures et vos conseils particulièrement sensibles et détaillés. J'ai beaucoup progressé grâce à vous.

A Danièle Carricaburu aussi, pour avoir accepté d'être dans mon jury et pour un regard nuancé, sobre, et constructif. Grâce à votre regard, j'ai pu mieux recadrer la présentation de ma réflexion.

A Raphaël Hammer pour ses séances de « coaching » en écriture, j'en avais bien besoin !

A Trevor Marchand, Tim Ingold, Greg Downey, Erin O'Connor, Mareile Flitsch, Heinz Käufeler et Daniel Lende pour m'avoir fait découvrir une anthropologie des *skills*, qui interroge la construction des habiletés et des savoirs issus de l'expérience.

A mes chères amies et relectrices Laurence Peer, Solène Gouilhers, Stéphanie Pfister et à tous mes autres amie-s qui m'ont beaucoup soutenu, dans les hauts, mais aussi les bas du long processus de thèse. Merci Annie, Arielle, Fabienne, Philippe, Marilène, Fanny, Christine, Ivana, Elisabeth.

Aux doctorant-e-s et doctoré-e-s en sciences sociales rencontrés durant cette longue quête. Pour les échanges, les remises en questions, les rires. Merci Anne, Andrea, Caroline, Clotilde, Edmée, Evie, François, Jeremy, Jérôme, Josianne, Julie Pe. & Pl., Lara, Line, Marie-Jeanne, Marco, Michaël C. & B., Michaela, Jérôme, Oumar, Rosy, Salikou, Stefan, Yannis, Yawa, Zinaida.

A mes collègues de Suisse et d'ailleurs, pour leur patience, leur soutien et les joies partagées étape par étape. A Maria-Pia Politis pour ses innombrables ressources généreusement partagées.

Aux étudiantes sages-femmes aussi, pour la plupart diplômées aujourd'hui, pour votre intérêt, vos remises en question et vos engagements. Merci aussi pour plusieurs amitiés nées de cette rencontre.

Enfin, **merci** à François Zutter mon compagnon, pour l'inégale répartition des tâches ménagères (bis repetita) défiant les logiques genrées des sociétés actuelles et pour son soutien. A Raoul et Louise, mes chers enfants, devenus adolescents voire pratiquement adultes pendant cette aventure, à qui je dois autant des excuses que des remerciements, la thèse ayant pris passablement de place dans la vie familiale.

## Liste des abréviations

CINHAL	Cumulative Index for Nursing and Allied Health Literature
EBM	Evidence-Based Medicine
ECR	Essai contrôlé randomisé
FSSF	Fédération Suisse des sages-femmes
IBCLC	International Board Certified Lactation Consultant,
ICM	International Confederation of Midwives
LAMAL	Loi Suisse sur l'assurance maladie
NHS	National Health System, système de santé britannique
NICE	National Institute for Clinical Excellence, organe du NHS
OMS	Organisation mondiale de la santé

## Table des matières

<b>I. Introduction : interroger la construction de savoirs issus de l'expérience à l'ère de l'Evidence-Based Medicine .....</b>	<b>11</b>
<i>I.I Accompagner la naissance : un objet complexe et ambigu .....</i>	<i>20</i>
<b>II. Chapitre préliminaire : A l'ère du mouvement social et modèle de construction de savoirs de l'Evidence-Based Medicine .....</b>	<b>32</b>
<i>II.I Evidence-Based Medicine : un changement de paradigme ? .....</i>	<i>32</i>
<i>II.II. Evidence-Based Medicine : un modèle de construction de savoirs critiqué.....</i>	<i>37</i>
<i>II.III Entre art et science de la médecine : la difficile articulation des trois pôles de l'EBM .....</i>	<i>41</i>
<i>II.IV La rationalité biomédicale, l'essai contrôlé randomisé, et les inégalités sociales de santé .....</i>	<i>47</i>
<i>II.V L'accompagnement de la naissance à l'épreuve de l'ECR : une revue structurée de littérature .</i>	<i>52</i>
<i>II.VI Synthèse .....</i>	<i>63</i>
<b>1ère partie. Cadre de références et méthodes pour une enquête anthropologique auprès de sages-femmes indépendantes .....</b>	<b>65</b>
<b>Chapitre 1 : entre une anthropologie de la santé et des habiletés.....</b>	<b>66</b>
1.1 <i>L'anthropologie de la santé, une anthropologie culturelle du proche.....</i>	<i>66</i>
1.2 <i>Une anthropologie des habiletés : interactions indissolubles entre les corps, les esprits, et l'environnement .....</i>	<i>77</i>
1.3 <i>Synthèse .....</i>	<i>86</i>
<b>Chapitre 2. L'enquête et ses méthodes .....</b>	<b>88</b>
2.1 <i>Ethique de la recherche .....</i>	<i>89</i>
2.2 <i>Entretiens enregistrés et non enregistrés.....</i>	<i>92</i>
2.3 <i>Observations directes et participantes.....</i>	<i>97</i>
2.4 <i>Observations et réflexions auto-ethnographiques .....</i>	<i>102</i>
2.5 <i>Analyse documentaire.....</i>	<i>107</i>
2.6 <i>Restitutions et partage des données.....</i>	<i>108</i>
<b>Chapitre 3 Pour une anthropologie réflexive .....</b>	<b>110</b>
3.1 <i>Sage-femme depuis 25 ans : une distance à l'objet problématique ? .....</i>	<i>111</i>
3.2 <i>Relation à un objet du proche : négocier la distance et intégrer différents rôles.....</i>	<i>114</i>
3.3 <i>Avantages et limites d'une anthropologie du très proche .....</i>	<i>120</i>
3.4 <i>Emotions et sentiments dans l'observation et l'interprétation anthropologiques.....</i>	<i>124</i>
3.5 <i>Choix d'écritures : entre émotions, registre lexical, et place des répondantes .....</i>	<i>127</i>

<b>Chapitre 4. L'Arcade Sages-Femmes : une association autogérée de sages-femmes indépendantes</b>	<b>133</b>
.....	
4.1 Les locaux de l'Arcade : des sages-femmes en magasin .....	134
4.2 Devenir membre: intégrer les avantages et les engagements de la vie associative .....	136
4.3 Les prestations de l'Arcade à la population genevoise.....	141
4.3.1 Prestations relevant de la pratique privée, à charge de l'assurance maladie : les consultations à domicile .....	141
4.3.2 Prestations relevant de la pratique privée, à financement mixte: la préparation à la naissance.....	143
4.3.2 Prestations relevant de la pratique privée, financées par les parents ou les assurances complémentaires .....	144
4.3.3 Prestations de santé publique : allier information, écoute, et relais vers le réseau sociosanitaire .....	145
4.3.5 Prestations des sages-femmes : une synthèse.....	149
4.4 Sages-femmes de l'Arcade : la diversité des formations et des expériences.....	149
4.5 Une prestation emblématique : la consultation postnatale à domicile .....	152
4.5.1 Deux consultations avec Pauline, une sage-femme indépendante expérimentée .....	153
4.5.2 Une consultation d'allaitement avant la reprise du travail avec Ludivine .....	155
4.5.3 Une consultation ponctuée de questions avec Chloé .....	157
<b>2<sup>ème</sup> partie. Construire des savoirs issus de l'expérience: entre activité située et trajectoires personnelles.....</b>	<b>159</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>160</b>
<b>Chapitre 5. L'accompagnement des sages-femmes indépendantes: une praxis et un ethos partagés, construits par la vie en communauté de pratique.....</b>	<b>162</b>
5.1 Un accompagnement global et sa dimension biomédicale: entre un suivi méticuleux et une éthique de la moindre empreinte.....	164
5.2 Temporalité de l'activité : dimension essentielle de l'accompagnement des sages-femmes à domicile.....	173
5.2.1 Un passé de frustration : la temporalité de l'hôpital .....	174
5.2.2 Personnaliser l'accompagnement : une temporalité des besoins plutôt que des moyens	177
5.2.3 Prendre le temps, la part du bénévolat .....	180
5.2.4 Du quartier au canton : quand la géographie de l'activité s'invite dans sa temporalité....	184
5.2.5 Vacances scolaires, situations personnelles, et fluctuations de l'activité : quand la temporalité idéale est mise entre parenthèses .....	187



5.2.6 Synthèse .....	191
5.3 <i>Valorisations des familles et expressions affectives des sages-femmes: un ethos situé de l'accompagnement</i> .....	193
5.4 <i>Mamanais, tendresses, et perception clinique: une relation multimodale avec les nouveau-nés</i> .....	207
5.5 Synthèse .....	214
<b>Chapitre 6. Le contexte écologique des soins à domicile: quand les détreesses des familles redéfinissent les savoirs et le rôle professionnels .....</b>	<b>217</b>
6.1 <i>Naissance et solitudes involontaires</i> .....	219
6.2 <i>Vulnérabilités plurielles : les familles en situation de souffrance sociale</i> .....	221
6.3 <i>Entre désamours et violences : la naissance à l'épreuve des difficultés de couple</i> .....	225
6.4 <i>Décalages entre propositions théoriques et réalités de terrain : la collaboration interprofessionnelle au quotidien</i> .....	230
6.5 Synthèse .....	237
<b>Chapitre 7. L'inévitable et ambiguë dimension personnelle des savoirs issus de l'expérience .....</b>	<b>241</b>
7.1 <i>Entre refus des idéologies et tact à l'égard des pairs : la place controversée des savoirs issus de l'expérience personnelle</i> .....	242
7.2 <i>Confiance pour confiance : l'irremplaçable expérience multisensorielle de la naissance</i> .....	244
7.3 <i>L'éducation des enfants, cheminements entre altérités et limites du rôle professionnel</i> .....	248
7.4 <i>La fatigue, la poussière, les pères et le féminisme des sages-femmes</i> .....	254
7.5 <i>Les animaux domestiques : lieu d'une altérité inattendue</i> .....	261
7.6 Synthèse .....	265
<b>Chapitre 8. Phénomènes contemporains, segments professionnels, et construction de savoirs ...</b>	<b>268</b>
8.1 <i>L'accompagnement vu à l'épreuve de l'individualité contemporaine ou par le prisme du social : différents suivis pour différentes représentations et pratiques</i> .....	271
8.2 <i>Appréhender la culture du risque à domicile : un jeu du chat et de la souris ?</i> .....	284
8.3 <i>Ecouter ou conseiller: entre intentions et performances aux temps du risque</i> .....	294
8.4 Synthèse .....	304
<b>Chapitre 9 La vie d'une communauté de pratique et de ses segments professionnels : entre négociations, confrontations, et circulations de savoirs.....</b>	<b>306</b>
9.1 <i>Les segments professionnels : intersections entre expériences professionnelles et trajectoires personnelles</i> .....	306

9.2 Rencontres institutionnalisées, fortuites, ou désirées : négociations de pouvoirs et de savoirs à l'intérieur d'une communauté de pratique .....	312
9.2.1 La pratique de l'autogestion : entre les trajectoires individuelles, l'exercice de pouvoirs, et les négociations de savoirs.....	318
9.2.2 La trame d'une négociation : l'exemple du cercle qualité « allaitement » .....	322
9.3 Synthèse .....	326
<b>3<sup>ème</sup> partie. Synthèses et conclusions.....</b>	<b>327</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>328</b>
<b>Chapitre 10. Les savoirs expérientiels de sages-femmes indépendantes en tant que miroir confrontant de l'Evidence Based Medicine .....</b>	<b>329</b>
10.1 Accompagnement de la naissance : quelle visibilité pour les contraintes contextuelles ?.....	331
10.2 La naissance à l'épreuve du couple et de l'expérience des pères: de l'amour, des détresses, de la violence et le silence des ECR .....	341
10.3 Le nouveau-né, ses pleurs, son sommeil et sa santé: les thèmes phares de l'accompagnement des sages-femmes, absents des ECR .....	350
10.4 Complexités et incertitudes de l'accompagnement postnatal à domicile .....	356
10.6 Synthèse .....	365
<b>Chapitre 11. Et la diversité culturelle dans tout ça ?.....</b>	<b>367</b>
11.1 Données perdues car jamais récoltées : le coût de l'exclusion .....	367
11.2 Des différences culturelles ... pas très culturelles .....	370
11.3 L'expérience de la naissance : entre anticipations et confrontations au réel.....	374
11.4 L'exotisation des familles immigrées, barrière à un accompagnement personnalisé ? .....	378
11.5 Synthèse .....	381
<b>Chapitre 12. Savoirs expérientiels : entre logique du soin et évaluation des pratiques.....</b>	<b>384</b>
12.1 Savoirs expérientiels: insoutenable légèreté de la subjectivité ou irremplaçable densité de la pratique ?.....	386
12.2 Evaluation des savoirs issus de l'expérience dans le modèle de l'EBM : chronique d'un échec annoncé ?.....	390
12.3 Interroger la construction de savoirs incertains : de la variabilité des discours sur la pratique .....	394
12.4 L'évaluation des performances en situation et en communauté de pratique.....	402
15.5 Synthèse .....	405
<b>Chapitre 13. Forces, limites et perspectives de l'enquête ethnographique :.....</b>	<b>406</b>

<i>13.1 Construire les savoirs : quand l'ethnographie définit l'art professionnel.....</i>	<i>406</i>
<i>13.2 Des limites d'une structure gigogne.....</i>	<i>413</i>
<i>13.3. Perspectives de recherche : entre savoirs pratiques et évolutions de l'Evidence-Based Medicine.....</i>	<i>414</i>
<i>13.4 En guise de conclusion.....</i>	<i>418</i>
<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>423</b>

## I. Introduction : interroger la construction de savoirs issus de l'expérience à l'ère de l'Evidence-Based Medicine

Dans cette réflexion, je m'intéresse principalement aux savoirs issus de l'expérience que des sages-femmes indépendantes construisent en accompagnant des familles à leur domicile durant la période postnatale et, en travaillant ensemble au sein d'une association. Ces praticiennes se préoccupent de la santé physique et mentale des mères, du développement des nouveau-nés et, des débuts de l'allaitement. Parmi les activités de ces sages-femmes, celles qui concernent le vécu des premières semaines de vie commune avec le nouveau-né, prennent beaucoup de place dans la rencontre avec les parents, ainsi que dans les réflexions professionnelles, ce qu'a montré le travail de terrain. C'est pourquoi je parle le plus souvent d'accompagnement de la naissance<sup>1</sup>, en soulignant l'importance de la dimension relationnelle du suivi proposé par les sages-femmes aux parents.

Au-delà de l'intérêt simple qu'il y aurait à interroger la densité de l'activité des sages-femmes, comme celle de tout-e praticien-n-e<sup>2</sup>, dans une perspective de recherche plutôt fondamentale, ma motivation à explorer ce champ s'inscrit dans une réflexion critique qui touche au développement de l'Evidence-Based Medicine (EBM)<sup>3</sup>. Ce mouvement social et modèle de construction des savoirs<sup>4</sup> promeut une vision très standardisée de ce que devraient être les savoirs des professionnel-le-s de la santé, tendant à omettre, voire à rejeter, d'autres formes de savoir. Aussi, étant par ailleurs également sage-femme et formatrice de sages-femmes, j'ai choisi d'interroger ce que ces deux modalités différentes de construction de savoirs disaient des mêmes objets, à savoir l'accompagnement de la naissance et le vécu de cette période par les familles.

Le suivi médical de la naissance par des professionnel-le-s de la santé a fait l'objet de très nombreuses recherches en sciences sociales, en particulier depuis une trentaine d'années. Ce suivi s'est systématisé au cours du 20<sup>ème</sup> siècle dans les pays dits occidentaux<sup>5</sup>, de même que son institutionnalisation en milieu clinique, au cabinet de médecins ou en maternité hospitalière. La grossesse et l'accouchement font aujourd'hui l'objet de nombreuses mesures de surveillance et d'intervention, pratiquées sur le corps des femmes. Certaines des innovations techniques utilisées

---

<sup>1</sup> Le terme de « naissance » est compris au sens large : de la grossesse à la période postnatale, en passant par l'accouchement.

<sup>2</sup> J'utilise en général des formes épécènes pour souligner que les personnes considérées sont aussi bien des femmes que des hommes. Pour certains mots dont le pluriel demande un changement de terminaison, j'ai cependant conservé le masculin. Je dis ainsi « chercheurs » et non « chercheurs et chercheuses » par souci de concision.

<sup>3</sup> L'Evidence-Based Medicine connaît plusieurs déclinaisons se rapportant en général à des domaines professionnels. On connaît ainsi l'Evidence-Based Practice, Public Health, Nursing, Midwifery ou Dentistry. Dans la mesure où ces différentes approches partagent les traits que je définirai dans la suite de ce chapitre, j'emploie le terme générique et fondateur d'Evidence-Based Medicine (EBM).

<sup>4</sup> Par modèle de construction des savoirs, je fais référence aux aspects techniques de l'EBM, c'est à dire aux conceptions et pratiques précises qui entourent la construction des savoirs respectant l'idéologie de l'EBM.

<sup>5</sup> Tout comme Tim Ingold, je ne suis pas complètement à l'aise avec l'utilisation du terme occidental qui est trop général, et tout comme lui, je l'utilise néanmoins, par facilité, pour souligner certains points communs aux pays dits occidentaux, mais en aucun cas pour signifier que les conceptions occidentales seraient toutes identiques (2000).

par les professionnel-le-s de la santé permettent de traiter les pathologies de la naissance et, contribuent à une baisse de la mortalité périnatale et maternelle (Tunçalp, Were et al. 2015), bien que celle-ci soit notablement liée à l'amélioration générale des conditions de vie du 20<sup>ème</sup> siècle (Tew 1990)<sup>6</sup>. Cette diminution de la mortalité et de certaines morbidités s'est cependant accompagnée d'une augmentation marquée de la médicalisation et de la technicisation de la naissance<sup>7</sup>, associée à une culture du risque (Carricaburu 2005, Carricaburu 2007, Burton-Jeangros, Maffi et al. 2014). Et donc, si la naissance est le lieu de tant de réflexions en sciences sociales, c'est que cet évènement est emblématique de formes de gouvernance, que la société impose aux acteurs sociaux, en particulier aux femmes, à travers les activités des professionnel-le-s de la santé (Lupton 1995, Lupton 1999, Memmi 2014). D'autres interrogations montrent que les systèmes de santé restent inégalitaires quant à l'accès à des soins de santé adaptés, contribuant à des différences en termes de morbidité et de mortalité maternelle et infantile entre différents groupes sociaux (Bollini and Wanner 2006, Conseil Fédéral Suisse 2015).

Ces remarques préliminaires soulignent qu'il n'y a pas de période « idéale » quant à l'accompagnement de la naissance, de tradition à inventer et vers laquelle se tourner (Hobsbawn and Ranger 1983), où l'expérience des femmes, des familles et, des professionnels, ne ferait pas face à des défis liés aux circonstances qui caractérisent les contextes de vie et de soin. En ce sens, toutes les évolutions substantielles des sociétés humaines, des systèmes de santé, mais aussi de l'accompagnement de la naissance, demandent à être interrogées au regard de leurs implications pour la santé et l'expérience des femmes et des familles. Parmi les phénomènes qui influencent le déroulement et l'accompagnement de la naissance aujourd'hui et depuis deux décennies figure l'Evidence-Based Medicine (EBM) et ses différentes déclinaisons, - Evidence-Based Practice, Nursing, ou encore Midwifery<sup>8</sup>. L'EBM constitue un mouvement social au sens proposé par Pope à partir des travaux de Blumer (2003), à savoir un développement en plusieurs phases de différentes activités et

---

<sup>6</sup> La place des interventions médicales dans la diminution de la mortalité et morbidité maternelle et périnatale a sans aucun doute été exagérée par les professionnel-le-s de la santé, ce que montrent certaines analyses détaillées de l'évolution de ces problèmes de santé publique. Ceci d'autant plus que certaines interventions techniques sont à la source de complications de la grossesse ou de la naissance Tew, M. (1990). Safer Childbirth: A Critical History of Maternity Care. London, Chapman & Hall.. Ceci dit, certaines pathologies ne peuvent être résolues qu'à l'aide de médicalisation.

<sup>7</sup> Le phénomène de médicalisation a fait l'objet de nombreuses publications en sciences sociales, définissant et interrogeant les conditions de l'expansion du domaine de la santé dans la vie des individus. La grossesse et la naissance sont particulièrement bien représentées dans ces réflexions puisque cette étape de la vie fait depuis plusieurs décennies l'objet de nombreuses mesures de surveillance et d'intervention technicisées. Ces interventions diagnostiques, préventives ou thérapeutiques, sont critiquées puisqu'elles limitent l'agency des femmes et leurs imposent des actes désagréables, voire douloureux et ayant parfois des conséquences à long terme Lupton, D. (1999). Risk and the Ontology of Pregnant Embodiment. Risk and Sociocultural Theory. D. Lupton. Cambridge, Cambridge University Press, Van Teijlingen, E., G. Lewis, P. McCaffery and M. Porter, Eds. (2004). Midwifery and the Medicalization of Childbirth. New York, Nova, Kitzinger, S. (2006). Birth Crisis. London, Routledge.. De nombreux professionnel-le-s de la santé, dont des sages-femmes et des obstétriciens, adoptent également un point de vue critique face à ce qui est considéré comme un excès de médicalisation et promeuvent l'EBM dans l'objectif d'atteindre une médicalisation raisonnée et raisonnable, comme le proposent Myriam Szejer et Francine Caumel-Dauphin Szejer, M. and F. Caumel-Dauphin (2001). Les femmes et les bébés d'abord: pour une médicalisation raisonnée de la naissance Paris, Albin Michel.

<sup>8</sup> Des différences existent entre ces différentes déclinaisons, notamment en regard de l'inclusion plus ou moins importante de recherches qualitatives à leur modèle. Ceci dit, les réflexions effectuées dans ce travail concernent les différentes déclinaisons et j'opterai donc pour le terme générique d'Evidence-Based Medicine (EBM).

stratégies qui visent à modifier une organisation sociale - ici celle qui aboutit à la construction de savoirs par et pour des professionnel-le-s de la santé. Les mouvements sociaux animent des segments de la population ou des corporations dans l'objectif de contester un ordre établi et d'introduire du changement. Ces phénomènes émergent dans le cadre de négociations de pouvoir visant l'organisation des institutions et du travail que celles-ci abritent. Toujours selon Pope, les mouvements sociaux se développent et s'étendent en différentes phases pouvant se juxtaposer. Le début d'un mouvement se caractérise par une agitation, à savoir une remise en question d'une réalité acceptée jusqu'alors, agitation qui dans le cadre de l'EBM est notamment la parution du panflelet critique envers la médecine publié par Archibald Cochrane (1977). Le mouvement tend ensuite à constituer un esprit de corps, soit la mise en relation d'acteurs sociaux partageant des objectifs et des représentations semblables et qui se mettent à envisager une réforme ensemble. Cet esprit de corps a d'abord rassemblé des épidémiologues cliniques, puis peu à peu des praticien-ne-s se reconnaissant dans le projet d'une médecine basée sur les preuves. Le besoin de finalité et de sens, l'appel d'un projet plus défini, d'une vision, participe d'une étape ultérieure, visant ici à réformer la médecine et à systématiser l'usage de preuves dans la décision clinique. L'idéologie du mouvement alors précisée peut ensuite être mise en circulation, ce qu'illustre la rhétorique des manuels de l'EBM qui sont repris par les professionnel-le-s qui, progressivement, adhèrent au modèle. Enfin, un mouvement social élabore des stratégies dans l'objectif de réaliser les réformes espérées, soit pour le cas de l'EBM la production, la transformation, et la mise en circulation de millions d'articles publiés dans les banques de données spécialisées et synthétisés dans les revues systématiques et les *guidelines*<sup>99</sup> (Pope 2003).

Le principal objectif déclaré de l'EBM est de sélectionner les interventions efficaces des professionnels de la santé et d'abandonner celles qui ne le seraient pas, voire seraient néfastes, ceci à travers l'application de résultats de recherches considérés comme valides (Sackett, Straus et al. 2000, Greenhalgh 2006). Dans le contexte de médicalisation et de technicisation de la naissance contemporain, qui est également interrogé depuis quelques décennies au niveau des systèmes de santé, du moins par certains acteurs (Chalmers, Enkin et al. 1989, Office Fédéral de la santé publique 2013), l'EBM a suscité beaucoup d'intérêt. Ce modèle a en effet donné l'espoir à certains obstétriciens, sages-femmes, et utilisateurs des systèmes de santé, que la part superflue de médicalisation et de technicisation de la naissance allait pouvoir être régulée (Chalmers, Enkin et al. 1989, Enkin, Keirse et al. 1995). Cette approche a donc été conçue comme un instrument de prévention quaternaire, qui limiterait les dysmédicalisations, à savoir les engagements insuffisants,

---

<sup>99</sup> En français, *guideline* peut se traduire par recommandation pour la pratique clinique. Je conserve le terme anglais qui est commun, éminique, chez les professionnel-le-s de la santé et a l'avantage d'être plus court. Il cohabite avec le terme de protocole.

inadéquats, ou excessifs, de médicalisation, ce que reconnaissent d'ailleurs plusieurs chercheurs en sciences sociales spécialistes de l'EBM (Timmermans and Berg 2003, Mykhalovskiy and Weir 2004, Lambert 2006).

Comme je le résume dans le chapitre introductif, l'EBM et auparavant la médecine dite scientifique, dont ce modèle constitue une évolution, a fait l'objet de très nombreuses analyses et critiques dans le champ des sciences sociales. L'une de ces critiques concerne la négation, opérée dans le mouvement social de l'EBM, des savoirs issus de l'expérience située en communauté de pratique, parfois désignés sous le terme *d'art* de la médecine<sup>10</sup>. Evoquant le manque de considération pour cet *art* dans le modèle de l'EBM, ces auteur-e-s critiques n'en définissent néanmoins pas la composition concrète. Et c'est l'une des raisons qui m'ont incitée à interroger les processus et contenus impliqués dans la construction de savoirs issus de l'expérience, parfois désignés en tant qu'*art*, ceci à partir d'un contexte de pratique concret, abordé par une démarche inductive, et donc sans consulter les descriptions proposées dans les ouvrages anglo-saxons destinés aux sages-femmes. Dans le contexte de recherche déjà très balisé des critiques envers l'EBM, je me suis en quelque sorte intéressée à ce mouvement social en négatif, c'est-à-dire à partir d'un objet qui dans le cadre de l'EBM, mais également dans celui des sciences sociales, à quelques exceptions près, est le plus souvent évoqué sans être interrogé sur un plan concret et détaillé. Il faut relever que ces critiques surévaluent l'exclusion de ce qui fait *l'art de la médecine*, au sens où il existe d'autres écrits et formes de réflexivité qui abordent les savoirs pratiques des médecins. Il s'est plutôt créé une forme de frontière, plus ou moins perméable, entre ces différentes conceptions des savoirs médicaux, appelant certains savoirs à ne pas être pris en considération lorsque prévaut la logique de l'EBM, matérialisée par l'usage de *guidelines* (Berg 1995, Berg 1997).

---

<sup>10</sup>La notion d'art de la médecine, ou des soins, est utilisée en tant que signifiant vague dans le sens commun de professionnel-le-s de la santé. Ceci peut poser un problème de clarté, mais aussi passer sous silence les aléas survenant à l'intérieur de ces champs de pratique, - aléas qui ont des implications pour les personnes soignées Katz, J. (1984). *The Silent World of Doctor and Patient*. Baltimore, Johns Hopkins University Press. Ce terme est néanmoins utilisé par des chercheurs en sciences sociales en référence à la dimension agie et contingente de la médecine et des soins, se jouant dans l'interaction entre soignants et soignés à l'intérieur d'un contexte situé. Pour ces auteur-e-s, *l'art* désigne également la dimension incorporée et tacite, voire ineffable, de l'expérience, qui par définition est difficile, voire impossible, à expliciter. Ce terme reconnaît l'incertitude inhérente à la pratique clinique et désigne de ce fait la complexité de la médecine et des soins. En d'autres termes, les auteurs des sciences sociales évoquant l'art de la médecine désignent ainsi l'ensemble des dimensions de ce champ qui se réduisent mal à la représentation standardisée du savoir promue dans le cadre de l'EBM Gordon, D. R. (1988). *Clinical Science and Clinical Expertise : Changing Boundaries Between Art and Science in Medicine*. *Biomedicine Examined*. M. Lock and D. R. Gordon. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, Pope, C. (2003). "Resisting Evidence. the Study of Evidence Based Medicine as a Contemporary Social Movement." *Health* 7(3): 267-282, Goldenberg, M. J. (2006). "On Evidence and Evidence-Based Medicine: Lessons from the Philosophy of Science." *Social Science & Medicine* 62(11): 2621-2632, Lambert, H. Ibid."Accounting for EBM: Notions of Evidence in Medicine." 2633-2645, Flynn, R., J. Greenhalgh, A. Long and S. Tyson (2012). *Embodied, Embedded and Encoded Knowledge in Practice : the Role of Clinical Interpretation in Neurorehabilitation*. *Evidence Based Healthcare in Context : Critical Social Science Perspectives*. A. Broom and J. Adams. Surrey, Ashgate: 76-96.. L'art de la médecine souligne par ailleurs la nécessité pour les sages-femmes d'intégrer et conjuguer différentes sources de savoirs en pratique Page, L. A. and R. McCandlish, Eds. (2006). *The New Midwifery*, Churchill-Livingstone.. Pour une analyse historique de l'usage du terme *art de la médecine* voir : Berg, M. (1995). "Turning a Practice into a Science: Reconceptualizing Postwar Medical Practice." *Social Studies in Science* 25: 437-474, Berg, M. (1997). *Rationalizing Medical Work*. Cambridge, MIT Press.. J'utilise donc parfois ce terme, certes ambigu, pour désigner l'ampleur des dimensions de la médecine et des soins non réductibles à des démarches standardisées et rationalisées, tout en reconnaissant que *l'art* en question n'est pas nécessairement une production positive.

Interroger la teneur et la place de différentes formes de savoirs dans le champ de la santé touche immanquablement au champ de la sociologie des professions et aux rapports de différents professionnels entre eux. Le développement de l'EBM, quels qu'en soient les objectifs officiels, s'insère dans un contexte interprofessionnel où se jouent des tensions entre différentes professions ou segments professionnels, par exemple en regard d'un accès à certaines prérogatives et avantages. Le pouvoir des professions étant en partie tributaire d'une maîtrise sur la construction des savoirs professionnels, le développement de l'EBM demande à être compris à l'intérieur des logiques de concurrence qui existent entre certains professionnels partageant un terrain d'activité (Abbott 1995, Abbott 2003), -ce qui est le cas des obstétriciens et des sages-femmes (Cavalli and Gouilhers 2014). L'utilisation des résultats de recherche produits dans le cadre de l'EBM n'est par exemple pas linéaire, mais suit des logiques culturelles reflétant l'organisation des systèmes de santé (Homer and Broom 2012). Les résultats de recherche sont ainsi plus rapidement mis en œuvre lorsqu'ils impliquent un renforcement de la médicalisation et technicisation de la naissance, que lorsqu'ils demandent une diminution de certaines interventions (Downe 2004, Downe 2008, Downe 2011, Perrenoud 2014), reflétant ainsi la culture du risque prévalente dans de nombreux pays occidentaux. En Suisse, où le suivi de la grossesse est habituellement effectué par les obstétriciens (Burton-Jeangros 2010), et où l'élaboration des protocoles hospitaliers restent largement sous contrôle médical, la place des sages-femmes peut être considérée comme minorisée. Les résultats de recherche correspondant au plus haut niveau de preuve du système de l'EBM et qui, dans la logique de ce système, démontrent l'efficacité et l'innocuité du suivi continu de la naissance par une sage-femme (Hodnett, Gates et al. 2011), peinent à être traduits en pratique sous la forme d'une augmentation substantielle de ce type de suivi. L'utilisation de ce modèle ne saurait ainsi consister en une application objective de résultats de recherches, mais semble, au contraire et selon toute attente, s'insérer dans des logiques transactionnelles préexistantes à l'intérieur des contextes de pratique considérées.

Touchant à la conception des savoirs et par conséquent au pouvoir des corporations, le développement de l'EBM a suscité des réactions de méfiance de la part des professionnel-le-s de la santé. Ceux-ci ont craint que la standardisation des savoirs proposée soit au service de décideurs extérieurs à ces professions, remplaçant les savoirs de l'expérience et la réflexivité, et faisant des professionnel-le-s non plus des acteurs à part entière, mais des exécutants (Armstrong 2002, Lambert 2006). Ces craintes s'expriment souvent de manière totalisante et, si elles correspondent à des réalités observables, elles ne reposent pas toujours sur des données récoltées de manière rigoureuse, mais plutôt sur des présomptions, demandant dès lors à être mises à l'épreuve de recherches de terrain (Berg 1997). Les recommandations pour la pratique clinique produite dans le



cadre de l'EBM sont d'ailleurs le fait d'équipes majoritairement issues du monde professionnel, à savoir des médecins et des soignants, -ce qui contredit pour partie au moins l'idée d'un contrôle externe absolu sur la médecine et les soins (Armstrong 2002, Timmermans and Angell 2012).

Dans les premiers écrits promouvant le développement et l'utilisation de l'EBM, ce modèle a été présenté comme une opportunité de renforcer un esprit démocratique et de dialogue en médecine. Chacun, pour peu qu'il ou elle s'informe aux « bonnes » sources et utilise les critères *ad hoc*, serait en mesure d'avoir voix au chapitre et de remettre en question les politiques institutionnelles concernant les personnes soignées. En d'autres termes, le modèle a été présenté en tant qu'instrument de lutte contre le pouvoir de situation, notamment celui des responsables de services hospitaliers, qui ferait place à une nouvelle forme de pouvoir, légitimée par la démarche *scientifique* de l'EBM. Dans les faits, le pouvoir ne semble pas avoir circulé tant que cela, les responsables de services médicaux ayant plutôt renforcé leurs prérogatives en participant au mouvement social de l'EBM. Et, plutôt que de démocratisation du pouvoir, certains proposent de parler d'une transformation des élites médicales qui aujourd'hui maîtrisent la production et la circulation des savoirs selon le modèle de l'EBM (Armstrong 2002, Timmermans and Angell 2012).

L'introduction de l'EBM a donc, selon toute vraisemblance, d'abord renforcé les inégalités de pouvoir entre obstétriciens et sages-femmes, les premiers ayant introduit cette conception du savoir standardisé dans les lieux de soins et ayant conservé pendant plus d'une décennie les clefs de son interprétation, à quelques exceptions près<sup>11</sup>. Dans le cadre des reconfigurations de pouvoir accompagnant le développement de l'EBM, les professions non médicales ont cependant saisi, du moins dans les pays anglo-saxons, l'intérêt d'un engagement actif dans ce mouvement social, ce dont attestent les multiples publications effectuées par des sages-femmes anglophones. Tout comme les médecins, les professionnel-le-s non médecins soutenant le développement de l'EBM, évoquent avant toute chose l'intérêt de cette approche pour la qualité des soins. Il ne saurait cependant y avoir de posture professionnelle qui soit univoque et dévolue d'intérêt personnel et professionnel. L'engagement des professions non médicales ou médicales à responsabilité limitée, comme les sages-femmes, participe en ce sens d'un placement stratégique de la corporation en regard du

---

<sup>11</sup> Notes auto-ethnographiques. Je désigne par « notes auto-ethnographiques » des observations effectuées à partir de mon rôle professionnel de sage-femme et d'enseignante. Ces notes ne font pas seulement référence à ma seule expérience, mais sont aussi issues de nombreuses situations et discussions avec des collègues ou des familles. Dans ce cadre, je fais référence à des discours et des pratiques si fréquents qu'ils ne peuvent plus guère être attribués aux individus, mais relèvent d'un sens commun construit en communauté de pratique. C'est parce que je considère ces discours comme des expressions anonymes que je m'autorise à les utiliser avec parcimonie dans ma réflexion sans nécessairement demander l'accord des personnes relayant ces discours ou ces pratiques. Ce choix, issu d'un dilemme éthique, constituant une ethnographie non autorisée en filigrane du terrain principal, permet d'étayer ma réflexion et de la faire résonner avec 25 années d'expérience en obstétrique, ce qui participe de sa densité. En un sens, cette expérience, utilisée avec parcimonie et réflexivité, constitue un terrain complémentaire, une forme alternative d'ethnographie multi-site Marcus, G. (1995). "Ethnography in/of the World System: the Emergence of Multi-Sited " *Annual Review of Anthropology* 24: 95-117, Bensa, A. (2006). *La fin de l'exotisme*. Toulouse, Anarchisis.. Par ailleurs, certains des thèmes abordés à partir de cette expérience participent d'enjeux éthiques importants et qui doivent à mon sens être soulevés. Le chapitre méthodologie revient avec plus de précision sur l'utilisation de mon expérience en tant que source d'information.

pouvoir. Celui-ci peut notamment s'observer dans la conduite de recherches visant à démontrer l'efficacité des suivis opérés par les sages-femmes et dans la participation à la production des guidelines nationaux ou internationaux. Les sages-femmes britanniques sont ainsi devenues des actrices incontournables en ce qui concerne la naissance et participent à l'élaboration des *guidelines* du NICE<sup>12</sup> (Sanders 2011).

L'intégration du cadre de référence de l'EBM par les professions soignantes s'accompagne de transformations structurelles des cursus de formation et de l'attribution des postes spécialisés ou hiérarchiques. Dans de nombreux pays, les formations de sage-femme sont devenues académiques, situant le diplôme professionnel à un niveau de Bachelor au moins. L'introduction de l'EBM, ou de ses dérivés, à l'intérieur des cursus de formation constitue l'inscription disciplinaire de ces professions transformées, légitimant pour partie au moins leur statut académique. Les sages-femmes exerçant des postes à responsabilité sont par ailleurs de plus en plus titulaires de formations de niveau universitaire, de masters, voire peu à peu de doctorats. Ces transformations de la formation post-graduée et, l'accès progressif au champ de la recherche, ont lieu dans un climat académique sous pression, attendant des acteurs sociaux qu'ils soient rapides dans leur cursus de formation académique et dans leur aptitude à rechercher et publier. Il faut encore remarquer que dans le champ de la santé, les formations post-graduées font suite à une première formation dite professionnalisante et qui ne comporte donc de la méthodologie et de l'épistémologie qu'en quantité limitée. Dans ce contexte, les professionnels de la santé apprennent à utiliser et privilégier les savoirs standardisés, savoirs qui permettent également de renforcer leurs statuts, tout en n'ayant pas nécessairement développé un recul critique quant aux limites de ce type de savoir.

Par conséquent, si les savoirs expérientiels, notamment ceux des sages-femmes qui ont moins de pouvoir dans l'établissement des politiques de suivi de la naissance, ont souvent fait l'objet de moins de reconnaissance, cette situation pourrait être accentuée encore à travers l'intégration de l'EBM dans les formations initiales et post-graduées de ces professionnelles, ainsi que par l'émergence de « nouvelles élites » professionnelles soignantes à qui la pratique de l'EBM confère un statut plus élevé. Au-delà des intentions d'ajuster les pratiques aux résultats de recherche pour offrir une médecine efficace et une médicalisation plus raisonnée de la naissance, l'EBM est donc également au centre d'autres transactions qui positionnent les acteurs sociaux, et leurs savoirs, les uns envers les autres. Dans ce contexte de négociation de pouvoir, les rejets de savoirs non standardisés semblent doublement motivés et s'observent par exemple lorsque des sages-femmes cherchent à alerter des médecins sur certaines pratiques qu'elles identifient comme problématiques. Cette évolution,

---

<sup>12</sup> NICE : National Institute for Clinical Excellence est l'un des organes du National Health System britannique, en charge de la recherche et synthèse de littérature aboutissant à la production de *guidelines*. <http://www.nice.org.uk/>

comme tout fait social, n'est évidemment pas totalisante, dans le sens où des échanges entre professionnel-le-s, de l'écoute mutuelle, ont également lieu à de nombreuses occasions (Perrenoud 2014).

L'implémentation d'une conception standardisée des savoirs dans le champ de la santé constitue une évolution indéniable. Les efforts consentis pour diffuser le projet d'une médecine dont les pratiques seraient basées sur de la recherche, se remarquent dans les discours, les formations, et les publications, à destination des professionnel-le-s de la santé. La diffusion du modèle de l'EBM par ces différents canaux semble occulter que d'autres approches des savoirs professionnels existent et apportent des regards complémentaires à l'EBM sur la pratique clinique. Les savoirs issus de l'expérience, se construisant dans les quotidiens professionnels et touchant aux dimensions perceptives, motrices, cognitives et, émotionnelles de l'activité ont notamment fait l'objet de recherches en anthropologie des habiletés, en sociologie clinique ou de l'action, ainsi qu'en sciences cognitives, en psychologie, en sciences de l'éducation ou encore en philosophie<sup>13</sup>. Ces travaux montrent tout d'abord qu'aucun modèle théorique ou propositionnel de l'activité ne peut couvrir les multiples interactions et activités se déroulant sur les lieux de travail. Par conséquent, bien que les médecins et soignants promoteurs de l'EBM rencontrent des difficultés à intégrer les savoirs expérientiels à leur modèle -ce que j'approfondis dans le chapitre introductif- ces savoirs ne peuvent qu'être agis au quotidien, ici dans les contacts avec les familles autour de la naissance. D'où l'intérêt de leur accorder une attention à l'intérieur d'une réflexion anthropologique.

Dans cette thèse, à l'instar des anthropologues étudiant les habiletés, présentés au chapitre 1, je m'intéresse donc à la construction et à l'utilisation de savoirs issus de l'expérience, ceci à l'intérieur d'une association autogérée de sages-femmes indépendantes. L'utilisation du terme *savoir*, il me semble important de le relever, est tout d'abord une traduction de *knowledge*, employé par les anthropologues des habiletés qui travaillent en anglais. Pour ces auteur-e-s, les *savoirs* sont des processus d'intégration de différentes sources et contenus, dont font partie les lieux de pratique et les trajectoires des praticien-ne-s, et qui sont en constante reconfiguration, prenant sens dans l'activité située (Marchand 2010). Dans cette acception, le terme de *savoir* ne désigne donc pas nécessairement des pratiques réussies ou des représentations « justes » et, ne portent donc pas de jugement intrinsèque. C'est l'examen des circonstances et du déroulement de l'activité qui permet,

---

<sup>13</sup> Voir par exemple : Dreyfus, H. and S. Dreyfus (1988). *Mind Over Machine : the Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer*. New York, Free Press, Coy, M. W., Ed. (1989). *Apprenticeship : from Theory and Back Again*. State University of New York Press, Pye, D. (1995). *The Nature and Art of Workmanship*, Clot, Y. (2000). Analyse psychologique du travail et singularité de l'action. *L'analyse de la singularité de l'action*. C. d. R. s. I. F. d. CNAM. Paris, PUF, Clot, Y. (2001). Clinique du travail et action sur soi. *Théorie de l'action et communication*. J.-M. Baudoin and J. Friedrich. Bruxelles, De Boeck, Mezirow, J. (2001). *Penser son expérience : développer l'autoformation*. Lyon Chronique sociale, Cifali, M. and A. André (2007). *Ecrire l'expérience : vers la reconnaissance des pratiques professionnelles*. Paris, PUF, Gaulejac, V. d., F. Hanique and P. Roche, Eds. (2007). *La sociologie clinique : enjeux théoriques et méthodologiques*. Ramonville, Eres, Marchand, T., Ed. (2010). *Making Knowledge: Explorations of the Indissoluble Relation Between Mind, Body And Environment*. Oxford, Royal Anthropological Institute of Great Britain & Ireland.

parfois, de comprendre ce qui fait les succès et les échecs de praticien-ne-s (O'Connor 2005). L'intérêt est donc plutôt porté sur la diversité des circonstances contribuant à la construction de savoirs, que sur la qualité des savoirs eux-mêmes, dans une perspective fidèle aux sciences sociales.

Les savoirs issus de l'expérience qui m'intéressent recouvrent à la fois des pratiques et des représentations verbales, qui cernent quant à elles, du moins en partie, les circonstances et les caractéristiques de ces pratiques. L'utilisation fréquente du terme de savoirs expérientiels, plutôt que celui de pratique ou de représentation, quoi que ces termes soient parfois employés eux-aussi, est sous-tendue par une volonté de souligner la densité qui précède et accompagne ces savoirs, faisant d'eux des constructions syncrétiques complexes et souvent incertaines. Le terme de pratique, du moins dans un certain sens commun professionnel, tend à référer d'ailleurs au *quoi* faire, plutôt qu'au *comment* faire, m'incitant à vouloir en partie m'en démarquer. Ceci étant, il est clair que les savoirs des sages-femmes sont aussi, en partie, leurs pratiques, à savoir un aboutissement et une performance, qui résultent d'une synthèse de multiples expériences sociales préalables, s'actualisant et évoluant au fil des situations. Il y a donc bien un recoupement entre savoirs issus de l'expérience, ou expérientiels -pour faire court- et pratiques. Le choix lexical opéré permet toutefois de penser les savoirs, sans constamment en référer à une dichotomie entre pratiques et représentations, laquelle reflète mal à mon sens l'espace de cohabitation et de juxtaposition que construisent ces dimensions de l'expérience.

Mon premier objectif est donc d'explorer les processus et les contenus participant à la construction de savoirs par des sages-femmes indépendantes, en m'intéressant aux circonstances sociales et matérielles de leur activité, à la rencontre avec les parents, ou encore à la trajectoire de ces praticiennes. Les sages-femmes le disent explicitement, je le montrerai à plusieurs reprises, elles ont pour intention de répondre aux besoins et préférences des femmes et des familles. Ceci dit, il va de soi que ces objectifs ne sont pas toujours réalisés, pour différents motifs qui seront parfois interrogés dans ce travail. Si mon intention n'est évidemment pas de rechercher la « justesse » de leurs savoirs, il faut relever que leurs interventions ont des implications, participant de l'expérience plus ou moins constructive de la naissance et de ses suites que font les femmes (Martin 1987, Kitzinger 2006). Par conséquent, je ne saurais adopter un point de vue qui soit toujours descriptif ou relativiste, et j'interrogerai à certaines reprises comment les représentations et les pratiques des sages-femmes interviennent auprès des familles.

Ensuite, à un deuxième niveau, je souhaite interroger ce que les productions situées des sages-femmes indépendantes disent du vécu de la naissance, en particulier de la période postnatale. Il s'agit ici de se demander ce que ces savoirs, qui sont controversés dans le modèle de l'EBM,

apportent ou n'apportent pas à la compréhension et à l'accompagnement de cette période de la vie et, de problématiser les conséquences de leur mise à l'écart. Cette clarification est rendue possible à travers une confrontation entre les productions les plus emblématiques de l'EBM, à savoir des essais contrôlés randomisés, et les savoirs expérientiels identifiés. Le chapitre préliminaire comporte notamment, à cet effet, une analyse documentaire effectuée sur plus d'une centaine d'essais contrôlés randomisés. Cette analyse montre comment la naissance peut être représentée dans le cadre de l'EBM, particulièrement lorsque les principaux *guidelines* se construisent avant tout avec ces devis de recherche-ci. La suite du travail rend quant à elle compte de l'enquête de terrain effectuée et qui précise les circonstances, les processus, et les contenus, aboutissant à ce que savent et font les praticiennes. Ce travail vise donc non seulement à explorer l'élaboration de représentations et de pratiques, les savoirs explicites et implicites agis dans un quotidien professionnel, mais aussi à comprendre les enjeux qui sous-tendent leurs constructions et leurs utilisations. Sachant que les manières de concevoir l'activité des professionnel-le-s de la santé ont des implications s'immiscant dans la vie des personnes accompagnées (Kitzinger 2006, Guittier, Cedraschi et al. 2014), cette interrogation complémentaire est essentielle.

L'accompagnement de personnes au cours de certains épisodes de leur vie, impliquant questions de santé ou changements de statut, par des professionnels de la santé a beaucoup été interrogé par les sciences sociales. Cette intégration de l'intervention de professionnels à la vie elle-même, sous couvert d'objectifs de promotion de la santé ou de prévention, s'inscrit notamment dans une relation où le pouvoir des un-e-s intervient sur les autres et, de plus, ne se distribue pas de manière égalitaire entre les différents sous-groupes de la population. L'accompagnement des sages-femmes étant au centre de ma réflexion sur la construction de leurs savoirs, je propose maintenant de discuter cette notion, ainsi que les enjeux qui la sous-tendent.

## **I.I Accompagner la naissance : un objet complexe et ambigu**

L'accompagnement de personnes par des professionnel-le-s de la santé ou du social, au cours d'épisodes de maladie ou à certains moments cruciaux de leur vie, a fait l'objet de nombreuses interrogations en sciences sociales. Ces interventions de professionnel-le-s à l'intérieur d'une sphère intime et, qui ont pour objectif d'aider un autre, ne sont pas neutres, mais bien sous-tendues par des idéologies sur la conception de la vie en société. Je propose tout d'abord de passer en revue certains travaux importants pour comprendre cet objet complexe qu'est l'accompagnement et souligner les dimensions qui en sont cachées à une lecture professionnelle. Cette introduction permet également de rappeler certains des écueils de cette activité relationnelle, et qui sont à considérer dans ma réflexion.

Je proposerai ensuite de définir les deux formes d'accompagnement interrogées dans ce travail dont l'objet principal reste la construction de savoirs issus de l'expérience. La première forme d'accompagnement, évoquée dans le chapitre sur l'EBM, concerne la conception de différentes interventions dont le médium principal est relationnel et dont l'efficacité est évaluée par essai contrôlé randomisé. La seconde forme, qui constitue mon objet de recherche principal, concerne les rencontres de sages-femmes avec des familles à leur domicile durant la période postnatale. Ces deux formes d'accompagnement construisent et véhiculent des informations tant sur l'expérience de la naissance que sur la pratique de l'accompagnement lui-même, d'où l'intérêt de les interroger en parallèle. En valorisant l'une plutôt que l'autre de ces conceptions, des informations différentes sont mises à disposition des professionnels de la santé, - différences que je propose d'investiguer au cours de ce travail.

La notion d'accompagnement, très présente dans les discours actuels des professionnel-le-s de la santé, fait l'objet de nombreuses interrogations qui soulignent aussi bien des évolutions positives qu'elles soulèvent des zones d'ambiguïté (Papadaniel, Rossi et al. 2009, Burton-Jeangros, Maffi et al. 2014). Parler d'accompagnement, plutôt que de prise en charge par exemple, révèle un glissement des relations entre professionnel-le-s et personnes soignées, qui de relativement autoritaires et paternalistes, semblent devenir plus égalitaires. Cette évolution lexicale marque l'idée que le professionnel suit la personne dans son cheminement, plus ou moins facile, compte tenu des questions de santé et du chemin de vie de cette dernière, dans une approche qui se voudrait *centrée* sur la personne, en référence au modèle développé par Carl Rogers (1968). Cette évolution marque un nouveau statut pour les personnes utilisatrices de prestations sociales ou de santé, comportant plus de prérogatives, mais également de nouveaux devoirs. L'accompagnement continue par ailleurs à dire l'inégalité des rapports sociaux, - il y a bien un accompagnant et un accompagné -, et les relations de pouvoir, impliquant une forme de gouvernance plus ou moins « soft »<sup>14</sup>, sur la vie et sur les corps, persistent (Papadaniel 2009). Le terme d'accompagnement marque également l'extension de la juridiction des professionnel-le-s de la santé, désignant des événements de la vie, comme autant de lieux d'une possible médicalisation (Baillif 2014, Burton-Jeangros, Maffi et al. 2014, Maffi 2014).

Parler d'accompagnement évoque également l'engagement social et relationnel des professionnel-le-s de la santé, ainsi que leur intérêt pour l'expérience des personnes soignées. En ce sens, l'accompagnement touche inmanquablement à la santé mentale, du moins dans ces acceptions

---

<sup>14</sup> Les guillemets désignent des termes pouvant paraître particuliers, contenant notamment un jugement et, que j'utilise pour donner une représentation plus imagée de certaines observations. Les termes émiques, utilisés par les sages-femmes ou les chercheurs de l'EBM sont en italique.

contemporaines (Ehrenberg and Lovell 2001, Ehrenberg and Lovell 2001, Otero 2003, Otero 2005, Rose 2006). Dans les systèmes de santé occidentaux, ce champ de la santé s'est ainsi étendu au cours des dernières décennies, évoluant d'interrogations et d'initiatives pour traiter des pathologies psychiatriques graves, mais relativement rares, à un intérêt beaucoup plus large pour les thématiques touchant le mal-être, le vécu, et le bien-être (Ehrenberg and Lovell 2001, Otero 2003, Otero 2005, Rose 2006). En d'autres termes, l'accompagnement de la santé mentale touche aujourd'hui tout un chacun, lors de contact avec le système socio-sanitaire. La promotion de la santé et la prévention précoce, qui sont particulièrement valorisées par les professions soignantes, investissent ainsi des dimensions de la vie autrefois considérées comme intimes, participant dès lors du phénomène de médicalisation (Aïach 1998). Cette évolution s'accompagne d'une extension et d'une diversification de l'offre en prestations promettant mieux-être ou bien-être, qui sont proposées par une multiplicité d'acteurs sociaux aux formations diverses (Ehrenberg and Lovell 2001, Otero 2003, Otero 2005). L'intérêt pour le vécu de la naissance et, pour ce qui est nommé la transition vers les rôles parentaux, participe de cette médecine de l'intime, revendiquée et pratiquée par les sages-femmes.

L'intérêt des sages-femmes pour la santé mentale s'explique en partie par les difficultés que vivent certaines mères, et parfois pères, s'exprimant en des émotions et des sentiments<sup>15</sup> négatifs tels que tristesses, anxiétés, ou culpabilités<sup>16,17</sup>. La dépression postnatale touche ainsi entre 10 et 15% des femmes selon les auteur-e-s (Murray and Cooper 1997). Même si cette catégorie nosologique peut être discutée, la naissance n'est pas toujours la période idyllique que véhiculent de nombreux lieux communs. En ce sens, l'accompagnement de la naissance s'inscrit bien dans « *une culture du malheur intime* » (Ehrenberg & Lovell, 2001a, p.16), définissant par cette formule un intérêt sociétal pour l'introspection et la problématisation des aléas du vécu. Les processus d'attachement entre l'enfant

<sup>15</sup> Les termes d'émotion et de sentiment sont compris selon les approches dites de la construction psychologique, importants courants de recherche contemporains qui conceptualisent ces phénomènes en tant qu'expériences incorporées variées et insérées en contexte. Ces approches rompent avec une tradition d'essentialisation des émotions, avec les représentations mécanistes de ces phénomènes et avec les dualismes nature-culture. L'émotion participant d'une réaction à des événements situés se construit nécessairement dans la transaction constante entre nature et culture. Les sentiments consistent dans ce travail en des élaborations cognitives et verbales des émotions et de l'expérience, en ce qu'un acteur peut penser ou dire de ce qu'il ressent dans une situation donnée. La cognition ancrée à laquelle je fais référence plus loin dans le texte participe des approches constructivistes en psychologie et en sciences cognitives. A noter que ces travaux contemporains considèrent que la compréhension des phénomènes émotionnels est encore inachevée étant donnée leur complexité et leur variabilité Mesquita, B., L. Feldman Barrett and E. R. Smith, Eds. (2010). *The Mind in Context*. London, The Guilford Press, Feldman Barrett, L. and J. A. Russell, Eds. (2015). *The Psychological Construction of Emotion*. New York, The Guilford Press..

<sup>16</sup> Voir par exemple : Murray, L. and P. J. Cooper, Eds. (1997). *Post-partum depression and child development*. New York, Guilford, Razurel, C., M. Bruchon-Schweitzer, A. Dupanloup, O. Irion and M. Epiney (2009). "Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study." *Midwifery*, Staehelin, K., E. Kurth, C. Schindler, M. Schmid and E. Zemp Stutz (2013). "Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery home care--results from a nested case-control study." *Swiss Med Wkly* **143**: w13862, Blochlinger, P., E. Kurth, M. Kammerer and I. A. Frei (2014). "[What women want: a qualitative study about postnatal midwifery care at home]." *Pflege* **27**(2): 81-91, Klausler-Troxler, M., E. Kurth and R. Spirig *ibid.* "[Young first-time parents' experiences with family-centred postpartal health care in Switzerland]." (4): 219-230, Kurth, E., H. P. Kennedy, E. Zemp Stutz, A. Kesselring, I. Fornaro and E. Spichiger (2014). "Responding to a crying infant - you do not learn it overnight: a phenomenological study." *Midwifery* **30**(6): 742-749, Razurel, C. (2014). *Le sentiment de compétence des mères: une évidence ?* Saarbrücken, Editions Universitaires Européennes..

<sup>17</sup> Notes auto-ethnographiques et de terrain. Je désigne par « notes de terrain », les observations effectuées spécifiquement en tant qu'anthropologue au cours du travail de thèse.

et ses parents, le passage du couple conjugal au couple parental, l'apprentissage des soins à l'enfant font ainsi l'objet de mesures d'éducation ou d'accompagnement, comme s'ils ne pouvaient pas être vécus par les acteurs sociaux à l'intérieur de leur sphère intime et de leur entourage (Boltanski 1984, Delaisi de Parseval and Lallemand 1998, Neyrand 2000, Baillif 2014, Maffi 2014).

L'extension du rôle des professionnel-le-s de la santé en regard de la santé mentale, dont fait partie l'accompagnement des sages-femmes, participe du processus de médicalisation. La bonne santé, qu'elle soit physique ou mentale, est perçue comme le résultat d'un engagement des individus, et devient un devoir des acteurs sociaux à travers ce processus. (Armstrong 1995, Lupton 1995, Rose 1999). Les politiques et les professionnel-le-s, qui appellent à cette responsabilisation individuelle, négligent au passage l'importance des forces structurelles agissant sur ces individus, forces qui limitent au moins en partie leur capacité d'agir. Dans ce cadre, l'acceptation holiste de la santé, promue par l'OMS depuis son instauration en 1948, encourage *volens nolens* l'intrusion de professionnel-le-s de la santé dans la vie intime des acteurs sociaux et participe d'un gouvernement des corps et de la vie (Lupton 1995, Fassin 1998, Fassin and Memmi 2004, Fassin 2006, Memmi 2006, Fassin 2010). L'accompagnement devient un instrument des sociétés néolibérales, poussant les individus à se prendre en charge et à s'adapter aux besoins fluctuant de la société (Rose 1999, Otero 2003, Otero 2005, Elchardus 2009). En promouvant l'idéal d'autonomie et, en incitant les usagers à l'introspection et à l'adaptation à leur situation, les professionnel-le-s de la santé et du social ne font ainsi pas qu'une promotion de nouveaux droits, libertés, et compétences, mais ils et elles participent de processus contemporains de gouvernance (Ehrenberg and Lovell 2001, Otero 2005).

En réaction et pour rétablir la place du social dans la santé mentale et interroger les circonstances entourant l'expérience des acteurs sociaux, Massé a proposé de concevoir les aléas de cette dimension de la santé comme autant de détresses psychiques<sup>18</sup> résultant largement de souffrances<sup>19</sup> sociales (2008). Massé, ainsi que les auteur-e-s ci-dessus, interrogent les circonstances accompagnant l'émergence de détresses et de souffrances au sein de différents contextes. A cette fin, il faut remarquer que ces auteur-e-s reprennent dans leurs interrogations le terme de santé mentale pour penser leur objet. L'utilisation de ce terme dépasse évidemment le registre émique biomédical et, intègre d'autres nosologies et interprétations locales des phénomènes de santé

---

<sup>18</sup> Si Massé parle d'une détresse psychique qui trouve son origine dans une souffrance sociale multidimensionnelle (2008), je préfère le terme de détresse phénoménologique, qui à mon sens traduit mieux la corporéité de l'expérience et s'affranchit des concepts construits par la psychanalyse ou certaines psychologies. Ces concepts tels que celui d'estime de soi renvoient, à mon sens, à une expression trop intellectualisée de la détresse ou de la souffrance, éloignant sa compréhension de la corporéité de l'expérience. Par souci de concision, j'emploie cependant le terme de détresse sans adjectif.

<sup>19</sup> Massé utilise le terme de souffrance à deux niveaux. Lorsqu'il veut signifier l'intensité et la durée d'un état de mal-être, il tend premièrement à utiliser le terme de souffrance plutôt que celui de détresse. Deuxièmement, les détresses, aux multiples formes, prennent dans son analyse leur origine dans une souffrance sociale de l'individu dans la société. Cette souffrance est autant reliée à des phénomènes macrosociétaux, à des inégalités structurelles par exemple, qu'à des événements plus proches des acteurs, dans leur quartier ou leur entourage.



mentale, qu'elles soient profanes ou professionnelles, ceci pour construire une interrogation plus complète, mais également historiquement et socialement située. Dans les acceptions réflexives des chercheurs, les aléas de la santé mentale ne sont donc pas des entités réifiées, mais des phénomènes diversifiés demandant à être réinterprétés à l'intérieur de leur contexte d'occurrence. Les détresses psychiques des acteurs sociaux apparaissent ainsi souvent comme l'expression d'une souffrance sociale, laquelle peut être reliée aux inégalités sociales, à une plus ou moins grande pauvreté, au racisme, ainsi qu'à l'ensemble des conditions concrètes d'existence (Kleinman, Das et al. 1997, Massé 2008). Dans cette perspective, interroger les savoirs que des sages-femmes construisent en accompagnant des familles, implique de tenir compte des événements entourant la vie de ces familles, ainsi que les circonstances de l'activité des praticiennes. Celles-ci peuvent vraisemblablement donner plus ou moins à comprendre les causalités sociales des détresses survenant parfois autour de la naissance.

Les préoccupations de nombreux chercheurs en sciences sociales pour les liens entre circonstances sociales et santé, que celle-ci soit physique ou mentale, trouvent leurs racines dans la composition même des sociétés contemporaines, qui sont inégalitaires en termes de ressources sociales et ce, de plus en plus, depuis les années 1980 et l'avènement du néolibéralisme (Leclerc, Fassin et al. 2000, Aiach and Fassin 2004). Il est aujourd'hui avéré que ces inégalités socio-économiques et symboliques se traduisent également dans la santé, aboutissant à une moins bonne santé générale des segments moins favorisés de la population (Marmot 2004, Marmot and Allen 2014). Nombreux sont donc les socio-anthropologues qui par leurs analyses tentent de remettre les causalités sociales de la souffrance et de la maladie à l'intérieur des sociétés, en posant un regard critique sur les inégalités et sur les conditions concrètes d'existence d'une importante frange de la population. En ce sens, l'accompagnement proposé par les professionnel-le-s de la santé, *centré* sur un contact avec des individus est à prendre avec circonspection, puisque que cet accompagnement ne peut guère confronter les conditions sociales amenant aux détresses.

Les inégalités sociales de santé s'expriment d'ailleurs également dans le champ de la naissance en Suisse, notamment en des taux de morbidité et de mortalité plus élevés pour les personnes issues de la migration, qui globalement bénéficient d'un moindre statut socio-économique (Bollini and Wanner 2006, Conseil Fédéral Suisse 2015). Dans une société devenue plurielle, où le taux de personne dites étrangères atteint près du quart de la population (OFS 2016), les réflexions touchant à la santé, du moins une proportion d'entre elles, doivent prendre en considération tant la composition de la société que l'intervention des inégalités sociales sur la santé. Cette considération me semble

essentielle dans un questionnement sur la construction de savoirs professionnels touchant à l'accompagnement de la naissance.

L'intervention de professionnel-le-s dans le processus de la naissance a par ailleurs fait l'objet d'interrogations plus spécifiques, provoquées par certains comportements curieux des professionnel-le-s de la santé. Depuis quelques décennies, les sages-femmes en particulier proposent, parfois avec insistance, aux pères de couper les cordons ombilicaux de leurs enfants, aux femmes de regarder attentivement leur placenta après la naissance ou encore, et c'est l'exemple le plus frappant, aux parents de regarder et toucher leurs enfants lorsque ceux-ci sont mort-nés (Memmi 2011, Memmi 2014). Ces pratiques et les discours qui les accompagnent ont pour point commun de ne pas avoir été revendiquées par les parents, ou seulement par une minorité d'entre eux. La rencontre avec l'enfant mort fait par exemple l'objet de refus, de sentiments de malaise, notamment de la part de pères. Pour Memmi, ces pratiques d'accompagnement visent à matérialiser l'expérience de la naissance ou de la mort, par le corps. Ce sont également, dans son interprétation, des réponses que les professionnelles créent à plusieurs fins.

La première de ces fins voit, dans ces pratiques et les représentations qui les accompagnent, des stratégies de protection et de valorisation du rôle professionnel. Les praticien-ne-s qui travaillent autour du soin, de la naissance, à la maladie et en passant par la mort, partagent d'exercer des activités relativement peu valorisées dans la société. Renforcer la part d'accompagnement du rôle professionnel et développer les compétences dites relationnelles, qui de l'infirmière, qui de la sage-femme, valorise ce rôle et fait émerger une identité propre, permettant aux professionnel-le-s de créer le sens de leur activité (Memmi 2011, Memmi 2014). Ceci signifie que tout accompagnement constitue, en parallèle d'une action posée pour des familles, un acte pour soi et sa profession, pouvant être utilisé à des fins de « marketing ». Cette forme d'instrumentalisation, « de bonne guerre », n'est pas nécessairement problématique, mais elle doit être gardée à l'esprit pour ne pas aborder le travail des professionnel-le-s de la santé et du social, et donc des sages-femmes, sous un jour naïf. Ce qui, étant donnée mon identité plurielle, de sage-femme et d'anthropologue, est essentiel.

Ensuite, ces élaborations de ce que l'on pourrait appeler de nouveaux rites, prennent également sens dans la société actuelle, plurielle, et dont les valeurs sont moins stables qu'à d'autres époques. L'importance de l'individualité contemporaine, des notions de choix, d'une certaine liberté, certes galvaudée, crée du flou, participant d'un climat anémique (Memmi 2014). En réponse, les professionnel-le-s, déconcertés par ce manque de repères, contribuent à la création de nouveaux cadres des pratiques autour de la naissance et de la mort, afin de réintroduire du sens et des

moralités dans l'espace sociétal. Pour les professionnel-le-s, ces pratiques de réincarnation de l'expérience font de l'accompagnement un outil de promotion de la santé psychique autour de la naissance ou de la mort, une protection à l'encontre de l'anomie contemporaine (Memmi 2014). Enfin, ces nouveaux arrangements avec la vie et la mort, par les velléités d'intervention qu'elles impliquent dans l'expérience des acteurs sociaux, constituent bel et bien, toujours selon Memmi, des formes de gouvernance des corps et de la vie. Ici encore, comme chez Otero et d'autres, l'accompagnement se révèle sous un jour ambigu qui demande à être déconstruit.

Interroger un objet touchant à l'accompagnement de la naissance convoque par conséquent de nombreux enjeux qu'il s'agira d'identifier, pour dépasser un travail, relativement fondamental, de description des processus et contenus impliqués dans la construction de savoirs professionnels. La dimension critique de mon interrogation, qui touche aux implications qu'un renforcement de l'EBM a pour l'accompagnement de la naissance, participe de cette prise de recul à l'encontre de la construction de savoirs. Les sciences sociales ayant déjà très largement interrogé l'intervention d'une approche par le risque de la naissance, ainsi que la médicalisation et la technicisation y étant liées, de mêmes que différentes formes de gouvernances des femmes et des familles à travers l'accompagnement de celles-ci, mon regard principal ne portera donc pas sur ces objets balisés. Ceci dit, les expressions d'une culture du risque et les interventions en formes de gouvernances, étant très présentes dans le champ de la santé, en particulier dans celui de la naissance, je leurs accorderai de l'attention, à l'occasion de certaines saillances et, pour apporter un regard complémentaire à celui d'autres auteur-e-s. Et donc, mon intention principale n'est pas de m'inscrire pleinement en un champ de réflexion déjà occupé, mais bien de chercher, en toute humilité, un chemin moins emprunté. C'est ce que je fais notamment à partir de l'approche par les habiletés, présentée au chapitre théorique, et qui est surtout développée par des anthropologues anglophones.

J'aimerais maintenant revenir sur les deux conceptions de l'accompagnement qui m'intéressent ici, à savoir celle que propose l'EBM d'une part et, de l'autre, celle qui concerne les représentations et les pratiques de sages-femmes indépendantes. Dans le cadre de l'EBM tout d'abord, l'accompagnement, comme toute autre initiative des professionnel-le-s de la santé conçues pour les utilisateurs des systèmes de santé, demande à être évalué en termes d'efficacité et d'efficience. Pour cela, du moins si les chercheurs souhaitent que leurs travaux soient pris en considération à l'intérieur de *guidelines*, les interventions relevant de l'accompagnement sont mises à l'épreuve par essai contrôlé randomisé (ECR). Ces devis de recherche comparent une intervention à une autre en attribuant aléatoirement les personnes soignées à l'un ou l'autre des bras de l'étude, par tirage au sort. L'objectif de comparaison que sous-tend l'ECR implique une standardisation de l'intervention que constitue

l'accompagnement. C'est pourquoi les chercheurs utiliseront des termes ciblés, parlant de soutien, d'entretien motivationnel, d'intervention brève, d'entretien thérapeutique ou encore de visite à domicile par exemple. Dans ce cadre-là, des interventions professionnelles partageant un certain nombre de points communs, tel qu'une écoute, une attitude empathique, une forme de bienveillance et surtout une relation à deux, seront désignés par des termes différents. Pour répondre à l'exigence de précision des ECR, ces interventions dont le médium principal est relationnel, seront évaluées par rapport à un objet de santé précis lui aussi, la peur de l'accouchement, l'expérience de la naissance, la dépression périnatale ou l'adoption de comportements plus ou moins favorables à la santé. Or, certains de ces états réifiés se recourent vraisemblablement ou du moins cohabitent, -je pense notamment à *l'anxiété* et à la *dépression périnatale* ou à la peur de l'accouchement et à *l'anxiété* (Murray and Cooper 1997).

L'objectif prioritaire en recherche quantitative consiste par ailleurs à obtenir, si cela est possible en vertu des phénomènes interrogés, des résultats statistiquement significatifs. Cette exigence constitue l'une des raisons pour lesquelles, les personnes recrutées dans les ECR, et d'autres devis de recherche quantitative, sont issues de catégories socioculturelles similaires pour former des échantillons homogènes, lesquels permettront le cas échéant d'obtenir des résultats significatifs. De nombreux auteurs ont critiqué que cette sélection de sujets en majorité nationaux et plutôt issus des classes moyennes, prive les professionnels de la santé d'informations concernant de nombreux sous-groupes de la population, empêchant notamment d'identifier leurs éventuels besoins et préférences spécifiques (Martin 2006, Bhopal 2007). En ce sens et je l'approfondis dans le chapitre préliminaire, l'utilisation des ECR en tant que forme privilégiée de l'évaluation des interventions en santé pourrait contribuer au renforcement des inégalités d'accès à des soins de santé adaptés. Et c'est d'ailleurs la crainte de cet effet, vraisemblablement impensé, qui à l'origine, m'avait poussée à vouloir interroger différentes conceptions des savoirs professionnel-le-s.

L'accompagnement des sages-femmes indépendantes pourrait quant à lui être défini selon au moins deux modalités différentes. La première consisterait en une focalisation sur l'activité sociale et relationnelle de ces praticiennes, sur leur engagement à accompagner et faciliter, le cas échéant, les processus de la naissance et notamment la rencontre avec l'enfant. La seconde, un peu plus ouverte, porterait sur l'ensemble des activités qu'effectue la sage-femme auprès des familles, comprenant aussi bien les aspects biomédicaux que ceux qui sont sociaux ou relationnels. Dans cette réflexion, je porterai une attention globale à l'accompagnement, c'est-à-dire en incluant également certains aspects biomédicaux, liés par exemple à la santé de l'enfant ou au déroulement de l'allaitement. La composante relationnelle de l'activité des sages-femmes ne peut à mon sens pas vraiment être

séparée de l'ensemble du suivi, le soin comportant à tout moment une dimension relationnelle (Collière 2001, Rossi, Kaech et al. 2009). Intégrer l'accompagnement comme un tout respecte par ailleurs autant l'épistémologie holiste de l'anthropologie (Kilani 1992, Downey 2010) qu'une acception également holiste du rôle de sage-femme largement promue aujourd'hui (Davis-Floyd 2002, Page and McCandlish 2006). L'expérience de la naissance que vivent les femmes est par ailleurs en lien avec le déroulement du suivi biomédical et s'inscrit dans les faits et gestes concrets des professionnels (Kitzinger 2006, Guittier, Cedraschi et al. 2014).

L'accompagnement que proposent les sages-femmes, et donc leurs représentations et leurs pratiques, seront ma porte d'entrée pour appréhender les processus et les contenus qui participent de la construction de savoirs issus de l'expérience. Etant intéressée plus particulièrement par l'aspect relationnel et social de l'activité des praticiennes, je focaliserai ma réflexion essentiellement, mais pas exclusivement, sur la période postnatale. Comme je le montrerai plus loin à partir de l'enquête de terrain, la dimension relationnelle du suivi sage-femme est particulièrement importante à cette période. L'importante littérature socio-anthropologique qui appréhende le suivi de la naissance a par ailleurs largement investigué le suivi de la grossesse et de l'accouchement. Ces périodes sont investies par une intense médicalisation et technicisation, emblématiques de la culture du risque et demandaient donc à être interrogées. M'intéresser à l'accompagnement de la période postnatale participe dès lors du souhait, déjà mentionné, de construire un objet relativement original pour la socio-anthropologie de la naissance. Par ailleurs, la Suisse est l'un des rares pays offrant un accompagnement postnatal à domicile par une sage-femme sur une dizaine de jours ou plus, d'où l'intérêt de questionner le contenu de cette prestation et de ses implications pour les familles. Il s'agira donc d'observer et d'analyser comment des sages-femmes construisent, négocient, et font circuler leurs savoirs sur la période postnatale et son accompagnement, à partir de quelles activités et de quels contacts, avec des familles ou entre elles.

Comme je le précise dans le cadre de référence, l'anthropologie de la santé à laquelle je me rattache est impliquée, notamment en regard des questions d'inégalité sociale de santé et d'accès à des soins de santé. En ce sens, cette interrogation au sujet de l'accompagnement que des sages-femmes proposent à des familles dans la période postnatale concerne la population dans sa diversité et inclut la thématique des inégalités sociales de santé et d'accès à des soins de santé adaptés. Ce choix repose sur un engagement éthique, tant anthropologique que professionnel, la qualité de la médecine et des soins n'étant réalisée qu'à la condition d'atteindre les différentes strates de la population (Tunçalp, Were et al. 2015). Par ailleurs, la morbidité et la mortalité périnatales et maternelles des personnes issues de l'immigration étant plus élevées que celles des personnes

indigènes en Suisse et en Europe, la question des inégalités sociales de santé reste un thème socio-anthropologique essentiel. A cet égard, la capacité des professionnel-le-s de la santé à contourner les barrières limitant l'accès à leurs prestations, ou aux ressources du réseau sociosanitaire, est particulièrement importante. Les processus accompagnant le devenir mère tendent par ailleurs à faire l'objet de représentations réifiées et souvent réductionnistes, notamment dans certains ouvrages à succès destinés aux professionnel-le-s. Les réactions des femmes à l'expérience de la naissance sont vues en termes psychologiques et, sont souvent circonscrites par leur histoire familiale<sup>20</sup>. Les sages-femmes indépendantes rencontrant les familles à leur domicile, il sera donc particulièrement intéressant d'observer comment d'autres circonstances, que celles de la trajectoire familiale, interviennent dans l'expérience de la naissance. Entre problèmes posés par les inégalités sociales de santé et d'accès à des soins de santé adaptés et perception réifiée de l'expérience de la naissance, il me semble donc important d'interroger la diversité sociale et culturelle qui caractérise vraisemblablement l'expérience de la période postnatale et l'accompagnement des sages-femmes.

Accompagner des familles autour de la naissance, se préoccuper de leur santé physique et mentale, tout en construisant en continu des savoirs sur cette activité et ses circonstances, concerne donc un champ complexe et dense. Entre une participation à l'extension de la médicalisation et à la réalisation des gouvernances néolibérales, entre des expériences de la naissance qui s'inscrivent dans des circonstances de vie plus larges, pas nécessairement faciles, l'accompagnement des sages-femmes s'annonce comme une construction loin d'être univoque. La période postnatale implique une certaine vulnérabilité physique, sociale, et psychique, rappelant la vulnérabilité inhérente à la condition humaine dont parlent les théoricien-ne-s du Care. Cette période fait par ailleurs l'objet de nombreuses prescriptions idéologiques, notamment autour des soins à l'enfant et ceci depuis plusieurs siècles (Boltanski 1984, Delaisi de Parseval and Lallemand 1998, Neyrand 2000). L'accompagnement des familles durant la période postnatale est, en d'autres termes, le lieu d'une riche élaboration culturelle, sous-tendue par des enjeux parfois difficiles pour les familles, mais également les sages-femmes, faisant d'une interrogation sur la construction des savoirs à cette période un objet pertinent pour les sciences sociales. Dans une période où l'EBM incite à penser les

---

<sup>20</sup> Plusieurs ouvrages francophones parlant du vécu de la maternité ont été écrits par des psychanalystes françaises à partir de leur expérience professionnelle auprès de femmes expérimentant de la détresse durant cette période. Ces ouvrages ne reposant pas sur de la recherche, ont connu un succès notable en Suisse romande et ont participé à la circulation de plusieurs représentations de la naissance, qui posent cet événement comme un facteur d'influence direct et concret sur le vécu des femmes, faisant de certains ressentis, décrits par ailleurs de manière très conceptuelle, des passages presque obligés. Par exemple, il est devenu de l'ordre du sens commun professionnel de s'attendre à ce que les femmes ressentent de l'ambiguïté vis-à-vis de leur grossesse à son début, qu'elles vivent un état de transparence au cours de la grossesse, soit une capacité à jouer de leur trajectoire intrafamiliale pour mieux la comprendre, ou encore qu'elles fantasment à un enfant imaginaire dont il s'agira de faire le deuil au moment de la naissance. Les trimestres de la grossesse, ainsi que les premiers jours de la période postnatale, correspondraient ainsi à des états relativement précis que les professionnels seraient en mesure d'anticiper. Si ces écrits ont contribué à démystifier l'expérience de la naissance en tant qu'évènement forcément heureux, ils ont à mon sens contribué à réifier les représentations de cet événement, en négligeant les circonstances entourant celui-ci-ci lorsqu'elles dépassent le cercle intrafamilial. Voir par exemple : Bydlowsky, M. (2000). *Je rêve un enfant: l'expérience intérieure de la maternité*. Paris, Odile Jacob, Bergeret-Amslek, C. (2005). *Le mystère des mères*. Paris, Desclée de Brouwer.

interventions des professionnelles sous la forme binaire efficace/non efficace, il m'a semblé important de déconstruire l'accompagnement d'une période de la naissance à travers une enquête anthropologique, permettant d'interroger les implications des politiques de construction des savoirs contemporaines pour la compréhension de l'expérience de la naissance et de son suivi.

Dans la suite de cette partie introductive, un chapitre résume plusieurs des caractéristiques du développement de l'EBM et, synthétise les principales interrogations soulevées par les sciences sociales à son égard. Ce chapitre comporte également deux analyses documentaires effectuées par mes soins. L'une, effectuée sur les principaux manuels d'introduction à ce modèle de construction de savoirs, questionne l'intégration des savoirs issus de l'expérience par l'EBM. L'autre, portant sur l'analyse de plus de 100 essais contrôlés randomisés, analyse comment les interventions relevant d'un accompagnement de la naissance, sont conçues et évaluées dans le cadre de l'EBM. Cette analyse sera utilisée dans la suite du travail, pour faire ressortir les spécificités des savoirs issus de l'expérience construits par les sages-femmes et, interroger leur place dans la compréhension de la naissance et de son vécu.

Vient ensuite une première partie, théorique et méthodologique. A l'intérieur de celle-ci, le chapitre 1 présente les principales références utilisées pour penser mon objet, et qui sont issues d'une part de la socio-anthropologie de la santé et, de l'autre, d'un courant anthropologique qui étudie la construction des habiletés et savoirs humains. Le chapitre 2 présente les différentes méthodes utilisées, ainsi que certains partis pris. Ensuite, le chapitre 3 qui se veut réflexif, interroge ma relation à l'objet de recherche, ainsi que les stratégies employées pour jouer sur la distance à cet objet durant l'enquête et ses suites. Enfin, le chapitre 4 clôt cette partie méthodologique en présentant l'association l'Arcade sages-femmes à Genève<sup>21</sup> qui a constitué le principal lieu de l'enquête.

La seconde partie de la thèse présente les résultats de l'enquête de terrain et cerne les différents processus, sources, et contenus, contribuant à la construction de savoirs expérientiels. Chaque source participant de l'élaboration de savoirs est présentée à l'intérieur d'un chapitre. Cette partie interroge également, quand cela semble pertinent, comment les différentes formes de savoirs identifiées interviennent dans l'accompagnement des sages-femmes et donc, dans l'expérience des femmes et des familles.

La troisième et dernière partie propose une synthèse en plusieurs points, abordant tout d'abord ce que l'expérience des sages-femmes dit du vécu de la naissance, en particulier celui de la période

---

<sup>21</sup>L'Arcade sages-femmes a souhaité que le nom de son association soit cité explicitement et ne soit pas rendu anonyme dans ce travail et dans les publications en découlant. Tous les prénoms des sages-femmes, des parents et des enfants sont par contre des pseudonymes. Certains détails peuvent avoir été omis pour préserver l'anonymat des répondant-e-s.

postnatale. Cette synthèse interroge ensuite le droit à la parole des différents acteurs de la périnatalité et, souligne certaines implications d'une conception restrictive des savoirs, que je relie au contexte de l'EBM et aux relations de professions entre elles. Ensuite encore, différents processus d'évaluation des savoirs expérientiels, mis en œuvre par les sages-femmes ou les parents, sont décrits, ce qui fait ressortir les logiques plurielles sous-tendant l'évaluation des pratiques. Enfin, une conclusion revient sur les forces et les limites de cette recherche et en souligne les principaux apports.



## II. Chapitre préliminaire : A l'ère du mouvement social et modèle de construction de savoirs de l'Evidence-Based Medicine

L'Evidence-Based Medicine et ses dérivés, Evidence-Based Practice, Nursing ou Midwifery, se développent depuis plus de 20 ans, principalement dans les pays dits occidentaux, et ont donné lieu à des innovations concernant la production, la transformation, et la circulation de savoirs, destinés au champ de la santé<sup>22</sup>. Présentée comme un moyen de sélectionner les interventions médicales et soignantes efficaces et efficientes, et donc vue comme un possible instrument de rationalisation de la médecine, l'EBM a rapidement fait l'objet de critiques émanant aussi bien de professionnel-le-s de la santé que de chercheurs en sciences sociales. Implémentée dans les systèmes de formation des professionnel-le-s de la santé, qui ont été transformés pour permettre l'acquisition de nouvelles compétences en traitement de l'information (Mykhalovskiy and Weir 2004, Lambert 2006), le modèle de construction des savoirs et le mouvement social que constitue l'Evidence-Based Medicine, sont devenus incontournables pour penser les systèmes de santé occidentaux contemporains.

Le fonctionnement de l'EBM repose sur une multitude d'opérations comprenant la conduite de recherches biomédicales auprès de personnes soignées, la publication des résultats de ces recherches dans les journaux à comité de lecture, la construction de documents de synthèse – revues systématiques de littérature et *guidelines* –, la recherche de ces différents documents à partir de banque de données spécialisées, leur évaluation à partir de grilles standardisées et, pour finir, la plus ou moins grande mise en pratique des résultats de recherche. Toutes ces étapes ont simultanément lieu sur un plan global, à l'intérieur de contextes aux caractéristiques singulières, constituant ainsi des objets pertinents et variés pour les sciences sociales.

Ce chapitre préliminaire propose tout d'abord un bref historique du développement de l'objet complexe et multiforme qu'est l'EBM et situe ce mouvement social à l'intérieur d'un contexte situé et influant. Il synthétise ensuite les principales critiques formulées à l'encontre de l'EBM en sciences sociales, pour se focaliser, enfin, sur quelques problématiques précises touchant au lien entre EBM, savoirs expérientiels, et accompagnement de la naissance.

### II.1 Evidence-Based Medicine : un changement de paradigme ?

Le terme d'Evidence-Based Medicine apparaît en 1992 dans un article publié par un groupe de médecins travaillant à l'université Mc Master à Hamilton au Canada, posant l'EBM comme une

---

<sup>22</sup> Pour une revue complète voir : Timmermans, S. and M. Berg (2003). *The Gold Standard : the Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia, Temple University Press, Mykhalovskiy, E. and L. Weir (2004). "The Problem of Evidence-based Medicine: Directions for Social Science." *Social Science & Medicine* 59(5): 1059-1069, Lambert, H. (2006). "Accounting for EBM: Notions of Evidence in Medicine." *Ibid.* 62(11): 2633-2645, Broom, A. and J. Adams, Eds. (2012). *Evidence Based Healthcare in Context : Critical Social Science Perspectives*. Surrey, Ashgate, Moreira, T. (2012). *The Transformation of Contemporary Health Care*. New York, Routledge.

intégration des résultats de recherche à la pratique clinique (Guyatt G and et al. 1992, Mykhalovskiy and Weir 2004). Son essor en tant que forme officielle du savoir médical et soignant est rapide, du moins dans les discours. Aujourd'hui, l'utilisation du terme *Evidence-Based* dépasse le champ de la médecine et est employé pour désigner de multiples activités humaines supposées se baser sur des preuves scientifiques (Graz 2012, Pestre 2013).

L'EBM et ses déclinaisons poursuivent trois types d'objectifs, qui se résument sous les concepts *d'efficience*, *d'efficacité*, et *d'engagement* (Moreira 2012, p.1). L'efficience inscrit l'EBM dans une logique d'utilisation optimale des ressources des systèmes de santé, et d'une promotion de leur économicité. L'efficacité vise la sélection des meilleurs traitements et l'abandon de ceux qui sont inefficaces, voire néfastes. Le système de santé suisse intègre l'EBM à un niveau macrosocial en inscrivant les critères d'économicité et d'efficacité démontrée par des méthodes scientifiques dans la loi sur l'assurance maladie, entérinant, au moins en partie, le mode de décision bureaucratique-scientifique<sup>2324</sup> (Harrison, Moran et al. 2002). La notion d'engagement réfère à la centration sur les personnes bénéficiaires du système de santé et sur les moyens permettant de leur donner « voix au chapitre » (Moreira 2012). Au Royaume Uni, cette troisième dimension est représentée par les associations de consommateurs qui voient dans l'EBM un moyen pour obtenir des soins sûrs et adaptés aux besoins des personnes (Newburn 2011, Moreira 2012, Akrich, Leane et al. 2014, Rabeharisoa, Moreira et al. 2014).

Au cours de son lancement, l'EBM a été présentée comme un changement de *paradigme*, ses fondateurs se réclamant d'une médecine basée sur l'épidémiologie et les méthodes probabilistes plutôt que sur l'empirisme clinique (Guyatt G and et al. 1992). Dans les manuels théoriques publiés pour expliciter cette nouvelle approche de la médecine, la réflexion clinique à propos des processus physiopathologiques est conçue comme un processus non fiable, ne pouvant faire preuve<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup> La loi sur l'assurance maladie Suisse LAMAL stipule à l'article 32 : « Les prestations mentionnées aux articles 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques ». <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19940073/index.html>.

<sup>24</sup> Cette évolution est loin d'être totalisante en Suisse. La liberté des médecins suisses, protégée par un système qui reste libéral, est bien plus importante que celle d'autres praticien-ne-s exerçant dans des pays où le modèle scientifique-bureaucratique est réellement implanté, notamment en Grande-Bretagne Harrison, S., M. Moran and B. Wood (2002). "Policy Emergence and Policy Convergence: the Case of 'Scientific-Bureaucratic Medicine' in the United States and United Kingdom." *The British Journal of Politics & International Relations* 4(1): 1-24, Light, D. W. (2010). Health Care Professions, Markets and Countervailing Powers. *Handbook of Medical Anthropology*. C. E. Bird, P. Conrad, A. M. Fremont and S. Timmermans. Nashville, Vanderbilt University Press: 270-289.. Les taux inter-institutionnels, inter-régionaux et inter-praticiens d'interventions chirurgicales telles que les césariennes ou les hystérectomies, qui sont très différents, attestent de cette liberté Domenighetti, G. and al., Eds. (1996). *Consommation chirurgicale en Suisse*. . Lausanne, Réalités Sociales, OFSP, O. F. d. I. S. P. (2012). Indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus 2008/2009. Berne, Office Fédéral de la Santé Publique, Département Fédéral de l'Intérieur, Confédération Helvétique..

<sup>25</sup> Selon Graz, l'EBM correspond à l'instauration d'un régime de preuve différent qui n'est plus basé sur les réflexions physiopathologiques et la compréhension de la maladie, mais sur l'évolution de la personne soignée (2012). En ce sens, la quête de l'efficacité peut apparaître comme athéorique. A noter que le terme de preuve est une traduction parfois considérée comme insatisfaisante du terme anglais « evidence ». En anglais, « evidence » évoque des indices objectifs, des traces qui serviront éventuellement à faire preuve, mais n'a pas la force totalisante du terme français. L'implication de l'utilisation du terme « preuve » dans les pays francophones est par conséquent interrogée, car elle induit un renforcement de la séparation entre savoirs valides et savoirs non valides. Pour éviter d'utiliser le terme de preuve jugé trop connoté, certain-e-s auteur-e-s et praticien-ne-s utilisent par ailleurs les termes de médecine factuelle ou basée sur les

(Timmermans and Berg 2003, Mykhalovskiy and Weir 2004, Lambert 2006). L'on peut concéder que sur un plan social, de par l'étendue que prend l'EBM dans les discours contemporains sur la médecine et les soins, et de par la formation de réseaux internationaux telle que la *Cochrane Collaboration*, un changement de paradigme a effectivement eu lieu (Kuhn 1970). De plus, le développement de l'EBM qui est concomitant à celui d'Internet s'est accompagné de la création et de l'expansion d'une multitude d'activités nouvelles autour de la production, transformation, et circulation de l'information dite scientifique, constituant à cet égard également un changement de paradigme (Lambert 2006).

Ceci dit, le développement d'une médecine informée par la recherche scientifique, clef de voûte du modèle de l'EBM, remonte au moins au début du 20<sup>ème</sup> siècle (Hacking 1990, Marks 1999). L'EBM participe d'un ensemble de mesures de quantification et de standardisation opérées non seulement en médecine, mais aussi dans de nombreux champs des sociétés occidentales, ceci pour contourner l'incertitude que crée la subjectivité (Hacking 1990, Douglas 1992, Desrosières 1993, Porter 1995, Timmermans and Berg 2003, Hacking 2006). En ce sens, l'EBM ne serait qu'un objet de plus à l'intérieur d'une culture quantitativiste. L'utilisation d'Essais Contrôlés Randomisés (ECR) pour évaluer les traitements médicaux a quant à elle été promue par des médecins *réformateurs* à partir du début du 20<sup>ème</sup> siècle déjà, dans le but de contenir le pouvoir des compagnies pharmaceutiques et celui des praticien-ne-s (Marks 1999, Keel 2011). Sur un plan épistémologique, l'EBM relève donc plus d'une évolution de la médecine *scientifique* et de la culture biomédicale, que d'un changement paradigmatique. Ceci implique que plusieurs caractéristiques culturelles de l'EBM ont acquis une stabilité, dont participe la survalorisation des méthodes quantitatives dans la construction des savoirs médicaux.

La socialisation de la corporation médicale à l'usage de l'ECR, méthode de recherche contre-intuitive<sup>26</sup>, a pris plusieurs dizaines d'années, n'aboutissant à un réel succès qu'à la fin du vingtième siècle (Marks 1999, Keel 2011). Archibald Cochrane, médecin anglais, joua à cet égard un rôle majeur en écrivant un pamphlet critique sur la médecine, qui soulignait le manque de légitimité scientifique de certains traitements et les disparités de pratique entre médecins. Le choix des traitements dépendait, à son sens, des préférences des praticien-ne-s plutôt que des résultats de recherche (1977). Évaluer l'efficacité d'un traitement est difficile, les effets thérapeutiques ou nosocomiaux étant rarement spectaculaires, se confondant parfois avec d'autres facteurs dont l'évolution

---

faits Straus, S. E., S. W. Richardson, P. Glasziou and R. B. Hayes, Eds. (2007). *Evidence Based Medicine : médecine fondée sur les faits*. Issy-Les-Moulineaux, Elsevier Masson .

<sup>26</sup> En raison du tirage au sort des sujets pour leur attribution à l'un des bras de l'étude. Le traitement n'est alors plus raisonné et cela est perturbant pour de nombreux praticien-ne-s. Les sages-femmes, dont je faisais partie et à qui les objectifs de la randomisation n'avait au début de l'EBM pas été explicités, avaient la sensation de recourir à une méthode insensée et impersonnelle.

naturelle des maladies (Cochrane 1977, Sackett, Straus et al. 2000, Greenhalgh 2006). Conscient que toutes les interventions médicales n'ont pas la même efficacité, et que certaines interventions ont des effets iatrogènes, Cochrane a promu l'idée d'une médecine autocritique, qui viserait une meilleure efficacité et une meilleure efficience pour mieux attribuer les ressources limitées des systèmes de santé. Il a enjoint les médecins à ce que d'une part les interventions thérapeutiques soient évaluées par ECR, et à ce que, d'autre part, ces études soient regroupées à l'intérieur de revues systématiques de littérature (Cochrane 1977). Ce positionnement fit date, et la Cochrane Collaboration and Library, institution et banque de données emblématique de l'EBM, fut nommée en l'honneur de ce médecin réflexif. La Cochrane Library recense les ECR publiés sur les 5 continents, construit et publie des revues systématiques à partir des résultats de ces études.

Cochrane avait désigné l'obstétrique en tant qu'exemple prototypique d'une médecine incapable de construire un faisceau de pratiques efficaces et cohérentes. Plusieurs obstétriciens et sages-femmes entendirent son plaidoyer et figurent parmi les fondateurs de la *Cochrane Library* et de son groupe « Grossesse et accouchement »<sup>27</sup>. Parmi les premières initiatives de ces chercheurs figure la publication d'un ouvrage évaluant la pertinence des interventions préventives et thérapeutiques courantes durant la naissance (Chalmers, Enkin et al. 1989, Enkin, Keirse et al. 1995, Enkin, Keirse et al. 2000). Ces chercheurs critiquent l'excès de médicalisation de la grossesse et de la naissance et recommandent de ne pas imposer d'interventions inutiles aux femmes. L'une des premières démarches entreprises par ce groupe fut de dresser une liste des interventions courantes en les classant selon leur degré d'efficacité présumée. Ainsi, l'épisiotomie<sup>28</sup>, le rasage de la vulve, le lavement en début de travail, les touchers vaginaux en cours de grossesse, l'usage du monitoring fœtal en continu durant le travail, lorsqu'ils sont systématiques, ont été désignés comme des pratiques inutiles, voire délétères (Chalmers, Enkin et al. 1989, Enkin, Keirse et al. 1995, Enkin, Keirse et al. 2000). L'EBM a donc été conçue comme un instrument de prévention quaternaire devant limiter les dysmédicalisations, à savoir les engagements insuffisants, inadéquats ou, excessifs, de médicalisation.

Les résultats de revues systématiques d'ECR construites par la *Cochrane Library* sont intégrés aux *guidelines* publiés par des organismes nationaux et internationaux tels que l'OMS ou le NICE, et aux ouvrages professionnels<sup>29</sup>. L'EBM, et particulièrement la banque de données *Cochrane*, sont donc des

---

<sup>27</sup> Traduction personnelle de « Pregnancy and Childbirth Group ».

<sup>28</sup> L'épisiotomie est une incision du périnée féminin pratiquée lors de la naissance. Elle a été très fréquemment utilisée dans les contextes où la naissance est médicalisée dans l'intention d'éviter les déchirures ou d'accélérer la dernière phase de la naissance. Ces déchirures sont classifiées en quatre degrés. Le premier degré n'implique pas les muscles du périnée. Le deuxième degré implique les muscles du périnée et équivaut à la profondeur de l'épisiotomie. Les troisième et quatrième degrés impliquent des déchirures partielles et complètes du sphincter anal. Ces dernières, plus graves, sont plus fréquentes lorsqu'une épisiotomie a été pratiquée Cunningham, F., K. J. Leveno, S. L. Bloom and J. C. Hauth (2010). *Williams Obstetrics*. New York, McGraw-Hill.

<sup>29</sup> Voir par exemple chez : Walsh, D. (2001). *Evidence Based Care for Normal Labour and Birth*. London Routledge, Fraser, D. M. and M. A. Cooper, Eds.

sources de savoirs essentielles pour les praticien-ne-s souhaitant s'impliquer pour une médicalisation raisonnée et raisonnable de la naissance. Ces références sont d'ailleurs utilisées au premier degré par des chercheurs en sciences sociales critiquant la technicisation et la médicalisation de la naissance<sup>30</sup>, et par les associations de consommateurs<sup>31</sup> (Newburn 2011, Akrich, Leane et al. 2014, Rabeharisoa, Moreira et al. 2014).

A l'instar de toute forme de savoir humain, l'EBM, aussi scientifique qu'elle se propose d'être, s'insère néanmoins dans un contexte social, qui influence ses productions et l'usage qui est fait de celles-ci. Parmi les phénomènes influençant les modalités de développement de ce modèle figure le climat économique de ces trente dernières années caractérisé par des crises budgétaires successives et par des difficultés à financer l'ensemble des services publics, dont les systèmes de santé (Pouvoirville de 2002, Burton-Jeangros, Hammer et al. 2010). L'époque néolibérale contemporaine se traduit par un climat d'austérité budgétaire et de méfiance généralisée à l'encontre des services publics. Dans ce contexte, l'efficacité des prestations de service est constamment remise en cause, appelant des plans d'économie à réduire les coûts de production, notamment ceux qui sont liés aux frais de personnel. L'engouement pour l'ECR dans le cadre culturel de l'EBM, couplé à l'obsession pour les économies de l'ère néolibérale, pourrait participer de l'instauration d'une médecine nihiliste, où seules les prestations validées par des Essais Contrôlés Randomisés (ECR) seraient financées par les systèmes de santé (Massé 1993, Pouvoirville de 2002). Or, seules les interventions relativement simples, idéalement l'administration de médicaments, agissant sur des problèmes relativement simples et bien définis eux-aussi, s'évaluent de manière satisfaisante par ECR. Toute intervention plus complexe ou dont les effets ne seraient pas facilement définis, demande d'autres devis de recherche ou processus pour être évaluée (Enkin 2006). Ces interventions-là pourraient donc être considérées comme inefficaces si évaluées par ECR et disparaître à terme des prestations remboursées (Massé 1993, Pouvoirville de 2002).

En obstétrique, l'utilisation de l'EBM à des fins économiques se constate à travers l'usage à dimension variable des résultats de recherche, ce qu'illustre un exemple pour le moins emblématique. Dès le lancement de la désormais célèbre Cochrane Library, l'une des revues systématiques publiées par cette institution démontrait l'importance que chaque femme puisse être accompagnée par une personne en continu au cours de l'accouchement (Hodnett, Gates et al. 2012). La première version de cette revue était formulée de manière particulièrement impérative, ce qui est

---

(2003). *Myles : textbook for midwives*. Edinburgh, Churchill Livingstone, Downe, S., Ed. (2004). *Normal Childbirth, Evidence and Debate*. Edinburgh, Churchill Livingstone, Downe, S. (2009). *The Transition and The Second Stage of Labour : Physiology and the Role of the Midwife*. *Myles Textbook for Midwives*. D. M. Fraser and M. A. Cooper. Edinburgh, Churchill Livingstone..

<sup>30</sup> C'était notamment le cas de Davis-Floyd lors d'une conférence donnée au CHUV à Lausanne il y a quelques années.

<sup>31</sup> Les résultats des revues systématiques ou d'autres recherches importantes sont également référencées sur de nombreux blogs promouvant une médicalisation raisonnée et raisonnable de la naissance, ainsi que sur le réseau social Facebook (Notes de terrain).

rare dans le ton habituellement prudent de la Cochrane Library. Ce document, constituant le plus haut niveau de preuve dans le système de l'EBM, disponible depuis le milieu des années 1990 (Hodnett 1995), n'a cependant guère été suivi dans les maternités romandes. Si l'une d'entre elles a pratiqué l'accompagnement dit « one-to-one » pendant une décennie, elle ne le fait plus à l'instar de toutes les autres. Les sages-femmes suivent par conséquent souvent 2 à 3 accouchements en parallèle. Le climat de travail qui s'en suit est tendu, la rapidité étant devenue l'une des qualités principales recherchées pour les sages-femmes hospitalières.

L'évolution des sociétés néolibérales s'accompagne par ailleurs d'une méfiance à l'encontre du fonctionnement et des prestations de l'Etat, amenant de plus en plus d'acteurs à être contrôlés par des procédures qualité. Ces dernières prennent la forme d'instruments quantitatifs standardisés, questionnaires et autres procédures, devant amener une nouvelle transparence entre les usagers et les prestataires de service et marquant une période où la confiance n'est plus de mise. L'*accountability*, le devoir de rendre des comptes, s'impose. L'EBM constitue l'une de ces formes de contrôle (Abraham 2014), et se traduit par une méfiance renforcée à l'encontre de la perception et de l'analyse cliniques. Ce sentiment négatif se justifie ceci dit en partie étant données certaines errances qui se produisent en obstétrique et dans d'autres champs de la médecine (Cochrane 1977, Katz 1984). Et donc, tant du point de vue de la médecine dite scientifique (Gordon 1988), que de celui de la culture de l'audit, l'EBM est intégrée à un environnement valorisant les procédures quantitatives au détriment de processus qualitatifs. Or, toute conception des savoirs participe inmanquablement de la compréhension des phénomènes de santé et de la manière de les aborder, et c'est ce qui m'intéresse particulièrement dans cette réflexion touchant à l'accompagnement de la naissance.

Pour résumer, l'EBM découle d'une volonté de résoudre des problèmes récurrents de la médecine, tels que disparités des pratiques et usage de traitements parfois inefficaces voire néfastes. L'évaluation des traitements, comme celle des dispositifs de diagnostic et de dépistage, est indispensable, légitimant le recours à ce modèle. Ce projet éthique et économique ne se déroule cependant pas selon les vœux de ses concepteurs et promoteurs, ce que discute la suite de ce chapitre à partir d'une revue de littérature.

## **II.II. Evidence-Based Medicine : un modèle de construction de savoirs critiqué**

Le développement de l'EBM a rapidement fait l'objet de critiques variées émanant aussi bien de chercheurs en sciences sociales et de la santé, que de praticien-ne-s. Plusieurs auteur-e-s ont ainsi effectué des revues de littérature dès le milieu des années 2000 pour constituer des typologies de ces critiques et proposer de nouvelles pistes de recherches pour l'objet EBM en sciences sociales

(Mykhalovskiy and Weir 2004, Lambert 2006). Dans cette section, je propose de passer en revue ces critiques, puis d'en approfondir les aspects directement reliés à mon questionnement.

Dans une réflexion à plusieurs niveaux, Helen Lambert commence par établir une typologie en 6 points des critiques adressées à l'EBM à partir d'une revue structurée de littérature. Selon les auteur-e-s qu'elle a consulté-e-s, l'utilisation de résultats de recherches pour décider d'attitudes préventives, diagnostiques, ou thérapeutiques, auprès de patient-e-s individuel-e-s ne va tout d'abord pas de soi. Les résultats d'ECR ou d'autres devis de recherche concernent en effet des populations et non des personnes individuelles et il s'agit pour le praticien d'interpréter si ces résultats correspondent suffisamment aux profils individuels des personnes soignées. Cette étape de la décision clinique est d'autant plus complexe à réaliser que les populations recrutées par les chercheurs sont souvent en relativement bonne santé, ce qui n'est pas le cas d'une proportion importante des personnes soignées (Berkwits 1998, Greenhalgh 2014).

Ensuite, l'EBM valorisant particulièrement l'essai contrôlé randomisé (ECR) en tant que moyen d'évaluer les interventions thérapeutiques, il s'en suit une survalorisation des interventions ciblées sur les individus au détriment d'interventions plus complexes incluant les contextes de vie. Ce deuxième type de critiques souligne le risque que l'EBM renforce les inégalités sociales de santé et d'accès à des soins de santé adaptés ; les interventions centrées sur les contextes étant *a priori* plus efficaces pour contrecarrer ces inégalités (Kickbusch 2001, Stahl, Wismar et al. 2006, Link and Phelan 2010). Ensuite encore, l'EBM est perçue comme un modèle qui nierait l'importance des habiletés cliniques en médecine, notamment la dimension sensorimotrice, qui implicite voire ineffable, est néanmoins nécessaire à la compréhension des situations. La production de *guidelines* conduirait ainsi à une médecine plus applicative que réflexive, niant l'autonomie et l'expertise des praticien-ne-s, soit ce que certain-e-s nomment l'art de la médecine (Gordon 1988). Pour suivre, d'autres considèrent que l'instauration de l'EBM interfère avec la prise en considération de l'opinion des personnes soignées, leur avis, forcément subjectif, n'étant pas considéré comme une forme acceptable d'*évidence* sur la maladie ou la santé. Enfin, de nombreuses critiques relèvent que les résultats de recherche se traduisent difficilement en changements de pratiques concrets, dénonçant un décalage entre recommandations et attitudes effectives des praticien-ne-s (Gordon 1988, Dopson, Locock et al. 2003, Downe 2008, Downe 2011, Perrenoud 2014).

Lambert remarque également que les fondateurs de l'EBM, notamment les épidémiologues cliniques de l'université Mc Master et les premiers membres de la collaboration Cochrane, ont adopté une stratégie intégrative des critiques faites à leur modèle. Ces auteurs ont fait évoluer leur rhétorique et transformé la définition de l'EBM qui devint en théorie une *intégration des meilleures données*

disponibles alliées à la compétence clinique du praticien, aux valeurs individuelles et à la situation du patient (Straus, Richardson et al., 2007, p.1)<sup>32</sup>. Cette ouverture aux critiques aboutit également à une prise en considération de la recherche qualitative, initialement non considérée en tant que forme de preuve. Ceci dit, cette intégration reste en partie problématique, la part interprétative et réflexive de la recherche qualitative, ainsi que sa densité, tendant à être remplacée par une centration sur différents moyens de contrôle de la production des données (2006)<sup>33</sup>. Les adaptations effectuées pour répondre aux critiques ne semblent donc pas inclure de remise en question d'ordre épistémologique.

Mykhalovskiy & Weir ont quant à eux relevé que de nombreux critiques de l'EBM, faisant partie de courants néo-marxistes, voient dans ce modèle un instrument de la rationalisation de la médecine et des soins. Sans nier que cette crainte puisse en partie se réaliser, ces deux auteurs regrettent cependant que les critiques néo-marxistes soient basées sur des présomptions plutôt que des recherches de terrain et ils invitent par conséquent à analyser le phénomène de l'EBM à partir des conditions concrètes de son utilisation en des lieux de pratiques situés. Ce sont des réflexions conduites à partir de situations réelles, qui ont par exemple dévoilé la pression exercée sur les personnes soignées pour qu'elles participent aux recherches sur lesquelles repose le système de l'EBM (2004).

Plus récemment, de nouvelles interrogations sur le fonctionnement de l'EBM ont émergé. Malgré les intentions d'articuler différents types de savoirs pour conduite aux décisions cliniques, ce modèle tendrait à promouvoir un climat où plus rien ne va de soi et ne peut être pensé sans recourir à de la recherche (Broom and Adams 2012). Cette attitude, qui si elle n'est pas totalisante -les données issues de la recherche ne pouvant pas couvrir l'intégralité du champ de la clinique par définition presque infini- limite néanmoins le champ de ce qui est pris en considération dans les décisions cliniques. Par ailleurs et pour ce qui est de l'obstétrique, les savoirs issus de la recherche sont produits à un niveau global, dans des contextes disparates ne pouvant guère être appréhendés par les praticien-ne-s lisant les résultats de recherche. De plus, la médicalisation et la technicisation de la naissance étant aujourd'hui si répandues, qu'il en devient difficile d'évaluer des interventions autour de l'accouchement en l'absence de surmédicalisation (Klein 2010). Entre globalisation et

---

<sup>32</sup> Qui est une traduction de la célèbre formule de David Sackett : « Evidence-Based Medicine is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values » (2000, p.1)

<sup>33</sup> Voir notamment : Barbour, R. S. (2001). "Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog?" *BMJ* **322**(7294): 1115-1117, Lambert, H. and C. McKeivitt (2002). "Anthropology in Health Research: from Qualitative Methods to Multidisciplinarity." *Ibid.* **325**: 210-213, Grypdonck, M. H. (2006). "Qualitative Health Research in the Era of Evidence-Based Practice." *Qualitative Health Research* **16**(19): 1371-1385, Denzin, N. K. (2009). "The elephant in the living room: or extending the conversation about the politics of evidence." *Qualitative Research* **9**(2): 139-160, Comelles, J. M. (2010). Should Physicians and Psychiatrists also be Ethnographers ? *The Taste for Knowledge : Medical Anthropology Facing Medical Realities*. S. Fainzang, H. Einar Hem and M. Bech Risor. Aarhus, Aarhus University Press.



médicalisation, l'utilisation des résultats de recherche sur un plan local pose question, notamment pour ce qui concerne les naissances *a priori* physiologiques et, ne nécessitant théoriquement pas de technicisation.

D'autres auteur-e-s ont souligné que si l'EBM est une entreprise qui se voudrait objective, elle reste soumise à des considérations idéologiques, qui interviennent à tous les stades de la démarche de production, transformation, circulation et utilisation des savoirs. Par exemple, les résultats de recherche tendent à correspondre aux idéologies des chercheurs en ce qui concerne l'accouchement à domicile, ce qui est réalisé à travers le choix des issues de santé mesurées pour évaluer la sécurité des différents lieux de naissance (De Vries and Lemmens 2006, de Vries, Paruchuri et al. 2013). Les décisions relevant des politiques de la naissance tendent par ailleurs à se prendre à partir de critères plus ou moins sévères, selon les objets. Typiquement, la naissance à domicile est freinée dans certaines politiques de santé à partir de recherches correspondant à un faible niveau de preuve dans le modèle de l'EBM et, la sécurité de ce mode d'accouchement, lorsque pratiquée dans un cadre précis, est difficilement reconnue même en présence *d'evidences robustes* (Homer and Broom 2012). De la même manière, les résultats de recherches primaires sont repris selon des modalités variables dans les revues de littérature et les *guidelines*, conduisant alors à la production de conclusions différentes pour de mêmes objets (Timmermans and Angell 2012)<sup>34</sup>. Enfin, les résultats des recherches sont mis différemment en pratique, selon qu'ils invitent à une augmentation ou une diminution de la médicalisation et technicisation de la naissance. Les recherches incitant à une diminution des interventions sont dans l'ensemble moins rapidement et moins complètement mise en pratique<sup>35</sup> (Downe 2008, Downe 2011, Perrenoud 2014).

Ces différentes traces que laisse l'idéologie des utilisateurs de l'EBM dans la production, transformation, circulation, et utilisation de données de recherche, ne sont pas étonnantes pour les sciences sociales. Il n'est d'activité humaine sans idéologie et sans subjectivité. L'orthodoxie méthodologique de l'EBM est considérée comme une protection contre les *biais* et la subjectivité. Cependant, les méthodes restent inopérantes pour contourner les biais dont l'origine est politique, culturelle, ou subjective. Ces différentes dimensions procèdent de logiques et d'ontologies incommensurables, demandant à être appréhendées dans une cohérence épistémologique (Douglas 1992). Ce niveau de critique, qui à mon sens manque dans le fonctionnement contemporain de l'EBM

---

<sup>34</sup> En marge de cette réflexion, j'ai réalisé plusieurs analyses documentaires qui montrent la variabilité avec laquelle les résultats de recherches primaires sont rapportés dans les synthèses de littérature, telles que revues systématiques, *guidelines* et ouvrages professionnels. Ces analyses sont disponibles en annexes.

<sup>35</sup> Dans un chapitre de livre collectif, j'ai montré à travers plusieurs exemples, dont en particulier celui de l'épisiotomie, comment d'une part la culture du risque pouvait être impliquée dans cette difficulté à réduire la médicalisation et la technicisation et de l'autre, comment le peu d'investissement, en termes de problématisation, des savoirs expérientiels et notamment sensoriels, interféraient avec les processus nécessaires aux changements d'attitudes cliniques. Voir en annexe.

et de l'obstétrique, pour ce qui est du contexte que je côtoie, appelle un engagement des sciences sociales, qui dans le fond sont les mieux placées pour interroger les dimensions politiques, culturelles et subjectives entourant la construction et l'utilisation des savoirs de professionnel-le-s de la santé.

Parmi les critiques les plus récurrentes et les plus virulentes qui ont été formulées au sujet de l'EBM figurent celles qui concernent la difficulté de ce mouvement social à intégrer différentes formes de savoirs et notamment ceux qui, émanant de la pratique quotidienne, permettent, dans le meilleur des cas, de comprendre la situation individuelle des personnes soignées et de répondre à leurs besoins et préférences. Dans la typologie construite par Helen Lambert, mais également dans le modèle schématisé de l'EBM, les savoirs expérientiels et l'adaptation aux besoins et préférences des personnes soignées, sont conçues comme des entités séparées. A mon sens, les différentes activités et capacités, aboutissant à la construction de ces savoirs expérientiels et à la plus ou moins grande capacité à s'adapter aux personnes soignées, procèdent de mêmes logiques et processus construits en pratique. La crainte que cet *art* de la médecine ou de la sage-femme ne soit pas pris en considération a fait l'objet de nombreux commentaires, à tel point que pour certains chercheurs en sciences sociales le thème serait épuisé, procédant d'une agitation usée autour d'un signifiant flottant. Ce qu'il me semble manquer à ce stade sont des explorations de ce que peuvent être ces savoirs de l'expérience, des processus et des contenus qui les composent, ce qui sera l'objet principal de ce travail. Mais avant d'entrer concrètement dans cette exploration concernant l'accompagnement de familles par des sages-femmes, je propose de préciser en quoi, malgré les déclarations d'intention prétendant le contraire, l'EBM rencontre une difficulté à intégrer et articuler différentes formes de savoirs.

### **II.III Entre art et science de la médecine : la difficile articulation des trois pôles de l'EBM**

Suite aux premières critiques de l'EBM, les concepteurs de ce modèle ont reconfiguré celui-ci pour faire apparaître les savoirs expérientiels et l'adaptation aux besoins et préférences des personnes soignées en tant que formes complémentaires de savoirs. L'EBM est par ailleurs supposée inclure les différentes phases de construction des savoirs médicaux, de l'établissement d'une épidémiologie, au traitement des problèmes de santé en passant par les étapes diagnostiques, ce qui appelle la construction et l'usage de méthodes de recherche variées. Par conséquent, la pratique de l'EBM est supposée inclure et articuler de multiples formes de savoirs, que ceux-ci soient issus de la recherche ou de la pratique. Cependant et comme le montre ce sous-chapitre, la prise en considération de ces différents savoirs pour penser la médecine et les soins est loin d'être aboutie.

L'ouverture à différents types de recherches, dont la recherche qualitative, apparaît dans les manuels explicitant les principes de lecture critique d'articles scientifiques lesquels présentent des critères d'évaluation correspondant à chacune des méthodes de recherche considérées (Crombie 1996, Greenhalgh 2006, Guyatt, Drummond et al. 2008, Straus, Glasziou et al. 2011). Cependant, malgré cette ouverture de principe à l'ensemble du champ de questionnement biomédical, les utilisateurs de l'EBM tendent à privilégier le domaine de l'évaluation des interventions préventives et thérapeutiques et, dans une moindre mesure, celui des tests diagnostiques. Cette centration est déjà présente dans le discours d'Archie Cochrane (1977) et apparaît clairement dans les productions les plus typiques de l'EBM, à savoir les revues systématiques Cochrane ou les *guidelines*, par exemple ceux du NICE anglais, repris dans les ouvrages professionnels destinés aux sages-femmes. Ces différents documents se focalisent en effet sur les conduites à tenir et non sur la compréhension des phénomènes de santé et de maladie. Le corolaire de cette focalisation est une survalorisation de l'ECR qui est désigné comme l'instrument de prédilection pour évaluer les interventions diagnostiques, préventives, et thérapeutiques, et qui constitue le matériau de base des revues systématiques et, en grande partie, des *guidelines* du NICE.

Les revues systématiques d'ECR, et les ECR eux-mêmes, sont par ailleurs situés au sommet de la pyramide des niveaux de preuve, un schéma classificatoire des différentes formes de savoirs utilisés dans le registre de l'EBM. Les autres types de recherches, ainsi que les savoirs issus de l'expérience, sont relégués dans les niveaux inférieurs de cet outil décisionnel. Si différentes versions de cette pyramide coexistent, lesquelles survalorisent toutes les méthodes de recherche quantitatives, la version qui concerne les thérapeutiques est la plus divulguée. Certains types de recherches, construites en biologie ou en psychologie par exemple, et qui sont nécessaires à la compréhension des phénomènes de santé, restent par conséquent déconsidérés par cette classification (Grossman 2008). Les auteur-e-s d'ECR, qui évaluent des interventions relationnelles autour de la naissance, omettent par exemple souvent de considérer des recherches essentielles concernant la psychologie de la naissance et de la parentalité, ce que j'explique plus loin. Par la place qu'il prend dans les *guidelines* et dans la pyramide des niveaux de preuve, l'ECR tend ainsi à devenir une synecdoque impensée des savoirs professionnels.

Un second schéma, très médiatisé, composé d'un diagramme fait de 3 cercles se recoupant partiellement, représente l'EBM en tant qu'articulation entre savoirs issus de la recherches, savoirs expérientiels et, adaptation à la personne soignée. La pyramide des niveaux de preuve et la représentation de l'EBM en 3 cercles sont largement véhiculées par les utilisateurs et promoteurs de l'EBM, participant des compréhensions de sens commun de cette approche. La popularité

concomitante de ces deux schémas est cependant paradoxale, puisque leur traitement des savoirs expérimentiels y est radicalement différent. Dans le schéma qui représente l'EBM en trois cercles, les savoirs expérimentiels apparaissent en tant que formes de savoirs aussi importantes que les savoirs scientifiques. Alors que dans la pyramide des niveaux de preuve, ces mêmes savoirs sont placés tout en bas de la hiérarchie. L'intégration des savoirs expérimentiels à la décision clinique n'est donc pas gagnée d'avance. Le fait que ces deux schémas soient utilisés en parallèle, alors qu'ils sont en contradiction totale et, qu'ils constituent tous deux de formidables réductions de processus complexes, souligne à mon sens un déficit de réflexivité dans la promotion et le fonctionnement de l'EBM.

Pour être opérationnelle et conduire au changement de paradigme annoncé, l'articulation entre différents savoirs demanderait à être problématisée, par exemple dans les manuels théoriques introduisant à la pratique de l'EBM. Une telle problématisation demanderait, à ce que les savoirs expérimentiels d'une part et l'adaptation aux besoins et préférences des personnes soignées d'autre part, soient décrits, puis que l'articulation entre ces dimensions et les résultats de recherches soit elle-aussi pensée. Souhaitant vérifier si une telle théorisation existait, j'ai réalisé une analyse documentaire portant sur les principaux manuels d'introduction à la pratique de l'EBM<sup>36</sup>. Les contenus de ces ouvrages sont repris par les utilisateurs de l'EBM, d'où leur importance pour cette réflexion<sup>37</sup>.

A l'intérieur de ces ouvrages, l'EBM est bien décrit comme l'articulation entre trois pôles: les résultats de recherche, l'expérience des praticien-ne-s, et les besoins des personnes soignées (Sackett, Straus et al. 2000)<sup>38</sup>. Cependant, seul le pôle traitant de l'intégration des résultats de recherche fait l'objet d'une description détaillée. Les contenus des manuels décrivent la recherche d'articles sur les banques de données spécialisées telles que *Pubmed* ou *CINAHL*<sup>39</sup>, puis leur sélection en fonction de critères méthodologiques. Les auteur-e-s explicitent comment les *descripteurs*, mots-clefs officiels à l'aide desquels les articles sont classés, se cherchent et s'articulent avec des

---

<sup>36</sup> J'ai analysé le contenu des ouvrages suivants : Greenhalgh, T. (2000). *Savoir lire un article médical pour décider : La médecine fondée sur les niveaux de preuve (evidence-based medicine) au quotidien*. London, BMJ, Sackett, D. L., S. E. Straus, S. W. Richardson, W. Rosenberg and R. B. Hayes (2000). *Evidence Based Medicine : How to Practice and Teach EBM*. Edinburgh, Churchill Livingstone, Cucherat, M., M. Lièvre, A. Leizerovovicz and J.-P. Boissel (2004). *Lecture critique et interprétation des résultats des essais cliniques pour la pratique médicale*. Paris, Flammarion, Guyatt, G., R. Drummond, M. O. Meade and D. J. Cook, Eds. (2008). *User's Guides to the Medical Literature : A Manual For Evidence-Based Clinical Practice*. New York, Mc Graw Hill, Straus, S. E., P. Glasziou, W. S. Richardson and R. B. Haynes (2011). *Evidence Based Medicine : How to Practice and Teach It* Edinburgh, Churchill Livingstone.. Cette analyse a fait l'objet d'une publication mise en annexes : Perrenoud, P. (2014). Naissance et évolution des pratiques: entre Evidence Based Medicine, expérience et intuition. *Accompagner la naissance: terrains socio-anthropologiques en Suisse Romande*. I. Maffi, C. Burton-Jeangros and R. Hammer. Lausanne, BSN Press.

<sup>37</sup> Notes de terrain.

<sup>38</sup> Certains modèles alternatifs comportent 4 dimensions en intégrant la faisabilité contextuelle des interventions; les problèmes soulevés dans cette réflexion étant similaires quel que soit le nombre de dimensions évoquées, je ne présente donc pas ces modèles alternatifs.

<sup>39</sup> *Pubmed* est la version gratuite de *Medline*, la plus grande banque de données médicale au monde, gérée par la bibliothèque nationale de médecine américaine. *CINAHL* est une banque de données spécialisée dans les soins et qui recoupe en partie *Medline*, son acronyme résume *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Sciences*.

*opérateurs booléens*<sup>40</sup> et des *limites*. Dans la jungle des banques de données, effectuer une recherche exhaustive est difficile, et nécessite une stratégie de recherche soigneusement préparée, d'où l'importance de ces descriptions. Les manuels comportent également différents chapitres explicitant la *lecture critique* des résultats de recherche en fonction des méthodes employées. Ces ouvrages comportent enfin une explicitation des principaux tests et indicateurs statistiques utilisés pour interpréter les résultats d'un ECR ou d'une revue systématique.

Les deux autres dimensions du modèle de l'EBM, à savoir l'expérience des praticien-ne-s et l'ajustement aux besoins des personnes soignées, ne font quant à eux ni l'objet d'une description, ni celui d'une problématisation<sup>41</sup>. Aucune source littéraire permettant de penser ces dimensions n'est par ailleurs suggérée. L'articulation entre les trois pôles, qui est pourtant proposée comme la base théorique de l'EBM, ne fait pas non plus l'objet d'une discussion<sup>42</sup>. Cette articulation est en général succinctement évoquée dans l'introduction des manuels, à travers la définition de l'EBM, sous la forme d'une déclaration d'intention. Par conséquent, les auteur-e-s laissent l'articulation entre les trois pôles à la discrétion des praticien-ne-s et des communautés de pratique<sup>43</sup>, malgré le fait que les processus de perception, d'analyse, et de négociation, sous-tendant cette articulation sont complexes, nécessitant une réelle problématisation (Gordon 1988, Berkwits 1998, Goldenberg 2006, Flynn, Greenhalgh et al. 2012). Cette absence de définition contribue à véhiculer une image simpliste de la réflexion et du changement cliniques, transformant des processus complexes en lieux communs et en « boîte noire ». Ce savoir clinique, appris en communauté de pratique et, incarné individuellement par chaque praticien-ne, représente l'une des incertitudes que la médecine cherche à éviter depuis plus d'un siècle (Katz 1984, Porter 1995, Fox 2000) ; il est dès lors peu étonnant que sa problématisation soit évincée dans les élaborations théoriques de l'EBM.

---

<sup>40</sup> Les termes permettant d'associer selon différentes logiques les mots clefs entre eux, soit par exemple AND, OR, NOT.

<sup>41</sup> Certains ouvrages évoquent dans leur titre que leur contenu concerne avant tout la recherche et le traitement de l'information et sont à cet égard cohérents<sup>41</sup>. Il s'agit notamment de : Greenhalgh, T. (2000). Savoir lire un article médical pour décider : La médecine fondée sur les niveaux de preuve (evidence-based medicine) au quotidien. London, BMJ, Cucherat, M., M. Lièvre, A. Leizerovovicz and J.-P. Boissel (2004). Lecture critique et interprétation des résultats des essais cliniques pour la pratique médicale. Paris, Flammarion..

<sup>42</sup> Les nouvelles générations de manuels problématisent parfois la mise en pratique des résultats de recherche soit en se centrant sur les aspects contextuels de l'activité Spiby, H. and J. Munro, Eds. (2009). Evidence Based Midwifery : Applications in Context. Oxford, Wiley-Blackwell, Kolkman, D., M. Rijnders and M. Fleuren (2014). The Process of Implementing Evidence-Based Care. International Confederation of Midwives Triennial Congress. M. Rijnders, M. Fleuren and D. Kolkman. 1-5 June. Prague, ICM. soit en évoquant succinctement les processus d'articulation entre recherche et pratique Guyatt, G., R. Drummond, M. O. Meade and D. J. Cook, Eds. (2008). User's Guides to the Medical Literature : A Manual For Evidence-Based Clinical Practice. New York, Mc Graw Hill.. Les habiletés cliniques et les processus physiologiques et cognitifs impliqués dans ces processus ne sont toutefois pas problématisés dans ces publications qui restent très centrées sur des démarches quantitatives.

<sup>43</sup> Ce chapitre interroge plus spécifiquement la relation entre l'EBM et les savoirs expérientiels. Après le compte rendu de l'ethnographie exposé dans la quatrième partie, je confronterai dans la cinquième partie les savoirs issus de la recherche et les savoirs issus de l'expérience, et interrogerai alors plusieurs aspects relevant de la personnalisation de l'offre en soins. D'autres références, interrogeant la personnalisation des soins peuvent être trouvées les références suivantes : Mol, A. (2008). The Logic of Care : Health and the Problem of Patient Choice. London, Routledge, Burton-Jeangros, C. (2010). Les femmes enceintes confrontées à l'information et aux risques. Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales. D. Manai, C. Burton-Jeangros and B. Elger. Berne, Stämpfli, Elger, B. Ibid. L'autonomie des patientes entre le droit, l'éthique et les pratiques sociales, Kurth, E., E. Spichiger, E. Zemp Stutz, J. Biedermann, I. Hosli and H. P. Kennedy (2010). "Crying babies, tired mothers - challenges of the postnatal hospital stay: an interpretive phenomenological study." BMC Pregnancy Childbirth **10**: 21..

Dans les nouvelles générations de manuels et dans plusieurs recherches récentes, la mise en pratique des résultats de recherche est parfois problématisée. Les auteur-e-s proposent de penser l'adéquation de ces informations avec le contexte, de travailler les dynamiques du changement en équipe, et d'investiguer les besoins du public cible (Guyatt, Drummond et al. 2008, Spiby and Munro 2009, Kolkman, Rijnders et al. 2013, Rijnders, Fleuren et al. 2014). Des recherches dont l'objectif est l'application d'autres résultats de recherche en pratique, sont parfois elles-aussi conduites sous la forme d'ECR, véhiculant ainsi une conception très standardisée de l'articulation des trois pôles de l'EBM. Les habiletés cliniques et les processus physiologiques et cognitifs impliqués dans les changements de pratique ne sont quant à eux pas problématisés dans ces différentes publications. Si l'un des manuels de l'EBM propose bien un chapitre réservé à l'articulation entre recherche et pratique, celui-ci est court et reste inscrit dans une logique de méfiance à l'encontre de la subjectivité des praticien-ne-s et des personnes soignées (Guyatt, Drummond et al. 2008). Enfin, les *évidences* provenant de la pratique, lorsqu'elles sont prises en considération, restent des pis-aller utilisables jusqu'à la publication d'*évidences* issues de la recherche (Lavender 2009). A l'intérieur des principaux manuels, l'articulation reste un moyen d'appliquer la recherche en pratique, et n'est pas envisagée sous la forme d'une complémentarité des savoirs.

L'absence d'une réflexion sur l'expérience des praticien-ne-s et sur la personnalisation des soins est vraisemblablement liée au caractère générique des manuels introduisant à la pratique de l'EBM, lesquels s'adressent le plus souvent à l'ensemble des spécialités médicales. Ce choix rédactionnel se comprend aisément, puisque les principes organisationnels et méthodologiques permettant de rechercher et évaluer la littérature sont transversaux. L'EBM s'étant développée parallèlement à Internet, la focalisation des manuels sur les nouvelles compétences de recherche et traitement de l'information, devenues indispensables au début des années 1990, s'explique historiquement. Cette explicitation de l'EBM à partir du champ générique de la médecine, implique que ni l'application clinique des résultats de recherche, ni la dimension clinique de la construction des recherches, ne fassent l'objet d'une problématisation. L'analyse critique d'articles de recherche enseignée par les manuels n'est ainsi posée qu'en termes méthodologiques. La dimension clinique de cette analyse, pourtant complexe, est laissée à la discrétion des praticien-ne-s. Or, la qualité d'une étude ne se résume pas à sa pertinence méthodologique, mais elle implique aussi les choix cliniques des chercheurs (Grossman 2008)<sup>44</sup>.

---

<sup>44</sup> Voir en annexe l'analyse critique de l'étude de Bloom qui montre l'importance des choix portant sur les aspects cliniques des recherches. Voir également à ce sujet : Klein, M. C. (2010). Evidence-Based Practice in Maternity Care: Examining the Evidence. Woman-Centered Care in Pregnancy and Childbirth. S. G. Shields and L. M. Candib, Radcliffe.

Deux manuels anglo-saxons qui ont été publiés par des sages-femmes, titulaires de doctorats et occupant des postes académiques, pour guider les professionnel-le-s de la naissance dans leur utilisation de l'EBM, se distinguent cependant. Le premier traite effectivement certains aspects cliniques spécifiques de la lecture critique (Wickham 2006). Le second aborde l'application de la recherche en contexte, en conservant le point de vue hégémonique de l'EBM, c'est-à-dire en minimisant le rôle des savoirs issus de l'expérience (Spiby and Munro 2009). Ces ouvrages sont inaccessibles pour une proportion importante des sages-femmes francophones qui ne lisent pas toutes l'anglais. Probablement plus accessibles pour les obstétricien-ne-s francophones<sup>45</sup>, ces manuels sont écrits par et pour des sages-femmes, et ne semblent, de ce fait, pas employés par ces praticien-ne-s. Il n'existe à ma connaissance pas d'ouvrage correspondant construits par et pour des obstétricien-ne-s.

Enfin, dans les manuels introduisant à la pratique de l'EBM, le contexte de l'activité en tant qu'espace de conception de la décision clinique est très peu discuté. Dans les ouvrages se réclamant de l'EBP par contre, le modèle décisionnel intègre le contexte en tant qu'espace comprenant des possibilités et des limites (Kühne 2009, Kühne 2012). Les auteur-e-s de ces ouvrages reconnaissent par exemple que les traitements efficaces peuvent être appliqués, à condition que les ressources matérielles des contextes de soin le permettent. Par contre, l'idée selon laquelle toute communauté de pratique est le lieu d'élaborations culturelles localisées n'est pas abordée, ni, par ailleurs, celle que la médecine est une élaboration culturelle influencée par les forces sociales, politiques, et économiques, de son contexte. Par conséquent, l'influence des représentations et pratiques culturelles sur l'articulation entre recherche, expérience clinique, et personnalisation des soins, n'est pas problématisée. Entrer dans cette réflexion impliquerait de renoncer à l'idée d'une objectivité de la démarche de traitement des données promue dans la culture biomédicale de l'EBM ; cette absence de problématisation n'est donc pas étonnante. Or, les élaborations culturelles construites par les professionnel-le-s de la santé dans leur communauté de pratique interviennent inévitablement sur l'articulation entre résultats de recherche et expérience clinique et donc, *in fine*, sur la décision clinique (Perrenoud 2014).

Dans une publication récente, située en annexe, j'ai explicité plusieurs des processus cognitifs, sensoriels, et émotionnels, impliqués dans la construction de savoirs expérientiels à partir du cadre théorique de l'anthropologie des habiletés (Perrenoud 2014). Cette réflexion montre comment les changements de pratiques, qui peuvent être demandés aux professionnel-le-s à partir de résultats de

---

<sup>45</sup> La proportion d'obstétriciens francophones lisant l'anglais me semble nettement plus élevée que la proportion de sages-femmes. La barrière de la langue est très régulièrement évoquée par les sages-femmes pour décliner l'usage de certaines références (Notes auto-ethnographiques).

recherche, sont en fait complexes à obtenir, dès lors qu'ils impliquent diagnostics sensoriels et nouvelles gestuelles. Ces explorations montrent que la démarche anthropologique permet de cerner les processus et contenus impliqués dans la construction de savoirs expérientiels, à travers l'ouverture épistémologique, le principe d'induction et, pour ce qui concerne l'anthropologie des habiletés, la centration sur les niveaux meso-, microsociaux, et corporels, des activités interrogées. Cette démarche montre également à quel point ces savoirs issus de l'expérience sont denses, complexes et, ancrés dans les trajectoires des professionnel-le-s de la santé. En omettant de problématiser ces constructions issues du quotidien, les promoteurs de l'EBM contribuent à perpétuer ce qu'ils souhaitent éviter, soit une pratique de la médecine restant largement implicite.

Ces premières explorations montrent que l'intégration de différentes formes de savoirs dans le cadre de l'EBM n'est guère élaborée à ce jour. Intégrer des savoirs expérientiels et les articuler à des résultats de recherche, implique par ailleurs le développement d'une culture du dialogue et d'une ouverture aux réflexions des différents membres des équipes médicales et soignantes. Comme je l'ai évoqué dans l'introduction, les logiques de concurrence et la circulation du pouvoir dans le champ de la santé, largement documentés par la sociologie des professions, ne favorisent pas le développement d'une telle culture, du moins pas en obstétrique. Ayant identifié ce hiatus entre le projet et les réalisations de l'EBM, de nombreux chercheurs et praticiens s'investissent aujourd'hui pour améliorer l'intégration de l'EBM à la pratique et pour proposer une approche moins naïvement positiviste et applicative. Peut-être que dans un futur plus ou moins proche, l'articulation entre différentes formes de savoirs sera plus aboutie. En obstétrique cependant et, il me semble particulièrement en Europe francophone, cette prise en considération de différentes formes de savoirs semble encore peu développée, freinant vraisemblablement la régulation de la médicalisation et de la technicisation de la naissance ou encore l'identification de problèmes de santé importants. A cet égard, la survalorisation de l'ECR dans le modèle et mouvement social de l'EBM est problématique du point de vue des inégalités sociales de santé, ce qu'approfondit le sous-chapitre suivant.

## **II.IV La rationalité biomédicale, l'essai contrôlé randomisé, et les inégalités sociales de santé**

Parmi les critiques émises à l'encontre de l'EBM et relevées dans la typologie d'Helen Lambert, le rôle de l'ECR dans le renforcement des inégalités sociales de santé et d'accès à des soins de santé adaptés mérite un traitement particulier. Les inégalités sociales de santé ont déjà fait l'objet de multiples recherches, montrant l'ancrage social de nombreuses expositions à la maladie et de difficultés d'accès à des moyens de protection de la santé (Fassin and Dozon 2001, Farmer 2005). En



Europe et en Suisse, je le rappelle, la mortalité et morbidité maternelle et périnatale restent d'ailleurs plus élevées pour les femmes et les nouveau-nés issus de la migration. Cette différence en termes de santé et de maladie s'observant dans tous les pays dits occidentaux, demande à être problématisée dès lors qu'une évolution importante de la médecine est en développement. Tout changement, notamment de *paradigme* pour reprendre la formule des promoteurs de l'EBM, est en effet susceptible de renforcer ou de diminuer les inégalités sociales de santé et d'accès à des soins de santé adaptés. Mon objectif est donc de questionner comment les conceptions de ce qui fait savoir dans le champ de la santé, intervient en tant qu'interface entre le système de santé et la population, permettant une prise en considération plus ou moins égalitaire de sa diversité. A cet égard, la valorisation de l'ECR, ainsi que celle des méthodes quantitatives en recherche, pose plusieurs problèmes.

L'Evidence-Based Medicine constitue un prolongement et une variante de la culture biomédicale, et partage par conséquent plusieurs des caractéristiques de cette culture. L'une d'entre elles consiste en une focalisation sur le patient individuel dans le raisonnement et la pratique cliniques, ce qui amène les systèmes de santé à négliger les circonstances de vie et l'entourage du patient en tant que facteurs contribuant à la santé ou à la maladie (Helman 2001). Ce sous-chapitre montre comment l'EBM prolonge la logique biomédicale et pourrait renforcer les inégalités sociales d'accès à des soins de santé adaptés, en privilégiant l'essai contrôlé randomisé (ECR) en tant que moyen pour établir les meilleures pratiques, étant donné que ce moyen reste focalisé sur les actions visant les patient-e-s individuel-le-s (Lambert 2006).

La première caractéristique de la culture biomédicale est son rationalisme, à savoir une forme spécifique d'organisation de la pensée et des pratiques utilisée en médecine dans l'abord des questions de santé et de maladie. Dans cette perspective, un phénomène ne peut être reconnu comme réel qu'après avoir été objectivé à travers un processus usant de méthodes de quantification éprouvées (Porter 1995, Helman 2001). Le respect de procédures méthodologiques précises a pour objectif de protéger la construction des connaissances de *biais*, que l'analyse individuelle non chiffrée est supposée introduire (Gordon 1988, Good 1994, Porter 1995, Goldenberg 2006). Le rationalisme médical fonctionne particulièrement bien pour mettre en évidence les problèmes de santé monocausaux et leurs traitements, par exemple les infections bactériennes et leurs médicaments antibiotiques. Le succès suivant l'introduction des antibiotiques a d'ailleurs masqué, au moins en partie et, dans un certain sens commun médical et profane, que la baisse de la mortalité et l'augmentation de l'espérance de vie étaient également liées à l'amélioration des conditions de vie survenue au cours du 20<sup>ème</sup> siècle. Cette méprise a limité le développement des approches de santé

publique, portant sur les contextes de vie et, a privilégié les approches individuelles relevant de la médecine hospitalière et de cabinet (Lupton 1995). La logique d'appréhension monocausale des problèmes de santé est, par définition, inopérante pour appréhender les problèmes résultant de causalités multiples et complexes en lien avec l'environnement des individus<sup>46</sup>.

Le rationalisme médical considéré comme une évolution de la pensée cartésienne se caractérise également par une approche analytique du monde, isolant les événements les uns des autres et les percevant séparément de leur contexte d'occurrence (Gordon 1988, Kirmayer 1988). Les clivages analytiques qu'opère la pensée rationnelle sont parfois conçus en tant que dualismes opposés en pôles réifiés tels que : nature/culture, corps/esprit, féminin/masculin, sauvage/cultivé ou bien/mal (Scheper-Hughes and Lock 1987). A l'intérieur du rationalisme médical, et de manière encore plus marquée dans la déclinaison qu'en est l'EBM, l'usage de dualismes est perpétué par de nouvelles oppositions telles que : valide/non valide pour parler des résultats de recherche, malade/non malade pour aborder la situation des individus ou efficace/inefficace pour parler des traitements médicaux. Les continuums existant entre l'état de santé et l'état de maladie sont évincés par ce type de représentations, impliquant une difficulté à traiter les états équivoques (Good 1994). Les clivages analytiques opérés en recherche quantitative donnent une impression de clarté, mais ils séparent l'individu de son contexte, et ne permettent par conséquent pas de saisir les événements et les circonstances influençant les problèmes de santé complexes (Massé 1995, Massé 2001). En d'autres termes, la logique analytique à l'œuvre dans les recherches quantitatives procède d'une description mince (Piette 1996, Geertz 1998, Denzin 2001, Ponterotto 2006), ne permettant pas de comprendre les acteurs sociaux et les circonstances de leur vie, véhiculant dès lors une *anthropologie résiduelle* (Le Breton 2000) et une compréhension réductionniste des problèmes de santé (Good 1994, Helman 2001). Les résultats de recherche relevant d'une description mince, typiques de l'épidémiologie, constituent néanmoins un premier niveau d'appréhension des phénomènes de santé, permettant de quantifier la prévalence de certains troubles (Massé 1993, Massé 2007).

L'approche réductionniste, centrée sur l'individu et négligeant son contexte de vie, implique donc, souvent, une causalité mal située (Horwitz and Wakefield 2007), qui ne prend guère en considération les déterminants sociaux de la santé (Benoist and Desclaux 1996, Fassin and Dozon 2001, Phelan, Link et al. 2010). L'espérance de vie, le nombre d'années vécues en bonne santé, ainsi que de très

---

<sup>46</sup> Voir par exemple : Massé, R. (1993). *Réflexions anthropologiques sur la fétichisation des méthodes en évaluation. L'évaluation sociale : savoir, éthique, méthodes.* J. Légaré and A. Demers. Montréal, Méridien, Massé, R. (1995). *Culture et santé publique.* Montréal, Gaétan Morin, Aïach, P. and D. Fassin (2004). "L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé." *Revue du Praticien* 54: 2221-2227, Marmot, M. (2004). *Status Syndrome: How your Social Standing Directly Affects your Health.* London, Bloomsbury, Enkin, M. (2006). "Beyond Evidence : The Complexity of Maternity Care." *Birth* 33(4): 265-269, Link, B. and J. Phelan (2010). Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities. *Handbook of Medical Anthropology.* C. E. Bird, P. Conrad, A. M. Fremont and S. Timmermans. Nashville, Vanderbilt University Press: 3-17, Greenhalgh, T. (2014). "Evidence Based Medicine: a Movement in Crisis ?" *British Medical Journal* 348.

nombreux problèmes de santé, ont en effet une prévalence linéairement différente, suivant le niveau socio-économique des populations<sup>47</sup>. Par conséquent, de nombreux spécialistes de santé publique, ainsi que des socio-anthropologues, recommandent d'agir au niveau des contextes sociaux et des circonstances de vie pour prévenir les problèmes de santé, et invitent parallèlement à éviter de faire pression sur les individus à cet égard<sup>48</sup>.

Dans ce contexte favorable à une individualisation des problèmes de santé, la survalorisation de l'ECR, qui évalue des interventions destinée aux individus, dans le modèle de l'EBM et notamment à l'intérieur de la pyramide des niveaux de preuve, n'est pas une surprise. Cette place privilégiée de l'ECR contribue cependant, dans une logique circulaire, à ce que les méthodes qui considèrent les circonstances de vie, -dont les méthodes qualitatives (Massé 1993, Lambert 2006), soient déconsidérées en tant que formes de preuve et supports à l'établissement de politiques de soins. Les professionnel-le-s cherchant des résultats fiables pour informer leur pratique, en se conformant à la pyramide des niveaux de preuve, trouveront donc des évaluations d'interventions centrées sur les individus, mais rien qui ne permette de travailler à partir des contextes. Ces professionnel-le-s soignent cependant des populations aux ressources disparates n'étant pas en mesure de répondre avec la même force aux propositions qui leur sont faites (Phelan, Link et al. 2010). Toute action de prévention qui serait basée sur un effort des acteurs sociaux, tel qu'apprentissage, dépense, engagement, ou déplacement, sert davantage les populations favorisées mieux à même de mobiliser des ressources que les populations vulnérabilisées par leur trajectoire et leur situation concrète (Phelan, Link et al. 2010). En promouvant des interventions centrées sur les individus, l'EBM fait le jeu de l'*Inverse Care Law*<sup>49</sup>, c'est-à-dire d'une logique où les ressources sont attribuées à l'inverse des besoins réels des populations (Hart 1971, Hart 2000, Petti and Polimeni 2011).

---

<sup>47</sup> Voir : Leclerc, A., D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminsky and T. Lang, Eds. (2000). Les inégalités sociales de santé. Paris, Inserm/ La découverte, Fassin, D. and J.-P. Dozon (2001). Critique de la santé publique. Paris, Balland, Aïach, P. and D. Fassin (2004). "L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé." Revue du Praticien 54: 2221-2227, Marmot, M. (2004). Social Causes of Social Inequalities in Health. Public Health, Ethics and Equity. S. Anand, F. Peter and A. Sen. Oxford, Oxford University Press, Marmot, M. (2004). Status Syndrome: How your Social Standing Directly Affects your Health. London, Bloomsbury, Newsreel, C. (2008). Unnatural Causes: is inequality Making Us Sick ? California, California Newsreel, Link, B. and J. Phelan (2010). Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities. Handbook of Medical Anthropology. C. E. Bird, P. Conrad, A. M. Fremont and S. Timmermans. Nashville, Vanderbilt University Press: 3-17.

<sup>48</sup> Voir : Kickbusch, I. (2001). "Innovation in Health Policy : Responding to the Health Society." Gaceta Sanitaria 21(4): 338-342, Stahl, T., M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen and K. Leppo, Eds. (2006). Health in all Policies. Finland, European Observatory on Health Systems and Policies, Link, B. and J. Phelan (2010). Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities. Handbook of Medical Anthropology. C. E. Bird, P. Conrad, A. M. Fremont and S. Timmermans. Nashville, Vanderbilt University Press: 3-17, Phelan, J. C., B. G. Link and P. Tehranifar (2010). "Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications." J Health Soc Behav 51 Suppl: S28-40.

<sup>49</sup> Le concept d'*Inverse Care Law* décrite pour la première fois par Julian Tudor Hart en 1971 souligne que les efforts du système de santé tendent à être distribués selon une logique des besoins inversés. Les patient-e-s qui ont le plus besoin des prestations étant ceux qui les obtiennent le moins. Cette logique peut être observée aussi bien à un niveau macrosocial, par exemple en regard de la distribution des infrastructures dans des zones géographiques, qu'à un niveau meso- et microsocial, dans les politiques et attitudes des institutions et des professionnels Hart, J. T. (1971). "The inverse care law." Lancet 1(7696): 405-412, Link, B. and J. Phelan (2010). Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities. Handbook of Medical Anthropology. C. E. Bird, P. Conrad, A. M. Fremont and S. Timmermans. Nashville, Vanderbilt University Press: 3-17.

Par ailleurs, l'un des objectifs des chercheurs recourant à des ECR, ainsi qu'à d'autres méthodes quantitatives, est de produire des résultats statistiquement significatifs. A cette fin, les chercheurs tendent à recruter des échantillons relativement homogènes et omettent de considérer la diversité culturelle et sociale réelle de la population. Ce phénomène, largement observé dans la recherche en santé et en psychologie<sup>50</sup>, est sans doute renforcé pour des considérations pratiques. Inclure les allophones ou les personnes ayant des problèmes de littératie implique en effet de construire des instruments de recherche adaptés, d'effectuer des traductions et des adaptations culturelles de certains instruments et, pose plus de questions en termes de fiabilité des données ainsi récoltées. En obstétrique, comme je le montre dans l'analyse documentaire portant sur un échantillon de 130 ECR et qui est située au sous-chapitre suivant, ce phénomène d'exclusion des populations allophones ou minorisées socialement est également massif. Massé et d'autres auteurs ont montré qu'une inclusion plus équitable de différentes catégories de la population était possible moyennant des protocoles mixtes intégrant données quantitatives et qualitatives. S'il est illusoire d'imaginer obtenir des données statistiquement significatives pour l'ensemble des catégories de la population, ce type d'intégration permet néanmoins d'obtenir une pluralité d'avis sur les interventions évaluées, notamment celles qui sont du ressort de l'accompagnement ou qui ont une incidence sur la vie privée des acteurs sociaux. Ce type d'investigation complémentaire permet d'ailleurs d'identifier en quoi certaines interventions sont problématiques pour certains individus et permet de préciser ce qui fait ou limite l'efficacité des interventions à medium relationnel par exemple (Oakley 1989, Oaks 2001, Pfister 2006).

Le recours privilégié à l'ECR pour évaluer les interventions professionnelles dans le cadre de l'EBM est donc doublement problématique en regard des problèmes d'inégalités sociales de santé et d'accès aux soins de santé. Mettant sur le devant de la scène médicale, des interventions qui conviennent moins aux catégories de la population socialement minorisées, les ECR, de surcroît, ne recrutent guère dans ces populations pour évaluer les interventions. Les réflexions et les actions visant à repositionner le rationalisme médical et l'EBM dans un territoire mieux délimité (Enkin 2006, Greenhalgh 2012, Greenhalgh 2014), c'est-à-dire qui distingue les questions de santé pouvant ou ne pouvant pas être abordées de manière réductionniste, restent aujourd'hui minoritaires. Tant que cela sera le cas, l'EBM participera de la perpétuation des inégalités sociales de santé et d'accès à des soins de santé adaptés, ceci alors que le thème de ces inégalités est une priorité mondiale en termes

---

<sup>50</sup> Voir par exemple : Segall, M. H., P. R. Dasen, J. W. Berry and Y. H. Poortinga (1999). *Human behavior in global perspective*. Boston, Allyn and Bacon, Bhopal, R. S. (2007). *Ethnicity, Race and Health in Multicultural societies : Foundations for Better Epidemiology, Public Health and Health Care*. Oxford, Oxford University Press, Henrich, J., S. J. Heine and A. Norenzayan (2010). "The Weirdest People in the World?" *Behav Brain Sci* **33**(2-3): 61-83; discussion 83-135.

de santé publique. Ici, l'importance de revoir la hiérarchie des niveaux de preuve dans le modèle de l'EBM apparaît sous un jour crucial.

## II.V L'accompagnement de la naissance à l'épreuve de l'ECR : une revue structurée de littérature

L'EBM s'ouvre peu à peu. Ici et là, des auteur-e-s, ainsi que des praticien-ne-s, intègrent différentes formes de savoirs à leurs réflexions et à leurs prises de décisions, ceci en le reconnaissant explicitement. Malgré cette évolution, qui n'est pas encore suffisamment avancée pour présager de son avenir et de ses accomplissements, l'ECR reste à ce jour un modèle privilégiant les méthodes de recherche quantitatives pour évaluer les prestations offertes aux personnes soignées. M'intéressant à la construction des savoirs professionnels dans le cadre de l'accompagnement de la naissance, j'ai par conséquent analysé la construction d'un échantillon de 130 ECR identifiés selon une méthode structurée sur *Pubmed* dans l'objectif d'interroger comment ces instruments de recherche évaluent l'accompagnement et ce que signifie en pratique de les considérer en tant que *gold standard* de la recherche.

Considérant que les réflexions portant sur les systèmes de santé doivent prendre en considération la diversité de la population à qui ces systèmes sont destinés, je me suis d'abord intéressée aux politiques d'inclusion des sujets de recherche à l'intérieur des ECR. Comme je l'ai déjà évoqué, de nombreux travaux ont déjà montré que la recherche en psychologie et en santé tend à exclure les sous-groupes de la population socialement minorisés, particulièrement les allophones<sup>51</sup>. Cette tendance a été critiquée à de multiples reprises, parce qu'elle participe de la construction d'une méconnaissance des représentations, des pratiques, ou des besoins parfois spécifiques des sous-groupes exclus des protocoles de recherche. La situation est particulièrement saisissante en psychologie, où les savoirs sont massivement construits auprès de personnes de classe moyenne « blanches », alors que ces sous-groupes ne sont pas représentatifs de la diversité de la population, ceci à de multiples égards (Henrich, Heine et al. 2010, Henrich, Heine et al. 2010). Il ne s'agit pas de proposer de réifier les différentes catégories de la population, mais bien de vérifier que ce qui est

---

<sup>51</sup> Voir par exemple : Segall, M. H., P. R. Dasen, J. W. Berry and Y. H. Poortinga (1990). *Human behavior in global perspective*. Boston, Allyn and Bacon, Bhopal, R. and L. Donaldson (1998). "White, European, Western, Caucasian, or what? Inappropriate labeling in research on race, ethnicity, and health.[see comment]." *American Journal of Public Health* **88**(9): 1303-1307, Segall, M. H., P. R. Dasen, J. W. Berry and Y. H. Poortinga (1999). *Human behavior in global perspective*. Boston, Allyn and Bacon, Drevdahl, D., J. Y. Taylor and D. A. Phillips (2001). "Race and ethnicity as variables in Nursing Research, 1952-2000." *Nursing Research* **50**(5): 305-313, Ranganathan, M. and R. S. Bhopal (2006). "Exclusion and inclusion of nonwhite ethnic minority groups in 72 North American and European cardiovascular cohort studies." *PLoS Med* **3**(3): 329-336, Sheikh, A. (2006). "Why are ethnic minorities under-represented in US research studies?" *PLoS Medicine / Public Library of Science* **3**(2): e49, Bhopal, R. S. (2007). *Ethnicity, Race and Health in Multicultural societies : Foundations for Better Epidemiology, Public Health and Health Care*. Oxford, Oxford University Press, Ma, I. W., N. A. Khan, A. Kang, N. Zalunardo and A. Palepu (2007). "Systematic review identified suboptimal reporting and use of race/ethnicity in general medical journals." *J Clin Epidemiol* **60**(6): 572-578, Henrich, J., S. J. Heine and A. Norenzayan (2010). "Most people are not WEIRD." *Nature* **466**(7302): 29, Henrich, J., S. J. Heine and A. Norenzayan (2010). "The Weirdest People in the World?" *Behav Brain Sci* **33**(2-3): 61-83; discussion 83-135.

présenté comme une réponse universelle à un certain problème de santé, l'est vraiment et, d'identifier en vertu de quelles circonstances cette réponse peut devoir être nuancée.

Dans l'échantillon de 130 articles de recherche analysés<sup>52</sup>, portant sur des ECR qui évaluent des interventions relationnelles, l'exclusion de personnes allophones était très élevée, ce qui était prévisible. Cette exclusion peut être explicite, se remarquer à partir de la composition de l'échantillon ou se déduire à partir des instruments de recherche utilisés, notamment les questionnaires auto-administrés et non traduits. La composition culturelle des échantillons, recrutés en général dans de grands centres urbains comprenant une population diversifiée, ne peut pas être analysée dans 51% des articles en raison du manque de précision des catégories descriptives employées. Parmi les articles permettant une telle analyse, 38% ont un échantillon homogène et 62% comporte un certain degré d'hétérogénéité culturelle. Dans 49% des articles, l'exclusion des personnes allophones est explicite. Celle-ci est vraisemblablement beaucoup plus étendue, puisque 87% des articles rapportent l'utilisation de questionnaires auto-administrés à remplir par écrit, et qui ne sont presque jamais traduits, conduisant *de facto* à l'exclusion des personnes allophones ou ayant de faibles compétences en littératie. L'homogénéité culturelle très vraisemblable de la majorité des échantillons n'est pas discutée par 75% des auteur-e-s, l'est brièvement par 18% d'entre eux et n'est problématisée que par une très faible minorité.

Il faut remarquer encore que dans l'immense majorité des articles, les catégories culturelles utilisées par les auteur-e-s ne sont pas opérationnelles pour décrire les caractéristiques des populations recrutées, car prévues à l'échelle d'une « race », d'un continent ou d'un amalgame intercontinental, en utilisant le terme d'asiatique ou de caucasien par exemple. L'utilisation de catégories culturelles en recherche quantitative conduit nécessairement à une forme de réification des groupes sociaux. Cependant les catégories choisies par défaut, en reproduisant des habitudes ou les catégories des recensements par exemple, ne permettent pas une approche différenciée des questions de santé (Bhopal 2007). Cette pratique peu précise n'est pas une fatalité, des modèles de construction des catégories culturelles, dynamiques, créées en fonction de l'objet de recherche, étant à disposition des chercheurs (Bhopal 2007).

Les catégories socio-économiques sont plus systématiquement décrites et détaillées que les catégories culturelles, permettant alors au lecteur de construire une représentation des populations recrutées. Cependant, de grandes différences sont observables entre les recherches les plus précises et les moins précises à cet égard. Dans 13% des articles et en dehors de la variable « âge »<sup>53</sup>, il n'y a

---

<sup>52</sup> La méthode employée pour identifier et sélectionner les articles est présentée en annexe.

<sup>53</sup> L'âge est la catégorie la plus fréquemment présente, apparaissant dans pratiquement tous les articles.

pas de catégories socio-économiques par exemple, laissant le lecteur dans une ignorance complète quant à l'extraction sociale des répondantes. Dans 43% des articles, les chercheurs mentionnent une à deux catégories lesquelles ne permettent pas de donner une représentation globale, parce qu'il n'y a pas mention soit du niveau économique soit du niveau éducationnel ou occupationnel. Dans 44% des articles, plusieurs catégories pertinentes donnent une idée plus claire des échantillons. Des différences subtiles apparaissent lorsque la composition de chaque catégorie socio-économique est examinée. Par exemple, 69% des articles n'utilisent aucune catégorisation de l'échantillon selon un critère économique, par exemple le revenu. Seuls 10% des articles utilisent plusieurs niveaux économiques, des seuils de revenus, permettant d'identifier la proportion de répondants à revenu, faible, moyen, ou élevé de l'échantillon. De la même manière, 34% des articles n'utilisent pas de catégories concernant le niveau d'éducation, alors que 30% des articles mentionnent 3 niveaux éducatifs ou plus, alors exprimés en pourcentages.

Selon les problèmes de santé que les interventions à medium relationnel sont supposées résoudre ou améliorer, d'autres catégories, que je nomme thématiques, sont employées en complément des catégories culturelles et socio-économiques. Ces catégories sont spécifiques des problèmes de santé que l'intervention relationnelle est supposée soulager et servent d'une part à décrire l'échantillon avec plus de précision et d'autre part à calculer si d'éventuels facteurs de confusion interfèrent avec l'effet de l'intervention.

Ces catégories sont importantes, car une intervention relationnelle n'aura pas le même impact selon l'ampleur de la question de santé à laquelle elle est confrontée. Par exemple, une intervention visant l'arrêt de la consommation de tabac n'aura pas les mêmes chances de succès auprès d'une femme fumant peu ou d'une femme fumant 1 paquet par jour. Pour vérifier si des circonstances font ou ne font pas confusion<sup>54</sup> avec l'intervention, le chercheur mesure leur occurrence sous une forme unitaire ou agrégée, puis effectue des tests statistiques associant les circonstances et l'état de santé. Ce type de vérification permet d'identifier les sous-groupes répondant mieux ou moins bien aux interventions proposées. Lorsque par ailleurs les facteurs de confusion ne sont pas identifiés, le chercheur peut attribuer trop ou pas assez d'efficacité à l'intervention évaluée. Une intervention appliquée en contexte difficile n'est pas forcément inefficace en tant que telle, mais peut l'être en vertu des circonstances. De plus, les catégories thématiques permettent de comparer le public du

---

<sup>54</sup> L'objectif de la randomisation est de supprimer les effets de confusion par un tirage au sort qui construit des groupes suffisamment similaires et répartis équitablement, par conséquent et théoriquement, les facteurs de confusion connus et inconnus. Cependant, les auteurs « sérieux » vérifient ensuite que la randomisation ait fonctionné, c'est-à-dire que les facteurs de confusion connus soient en proportion quasi identique dans chaque groupe de l'étude Sackett, D. L., S. E. Straus, S. W. Richardson, W. Rosenberg and R. B. Hayes (2000). *Evidence Based Medicine : How to Practice and Teach EBM*. Edinburgh, Churchill Livingstone.. Pour que cette vérification puisse être opérationnelle, il importe que les facteurs de confusion potentiels soient identifiés avec soin et communiqués au lecteur.

lecteur au public du chercheur, condition essentielle pour assurer la qualité de la réflexion clinique accompagnant le choix d'une thérapeutique.

Le premier type de catégorie thématique concerne le déroulement obstétrical de la grossesse et de la naissance. Suivant les problèmes de santé que le chercheur entend résoudre à l'aide d'interventions relationnelles, le déroulement de la naissance a son importance, la présence de douleurs, de pathologies, ou d'antécédents, pouvant avoir une influence sur l'expérience de la naissance (Guittier, Cedraschi et al. 2014). Dans 20% des articles analysés, les catégories obstétricales sont absentes. Dans 51% des articles, 1 à 2 catégories sont mentionnées sans inclure toutes les catégories essentielles. Dans 24% des articles, plusieurs catégories sont utilisées donnant une représentation précise de l'échantillon en regard des événements obstétricaux. Enfin dans 5% des cas, le thème de l'article ne demandait pas de telles catégories pour décrire l'échantillon.

Pour décrire précisément leurs échantillons, les auteur-e-s auraient également besoin de catégories thématiques concernant les états et les pratiques de santé hors obstétrique. Dans 42% des articles, le chercheur n'a pas recours à des catégories liées à la santé. Dans 22% des articles, l'auteur emploie 1 à 2 catégories donnant une représentation peu précise du statut de santé. Dans 29% des articles, plusieurs caractéristiques décrivent précisément l'échantillon en regard de la thématique de l'article. Dans 5% des articles, les auteurs référencent les choix de leurs catégories. Et enfin pour 2% des articles, ces catégories ne semblaient pas nécessaires.

Cet examen de la définition des échantillons construite par les auteur-e-s de RCT soulève un problème. Dans la majorité des articles, il n'est en effet pas possible pour le lecteur de saisir la composition des échantillons et de la comparer à son public-cible. Or, les interventions relationnelles ciblant des changements de comportement chez les personnes soignées ne fonctionnent pas nécessairement de la même manière pour toutes les catégories de la population (Oakley 1989, Oaks 2001, Martin 2006), faisant de cette distinction analytique des échantillons une nécessité qui permet ensuite aux praticien-ne-s de mieux sélectionner les attitudes préventives ou thérapeutiques. Les descriptions imprécises des échantillons de recherche, particulièrement sur un plan culturel, ont déjà été mises en évidence et critiquées dans plusieurs recherches analogues portant sur d'autres spécialités médicales. Raj Bhopal a effectué une analyse très documentée des conséquences du recrutement contemporain biaisé en faveur des échantillons nationaux et du manque de rigueur des catégories utilisées. Ce chercheur a par ailleurs publié un manuel dans l'une des maisons d'édition les plus utilisées par les promoteurs de l'EBM. Ses travaux ne semblent cependant pas repris substantiellement dans les recherches les plus typiques de l'EBM, qui paradoxalement semblent composer et décrire leurs échantillons plus par habitude que selon une méthode rigoureuse.



Le deuxième élément que j'ai analysé systématiquement dans les recherches tirées de *Pubmed* concerne la composition et standardisation des interventions relationnelles évaluées par ECR. Dans la logique de l'EBM, et en particulier dans celle de l'ECR, la standardisation est une opération méthodologique centrale supposée permettre la comparaison entre deux interventions différentes afin d'identifier celle qui est plus efficace. La standardisation, assurant le principe de répliquabilité au cœur de la logique de l'ECR, est évidemment plus ou moins facile à assurer selon les interventions envisagées. Si les firmes pharmaceutiques préparent des dosages médicamenteux *a priori* identiques pour les comparaisons par ECR, il est plus difficile, voire partiellement impossible, de rendre identiques des interventions reposant sur une action humaine complexe, telle qu'une forme d'accompagnement. Même si la standardisation des interventions relationnelles ne peut être que partielle, elle est nécessaire au fonctionnement de l'ECR. Plusieurs théories de la relation d'aide décrivent des attitudes relativement précises relevant de l'écoute active ou de l'aide au changement<sup>55</sup>. Avec le développement des pratiques simulées dans la formation des professionnels de la santé<sup>56</sup>, les différentes dimensions de la relation d'aide ont par ailleurs été décomposées en grilles et en items. Je ne signifie pas ici que ces différents moyens de penser la relation d'aide soient parfaits, chacun pouvant être critiqué<sup>57</sup>, mais constate que des supports pour décrire et standardiser les interventions relationnelles existent et que dans la logique de l'EBM, ils devraient être utilisés.

Ici aussi, la précision varie énormément d'une recherche à l'autre. Dans 66% des articles, l'intervention n'est que brièvement décrite, à partir de notions de sens commun, c'est-à-dire sans utiliser un modèle théorique défini. Le plus souvent, les auteurs font une référence tronquée et non explicite à l'approche *centrée* sur la personne de Carl Rogers<sup>58</sup>. Dans 34% des articles restant, la définition est plus complète, évoquant plusieurs attitudes du modèle de Rogers ou la notion d'alliance thérapeutique et comportent parfois des références théoriques. La standardisation prend quant à elle différentes formes, à savoir des apprentissages et des vérifications effectuées durant l'application des interventions par des moyens audiovisuels et des entretiens dits de confrontation,

---

<sup>55</sup> Par exemple : l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers, les descriptions de l'alliance thérapeutique ou la théorie de l'entretien motivationnel. Voir : Rogers, C. R. (1968). Le développement de la personne. Paris, Dunod, Horvath, A. O. and L. S. Greenberg, Eds. (1994). The Working Alliance : Theory, Research and Practice

New York, Wiley, Despland, J.-N., Y. d. Roten, E. Martinez, A.-C. Plancherel and S. Solai (2000). "L'alliance thérapeutique : un concept empirique." Revue Médicale Suisse(2315), Haugh, S. and T. Merry, Eds. (2001). Rogers' therapeutic conditions : evolution, theory and practice : Empathy. Ross-on-Wye, PCCS books, Miller, W. R. and S. Rollnick (2013). L'entretien motivationnel: aider les personnes à engager le changement. Paris, Inter Editions..

<sup>56</sup> Notes auto-ethnographiques.

<sup>57</sup> La relation d'aide qui est représentative de l'individualisme contemporain a fait l'objet de nombreuses critiques dans les travaux d'auteur-e-s s'inscrivant dans une filiation avec Michel Foucault et ses réflexions sur la gouvernance. Voir par exemple : Rose, N. (1999). Governing the Soul : the Shaping of the Private Self. London, Free Association Books, Otero, M. (2005). "Regards sociologiques sur la santé mentale, la souffrance psychique et la psychologisation." Cahiers de recherche sociologique **41-42**: 5-15.

<sup>58</sup> Les auteur-e-s évoquent l'une des conditions de base de l'approche centrée sur la personne, l'empathie, et omettent les 5 autres conditions pourtant importantes dans ce modèle. Ces conditions sont l'établissement et le maintien d'un vrai contact, l'identification d'un besoin d'aide par la personne aidée, l'empathie, la considération positive et l'authenticité de l'aidant, le ressenti par l'aidé de l'acceptation inconditionnelle et de l'empathie de l'aidant Haugh, S. and T. Merry, Eds. (2001). Rogers' therapeutic conditions : evolution, theory and practice : Empathy. Ross-on-Wye, PCCS books..

permettant d'ajuster des détails comportementaux. Dans 55% des articles, l'intervention fait l'objet d'un apprentissage, alors que dans 45% ce n'est pas le cas. Dans 68% des articles, les auteur-e-s ne mentionnent pas d'autre procédure de standardisation que la formation, alors que dans 32% des articles, des vérifications de la standardisation sont effectuées en cours d'étude.

Un autre aspect de l'évaluation des interventions a retenu mon attention et concerne l'ampleur des interventions utilisées. Certaines interventions relationnelles sont minimales alors qu'elles sont conçues pour prévenir ou traiter des troubles de santé mentale conséquents, tels que la dépression et/ou l'anxiété périnatale. Ce minimalisme donne l'impression que les auteur-e-s concerné ont des connaissances limitées en psychologie du développement et en santé mentale. Comment en effet imaginer qu'une entrevue d'une heure puisse avoir un effet thérapeutique statistiquement significatif sur plusieurs mois ? Comment penser que la distribution d'un prospectus puisse avoir un effet sur le taux de dépression d'une cohorte ? Dans ces situations, les ECR ne produisent évidemment pas de différences significatives, ni l'intervention ni son contrôle n'étant susceptibles de produire l'effet escompté. Dans une période où le financement des prestations publiques est en crise et sans cesse remis en question (Pouvoirville de 2002, Liégard and Marguerie 2011, Modak and Bonvin 2013), les professionnel-le-s de la santé sont incités à trouver des interventions efficaces au moindre coût possible. Les chercheurs semblent ainsi conceptualiser des interventions de faible ampleur, montrant leur intégration de la norme d'efficacité propre à la culture de la gestion contemporaine.

Le contraste existant, entre les articles décrivant précisément les interventions et utilisant des mesures de standardisation et ceux qui sont elliptiques et imprécis, a pu être dévoilé par l'analyse d'articles traitant de sujets de santé variés<sup>59</sup> tout en ayant plusieurs dénominateurs communs se rapportant au type d'intervention utilisée. Cette ouverture a permis de recruter les articles de chercheurs travaillant à partir de corpus théoriques différents et qui, ne travaillant pas dans les mêmes institutions voire les mêmes pays, se regroupent en communautés de pratiques virtuelles différentes elles-aussi. Les savoirs de ces communautés virtuelles se diffusent par les lectures des travaux des uns et des autres, par le recours aux mêmes auteur-e-s fondamentaux, par les congrès et enfin par les demandes explicites des journaux scientifiques. Paradoxalement, alors que les auteur-e-s travaillant dans la prévention de la consommation de tabac et d'alcool durant la grossesse étaient les plus rigoureux quant à la standardisation des interventions, ils étaient les plus imprécis en ce qui concerne la description des échantillons et l'inclusion de la diversité de la population. Les choix méthodologiques opérés par les auteur-e-s montrent la cohérence de communautés de pratique

---

<sup>59</sup> Par exemple autour de la prévention de : la dépression, de l'anxiété, de la consommation d'alcool ou de tabac.

virtuelles et soulignent l'importance de l'empreinte de ces communautés sur la construction des savoirs. La rigueur méthodologique, supposée être la marque de fabrique de l'EBM comprend ainsi une variabilité culturelle importante.

Le dernier volet analysé dans cette revue de littérature structurée concerne l'inclusion de données contextuelles intervenant sur les questions de santé abordées dans les ECRs. Ce choix repose sur l'idée que la santé mentale, ainsi que le rapport à la santé et à la prévention, sont tributaires des conditions de vie, ce qu'ont montré d'innombrables travaux<sup>60</sup>. Utilisant une méthode quantitative, les auteur-e-s des ECR ne peuvent évidemment pas construire une compréhension dense des phénomènes qu'ils abordent. Cependant, dans leur logique, ils sont supposés inclure des moyens de distinguer les facteurs de confusion, à savoir les circonstances qui pourraient minimiser ou maximiser les effets des interventions évaluées<sup>61</sup>. Ces facteurs de confusion peuvent concerner les circonstances socio-économiques des familles, prises en considérations de manière très variable comme je l'ai montré ci-dessus, concerner le comportement de l'entourage, par exemple sa consommation de tabac ou, de manière presque évidente, concerner différentes circonstances essentielles de la naissance, dont la relation au père de l'enfant et le comportement de l'enfant lui-même. Et c'est à ces deux derniers points que je vais maintenant m'intéresser.

L'expérience de la naissance faite par les femmes est influencée par les circonstances de son déroulement. Accueillir un enfant dans un couple qui se sent bien et n'éprouve pas de difficultés majeures est sans doute plus facile que de vivre cet événement dans une période traversée par des difficultés, des conflits, voire de la violence. Le retour au travail des pères après quelques jours, voire parfois après 1 à 2 semaines de congé paternité ou de vacances, est par exemple un moment délicat pour les mères, éprouvant parfois de la solitude dans le tête-à-tête constant avec le nouveau-né (Blochlinger, Kurth et al. 2014). Comme l'ont relevé plusieurs auteur-e-s, interroger la qualité des liens sociaux, plutôt que leur simple présence, renseigne mieux sur le soutien dont bénéficient les personnes considérées (Massé 1995, Razurel 2014). Dans une région où près d'un mariage sur deux finit par un divorce, il semble réaliste de s'attendre à ce que la naissance soit accompagnée d'expériences conjugales contrastées. L'influence d'interventions relationnelles, visant une amélioration de la santé mentale ou la modification d'un comportement de santé, est sans doute

---

<sup>60</sup> Voir par exemple : Massé, R. (1995). Culture et santé publique. Montréal, Gaétan Morin, Kleinman, A., V. Das and M. Lock, Eds. (1997). Social Suffering. Berkeley, University of California Press, Das, V., A. Kleinman, M. Lock, M. Ramphel and P. Reynolds, Eds. (2001). Remaking a World : Violence, Social Suffering and Recovery. Berkeley, University of California Press, Farmer, P. (2005). Pathologies of Power : Health, Human Rights, and the New War on the Poor. Berkeley, University of California Press, Horwitz, A. V. and J. C. Wakefield (2007). The Loss of Sadness : How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder. Oxford, Oxford University Press, Massé, R. (2008). Détresse créole : ethnoépidémiologie de la détresse psychique à la Martinique. Québec, Presse Universitaire de Laval, Newsreel, C. (2008). Unnatural Causes: is inequality Making Us Sick ? California, California Newsreel.. Ajouter marmot Phelan Fassin

<sup>61</sup> Je n'affirme pas ici que « toute » la médecine fonctionne sur ce mode. Cependant, la saillance du réductionnisme en obstétrique est suffisante pour poser problème. Je reviendrai sur ce point à plusieurs reprises à partir des observations construites durant l'enquête ethnographique.

différent selon que les circonstances familiales sont plutôt harmonieuses ou plutôt difficiles, d'où l'importance de prendre en considération ce type de variables.

La considération du père n'est de loin pas constante et reste souvent superficielle. Dans 31% des articles, le père n'est pas mentionné. Dans 52%, le père est une présence ou une absence dans les caractéristiques de base décrivant la composition de l'échantillon, sans appréhension de la satisfaction de la relation ou du soutien paternel. Dans 3% des articles, le rôle du père est discuté et dans 9%, il est enrôlé au même titre que la mère, ce qui implique une préoccupation pour la santé paternelle. Enfin, dans 5% des articles, le père est enrôlé en tant que soutien de la mère, sans que son vécu ne soit exploré. En d'autres termes, les pères sont alors instrumentalisés pour servir la santé des mères.

De la même manière, les chercheurs s'intéressant à la santé mentale périnatale, sont supposés connaître les principaux travaux montrant que le comportement du nouveau-né, ou plus tard du nourrisson, participe de l'expérience de la naissance et de la construction des liens entre parents et enfants. Les nouveau-nés ont des tempéraments variés, dormant plus ou moins bien, pleurant plus ou moins longtemps, se consolant plus ou moins aisément (Brazelton and Nugent 1995). Les nouveau-nés et nourrissons pleurant beaucoup, qualifié parfois d'enfants avec d'importants besoins, occasionnent plus de stress pour les parents (Kurth, Spichiger et al. 2010, Kurth, Kennedy et al. 2014). La quantité des pleurs et la qualité du sommeil du nourrisson sont par ailleurs corrélées à l'anxiété et à la dépression du post-partum<sup>62</sup>. La typologie de l'attachement<sup>63</sup> est corrélée elle-aussi avec l'intensité des pleurs du nourrisson, particulièrement chez les parents en situation de vulnérabilité socio-économique (Pierrehumbert 2003).

On pourrait évidemment critiquer ces études d'un point de vue socio-anthropologique, voir par exemple l'extraordinaire réduction qui consiste à classer les humains en 4 catégories dans la théorie de l'attachement ou relever la place exclusive de la mère dans toutes les recherches portant sur le développement précoce de l'enfant. Ce n'est cependant pas mon objet. Ce que je veux faire remarquer ici, c'est qu'un nombre très important de recherches montre des liens entre le vécu de la naissance et les circonstances familiales entourant cet événement. Par conséquent et comme le recommandent les chercheurs spécialistes de la dépression périnatale et du développement de

---

<sup>62</sup> Pour une revue de littérature, voir : Kurth, E., E. Spichiger, E. Zemp Stutz, J. Biedermann, I. Hosli and H. P. Kennedy (2010). "Crying babies, tired mothers - challenges of the postnatal hospital stay: an interpretive phenomenological study." *BMC Pregnancy Childbirth* **10**: 21.

<sup>63</sup> L'attachement au cours de la vie, de la naissance à l'âge adulte, est un champ de recherche immense, l'un des plus importants de la psychologie. Ce travail ne se centrant pas sur l'attachement, j'ai essentiellement utilisé l'ouvrage publié par Blaise Pierrehumbert à ce sujet, lequel est une revue de littérature très complète des travaux essentiels publiés au sujet de l'attachement, de sa sécurité et de son rôle dans le développement humain Pierrehumbert, B. (2003). *Le premier lien : théorie de l'attachement*. Paris, Odile Jacob.. N'ayant pas lu les recherches primaires, je fais référence à son travail de synthèse et fais confiance à son statut de chercheur internationalement reconnu pour son travail sur l'attachement.

l'enfant, toute intervention ciblant la santé mentale périnatale devrait prendre en considération l'enfant, son rôle dans la relation, ainsi que son évolution en présence d'une intervention (Murray and Cooper 1997). De nombreuses échelles et instruments sont disponibles, par exemple l'échelle validée de Brazelton, concernant les comportements des nouveau-nés<sup>64</sup> et des nourrissons, et qui permet de construire des catégories sensibles (Brazelton and Nugent 1995). Ce type d'instrument permettrait de discriminer si une intervention relationnelle, visant par exemple à prévenir, soulager ou traiter l'anxiété et la dépression postnatales, est efficace quelles que soient les « catégories de comportements » des enfants.

La considération des nouveau-nés dans les articles analysés est marginale. Dans 89% des articles où cela serait utile<sup>65</sup>, aucune information descriptive à propos des nouveau-nés n'est récoltée<sup>66</sup>. Dans 79% des articles où cela serait utile<sup>67</sup>, les effets de l'intervention sur la relation mère-enfant ou sur le comportement de l'enfant ne sont pas mesurés. Dans les discussions des articles où cela serait utile<sup>68</sup>, 58% des articles ne mentionnent pas l'enfant, 18% le mentionnent et 22% discutent de manière plus approfondie le lien entre le problème de santé et l'enfant ou la relation mère-enfant, 7% en ajoutant des références. Enfin dans 2% des articles, l'enfant est inclus dans l'intervention.

Les chercheurs spécialistes de la dépression post-partum relèvent que celle-ci a un effet négatif sur le développement de l'enfant (Papousek and Papousek 1997, Tronick and Weinberg 1997). Les enfants de mères souffrant de dépression et d'anxiété ont plus de risque de développer un attachement de type insécure. Si les styles d'attachement insécures ne sont pas considérés comme pathologiques, car « normaux » d'un point de vue statistique, ils sont sources de difficultés à tous les stades de développement (Pierrehumbert 2003). Par conséquent, les spécialistes de la dépression et de l'anxiété postnatale demandent à ce que les interventions relationnelles ciblant ces troubles comprennent un volet concernant l'interaction mère-enfant et le développement de l'enfant (Murray and Cooper 1997)<sup>69</sup>. Ces auteur-e-s sont des références incontournables en regard de la dépression postnatale et sont utilisés dans les articles rapportant les ECR, dans l'objectif de situer le

---

<sup>64</sup> Ce type de catégorisation est évidemment délicat. Poser une interprétation à un moment donné ne doit en effet pas conduire ni à essentialiser, ni à excessivement individualiser le comportement des enfants, au risque de nuire aux enfants « pleurant beaucoup ». Les professionnels utilisant cette approche dans notre région tendent à être très prudents à cet égard (notes auto-ethnographiques). Le choix et l'utilisation d'une échelle permettant d'intégrer l'enfant en tant que facteur intervenant dans le vécu de la maternité dépasse l'étendue de cette recherche. Ce que je souhaite montrer ici est que des échelles validées permettant ce travail existent et pourraient donc être utilisées pour décrire le contexte des personnes recrutées avec un minimum de précision.

<sup>65</sup> Les études ne nécessitant pas d'informations sur les nouveau-nés se sont déroulées pendant la grossesse ou concernent des situations de deuil.

<sup>66</sup> Soit dans le premier tableau définissant les caractéristiques de base des femmes incluses et de leur situation. Cette variable a été mesurée pour 113 études.

<sup>67</sup> Variable mesurée pour 113 études.

<sup>68</sup> Variable mesurée pour 100 études.

<sup>69</sup> Je n'ouvrirai pas les différents débats qui pourraient être soulevés en regard des questions de genre et de l'individualisation de la responsabilité maternelle à la lecture de ces références. Dans ce sous-chapitre, je vérifie avant tout la cohérence méthodologique des auteur-e-s d'ECR avec leurs références.

phénomène de la dépression dans leur introduction. Paradoxalement, leurs recommandations ne sont pas prises en considération.

Tous les articles inclus dans cette revue de littérature concernent la période de la naissance et ses suites. Pourtant une majorité d'entre eux font comme si le nouveau-né et le père n'existaient pas ou étaient simplement une présence ou une absence. Ce faisant, l'accent de l'intervention repose d'autant plus sur la mère et individualise, une fois encore, le rapport humain à la santé mentale. Ces omissions sont problématiques, car elles passent sous silence des circonstances stressantes pour les femmes. En d'autres termes, les ECR évaluant des interventions ciblées sur la santé mentale postnatale atteignent un niveau de réductionnisme record en proposant une nouvelle naissance qui se passe d'enfants et de pères.

Analyser des articles ayant évalué un même type d'interventions, mais concernant des questions de santé variées, m'a permis de faire des comparaisons intéressantes. Pour chaque critère considéré, une proportion des ECR est construite avec une qualité méthodologique et épistémologique notable, attestant ainsi de la faisabilité de cette qualité. Cependant, seule une proportion faible à moyenne des ECR comprend des échantillons équitables et éthiques, évalue une intervention suffisamment ample et précisément définie, ou recourt à un niveau de réductionnisme épistémologiquement acceptable. Le contraste produit par la comparaison souligne que la qualité d'un ECR ne repose pas uniquement sur des aspects méthodologiques génériques, mais bien sur une conception plus large, incluant des aspects cliniques concrets et demandant une connaissance théorique et/ou pratique approfondie des phénomènes étudiés.

L'ECR est conçu pour évaluer des interventions simples ciblant des problèmes de santé simples eux-mêmes et dont les effets se mesurent à court terme (Enkin 2006). L'ECR en tant que méthode est également relativement simple, particulièrement lorsque la standardisation des interventions est inaboutie, ce qui est fréquent dans l'échantillon d'articles analysés ici. L'ECR permet alors de réaliser une évaluation rapide grâce à sa procédure très balisée. En d'autres termes, la réplicabilité de la méthode n'est pas seulement utilisée pour sa supposée rigueur, mais également pour sa rapidité de mise en œuvre. Suite à ces observations, j'aimerais rapprocher la logique de l'ECR et celle d'autres formes de construction des savoirs d'une opposition que Tim Ingold construit à propos des différences existant selon lui entre le voyage et le transport :

*« [Cette démonstration évoquant l'hétérogénéité et la richesse de la composition du sol] me sert à souligner le contraste existant entre deux modalités de mouvement que je nomme respectivement le voyage et le transport. Le voyageur est un être qui, suivant le chemin de la vie, négocie ou improvise son passage au fur et à mesure de son parcours. Dans ses mouvements, comme dans sa vie, il se préoccupe de trouver une voie, de continuer, mais pas de rejoindre une destination spécifique ou un*

*terminus. Bien qu'il puisse prendre une pause et se reposer, même s'en retourner d'où il vient ou tourner en rond, chaque période de repos ponctue un épisode de mouvement. Car où qu'il soit, et tant que la vie continue, il peut toujours continuer sa route. Au long du chemin, des événements se produisent, des observations sont faites et la vie se déroule. Le transport par contraste, amène le passager à travers une surface préparée et prévue. Le mouvement est alors un déplacement latéral, plutôt qu'une progression linéaire, connectant un point d'embarquement avec un terminus. Le but du passager est alors d'aller d'un point A à un point B, idéalement aussi vite que possible. Ce qui se produit en route n'a pas d'importance et est banni de la mémoire ou de la conscience. » (2010, 126-127)*

L'ECR apparaît par une analogie métaphorique comme un transport, ses méthodes étant fixées au départ et ne se remettant plus en cause une fois la recherche débutée. Le dispositif méthodologique protège le chercheur du contact avec le monde, empêche que les différentes sensations et circonstances modifient l'efficacité de ce transport. Les méthodes qualitatives apparaissent quant à elles comme des voyages, impliquant ce contact continu entre terrain, réflexion, et action. L'expérience phénoménologique vécue en recherche qualitative permet de transformer la démarche de recherche en continu, augmentant de ce fait la complexité et la durée du processus.

En ce sens, la logique du transport que véhicule l'ECR semble peu appropriée pour saisir les réalités humaines, que font, dans ce travail, des sages-femmes et des familles, avec leurs tribulations pour appréhender les rigueurs du monde. Voyages et transports ont ainsi leurs avantages et limites respectives. La mise en œuvre codifiée des recherches quantitatives permet de construire une appréhension rapide et globale de certains phénomènes de santé, donnant une vision en recul des détails du monde. Certain-e-s auteur-e-s poussent néanmoins la logique du transport à son extrême en utilisant plusieurs fois un protocole presque identique pour augmenter la rapidité de leur production. Pressés par la logique des résultats qui prime dans le monde de la recherche contemporain (Zuppiroli 2010, Gaulejac 2012), ces chercheurs ne semblent plus vivre un processus de réflexion mais transportent le même protocole d'une recherche à l'autre. Dans le champ de la santé contemporain, l'ECR semble ainsi doublement favorisé. Son aura de *Gold Standard* facilite d'une part l'accès au subventionnement et à la publication. D'autre part, la logique du transport sert l'impératif d'efficacité, notamment lorsque les questions éthiques, épistémologiques, et méthodologiques, restent largement impensées. Le succès de l'ECR résulte d'une logique circulaire s'auto-confirmant au cours des différentes étapes de de la recherche, ceci selon différentes logiques (Berkwits 1998, Grossman 2008).

Les auteur-e-s ne justifient généralement pas explicitement le choix de procéder à une évaluation par ECR, le succès de cet instrument semblant à ce point établi qu'il procède d'une logique de sens commun. L'EBM a introduit l'idée que le raisonnement clinique, faisant face à une trop grande complexité physiopathologique, aboutissait parfois à des conclusions erronées et importait donc moins que les preuves épidémiologiques. C'est pourquoi les promoteur-e-s de l'EBM incitent les

chercheurs à vérifier leurs hypothèses en les soumettant à des vérifications quantifiées (Sackett, Straus et al. 2000). Cependant, ce raisonnement semble aller parfois trop loin, c'est-à-dire que la vérification par les chiffres précède la construction théorique et s'échafaude sur des réflexions incomplètes (Porter 1995, Comelles 2010), ce que montre cette revue structurée de littérature.

Le bilan effectué ici est inquiétant. A l'ère de la rationalisation des soins impliquant de ne retenir que les interventions efficaces pour le remboursement des prestations par l'assurance maladie ou pour le calcul des dotations dans les services de soins, la qualité des démarches d'évaluation est essentielle. En effet, si les évaluations ne sont pas conçues avec une rigueur suffisante, elles ne pourront pas révéler l'efficacité potentielle des interventions. Une politique d'évaluation vacillante, soutenue par des équipes de chercheurs, par des institutions de financement de la recherche, et par les journaux scientifiques, pourrait ainsi porter préjudice aux praticien-ne-s et aux personnes soignées. Comme d'autres, je ne pense pas que les recherches quantitatives suffisent pour évaluer les interventions destinées à prévenir ou traiter des problématiques de santé complexes et j'appelle également à ce que des protocoles mixtes soient plus fréquemment employés (Massé 1993, Enkin 2006, Massé 2006, Greenhalgh 2014).

Pour finir, la ségrégation opérée dans la recherche occidentale depuis des décennies, qui reflète l'inéquité d'accès aux soins de santé, a été abondamment documentée. Ne serait-il pas temps que les organismes de financement de la recherche et les journaux scientifiques s'engagent pour renverser ce déséquilibre si peu éthique ?

## **II.VI Synthèse**

L'EBM est un mouvement social qui prend aujourd'hui beaucoup d'ampleur. Créé pour de bonnes raisons, ce modèle questionne la disparité des pratiques, ainsi que leur efficacité relative. Cependant, l'EBM est une approche incomplète, pensée en termes méthodologiques, plutôt que cliniques ou épistémologiques, ce qui est encore peu reconnu au sein de ce mouvement social.

L'EBM s'inscrit dans une culture de l'objectivité chiffrée, qui concerne aussi bien la médecine que la société dans sa globalité, et a pour intention de produire des savoirs valides par l'usage de procédures supposées évincer les biais (Douglas 1992, Porter 1995). Ceci dit, l'opinion et l'expérience du chercheur peuvent compromettre la pertinence et l'intégrité des processus de construction des savoirs, que ce soit dans l'élaboration des recherches primaires, dans l'utilisation des recherches à l'intérieur des documents de synthèse, et enfin, dans la mise en pratique des résultats (De Vries and Lemmens 2006, Homer and Broom 2012, Perrenoud 2012, de Vries, Paruchuri et al. 2013). Dans le cadre de l'EBM, la subjectivité s'exprime donc aussi bien dans la construction, le traitement, la



circulation que dans la mise en pratique des savoirs. Ceci n'est pas étonnant, l'être humain ne pouvant travailler qu'à partir de qui il est, de son expérience, ses valeurs et ses représentations. De nombreux promoteurs et utilisateurs de l'EBM peinent cependant à reconnaître la place de cette subjectivité, qui faute de pouvoir être problématisée, demeure un impensé agi au quotidien, tant dans la production de données que dans la mise en pratique de celles-ci.

A l'heure où j'écris ces lignes, l'EBM est de plus en plus critiquée pour les raisons évoquées dans ce chapitre. D'aucun-e-s considèrent que son époque, ou qu'un premier âge de l'EBM du moins, sont révolus, appelant à la formation d'un *real EBM* qui tienne vraiment compte des savoirs cliniques et des besoins et préférences des personnes soignées (Greenhalgh 2015). Parallèlement à ces développements qui sont à suivre, l'EBM et ses intentions éthiques continuent à être ignorés dans certains services d'obstétrique qui poursuivent l'entreprise de médicalisation et technicisation de la naissance, comme en témoignent par exemple les taux très disparates d'épisiotomies et de césariennes en Suisse (OFSP 2012). Les rapports à la production et à l'utilisation de la recherche pour documenter les pratiques sont donc multiples, appelant à un regard critique mais circonstancié sur l'EBM et son évolution.

**1ère partie. Cadre de références et méthodes pour une enquête anthropologique auprès de sages-femmes indépendantes**

## **Chapitre 1 : entre une anthropologie de la santé et des habiletés**

Toute recherche est orientée par des choix, des circonstances et des perspectives qui donnent à son contenu sa spécificité et font de sa production une œuvre située et délimitée (Latour 1983, Lakoff and Johnson 1999, Bensa 2006, Pestre 2013). Cette réflexion comporte deux ancrages théoriques principaux, celui d'une anthropologie de la santé d'une part et, de l'autre, celui d'une anthropologie de la construction des habiletés et savoirs humains<sup>70</sup>. Le premier courant, majeur, interroge le contexte de la santé depuis plusieurs décennies, faisant émerger les représentations et les pratiques liées à la santé des professionnels et des usagers et révélant les tensions et contradictions inévitables qui émergent dans la complexité des systèmes de santé contemporains. La socio-anthropologie de la santé a par ailleurs largement interrogé l'accompagnement et l'expérience de la naissance<sup>71</sup>, me permettant de poser un regard réflexif sur un contexte que j'ai appréhendé dans une perspective professionnelle pendant plus d'une décennie. Le second courant, moins étendu, propose de saisir les processus et les contenus impliqués dans la construction des habiletés humaines, en portant une attention particulière à l'incorporation de l'expérience. La spécificité de ces anthropologues est de travailler à partir d'un socle théorique ouvert, comportant des emprunts disciplinaires issus des sciences cognitives.

Ancrant ma réflexion plutôt dans le champ de l'anthropologie, mais utilisant de nombreuses références attribuées à la sociologie, et qui interrogent l'accompagnement de la naissance ou plus largement de la vie, j'utilise fréquemment le terme de socio-anthropologie. Ce terme qui est parfois revendiqué en sciences sociales (Olivier de Sardan 2008), ne fait pas l'unanimité. Si j'y suis en principe favorable, je n'ai pas effectué de réflexion de fond à ce sujet, que je laisse, en tous les cas pour l'instant à d'autres, plus expérimentés. Je concède que ce choix est pragmatique et qu'il souligne aussi les liens tissés avec de nombreux sociologues de la naissance.

### **1.1 L'anthropologie de la santé, une anthropologie culturelle du proche**

L'ancrage de cette réflexion, qui traite de la construction de savoirs autour de l'accompagnement de la naissance, en anthropologie de la santé, peut sembler aller de soi. Dans ce sous-chapitre, il me semble néanmoins important de souligner comment différentes postures et finalités adoptées par les anthropologues de la santé permettent de penser mon objet. Je commencerai donc par présenter en grandes lignes certaines postures essentielles de ce courant de l'anthropologie, en soulignant au passage quelques difficultés à faire valoir les objectifs propres à la recherche en sciences sociales

---

<sup>70</sup> Résumé par « anthropologue des habiletés » dans la suite du texte par souci de concision.

<sup>71</sup> Ces travaux apparaîtront dans le chapitre problématisant le modèle de l'EBM et dans l'interprétation de l'ethnographie.

dans le champ de la santé. Etant moi-même sage-femme, ces débats touchant au rôle de l'anthropologue sont essentiels.

Je montrerai ensuite comment les sous-courants d'une anthropologie critique d'une part et, interprétative de l'autre, constituent des repères importants pour penser la construction de savoirs aux temps de l'EBM. Enfin, la socio-anthropologie de la santé comprend un vaste champ d'interrogation des représentations et des pratiques d'accompagnement de la naissance, que je ne peux pas présenter de manière exhaustive ici, loin de là, tant les travaux sont nombreux, mais que j'évoquerai à partir de certains angles choisis pour leurs liens avec cette réflexion.

L'anthropologie médicale, un très important courant en termes d'engagements de chercheurs et de publications, aurait pu être vue comme une sous-discipline de l'anthropologie sociale. Ce courant, lui-même composé de nombreux sous-courants, participe, du moins pour les auteur-e-s auxquels je me rattache, d'une anthropologie culturelle et sociale qui situe les phénomènes, appartenant ou non champ de la santé, à l'intérieur de leur contexte (Augé 1986, Fainzang 2010). Cette posture de principe constitue par ailleurs une réaction au contact de l'anthropologie avec la médecine, discipline influente, qui tente et réussit parfois, à soumettre les anthropologues à ses objectifs. Connue pour être la discipline qui décrirait les cultures, l'anthropologie a parfois été utilisée pour identifier les représentations et pratiques de profanes qu'il s'agissait alors souvent de corriger, ceci dans la logique d'une médecine paternaliste. Et c'est donc pour éviter cette instrumentalisation que de nombreux anthropologues de la santé soulignent leur attachement à l'anthropologie sociale et, revendiquent la nécessité de définir eux-mêmes les objectifs et les termes de leurs recherches (Browner 1999, Fainzang 2006, Saillant and Genest 2006, Fainzang 2010).

Depuis quelques décennies, Le terme francophone d'anthropologie de la santé, plutôt qu'anthropologie médicale, souligne d'ailleurs, une volonté de se démarquer du monde médical :

*[La distinction entre anthropologie de la santé et anthropologie médicale] a eu le mérite cependant de pouvoir rappeler la nécessité de ne pas perdre les acquis épistémologiques de l'anthropologie et de ne pas laisser cette discipline se dissoudre dans une finalité médicale. Dans de nombreux cas, l'appellation de ce champ posait la question de savoir si, avec l'anthropologie médicale, les chercheurs faisaient de l'anthropologie ou de la médecine, autrement dit s'ils cherchaient la rentabilité des programmes sanitaires ou à améliorer la connaissance de l'Homme en société.» (Fainzang, 2006, 158)*

La nécessité de garder une distance réflexive à l'encontre du monde de la santé et, à la médecine en particulier, se traduit aussi par l'utilisation d'une registre lexical propre à l'anthropologie et, par une déconstruction du langage médical, souvent pris à tort pour un miroir du monde et des corps :

*« ...j'ai poussé jusqu'au bout l'idée selon laquelle un langage scientifique d'une grande clarté par rapport au monde naturel, sorte de « miroir de la nature » - le sujet passionné depuis le siècle des*

*Lumières -, se trouve en très profonde affinité avec « l'épistémologie populaire » de la biomédecine et intéresse tout particulièrement les sciences médicales du comportement. J'ai cependant, précisé que cette conception du langage et du savoir, qualifié dans nos écrits de « théorie empiriste du langage médical », dessert à la fois la recherche interculturelle et nos travaux sur la science et la médecine américaines. Ceux qui en font usage sont conduits à formuler les problèmes en termes de croyance et de comportement, et reproduisent souvent la perception courante de l'individu et de la société. Après des années d'enseignement et de recherche dans le domaine médical, je suis plus que jamais convaincu que le langage de la médecine n'est pas un simple miroir du monde empirique. C'est un riche langage culturel, lié à une vision extrêmement spécialisée de la réalité et du système des relations sociales, qui dans le traitement médical, associe les grandes questions morales à des fonctions techniques plus évidentes. » (Good, 1998, p.32)*

Cette dernière position, essentielle pour marquer le terrain de l'anthropologie, ramène à une tension présente tout au long de ce travail. Comme je le décris au sous-chapitre suivant, j'aborde la construction des savoirs à partir d'une anthropologie qui s'intéresse aux habiletés développées par des praticien-ne-s. Dans ce cadre-là, le lexique des praticien-ne-s, ainsi que d'ailleurs leurs références théoriques et pratiques, sont utilisés pour saisir les processus et les contenus participant à la construction de savoirs. De plus, ces anthropologues des habiletés utilisent parfois des références empruntées aux sciences cognitives, lesquelles touchent au champ de la médecine et adoptent son point de vue sur le langage, perçu comme un reflet du monde. Dans la situation de ces auteur-e-s, à une exception près qui concerne l'apprentissage de l'auscultation au stéthoscope (Rice 2010), le contact avec le champ médical s'arrête là et, les objets étant situés en dehors du champ de la santé, le risque d'instrumentalisation n'apparaît guère. Dans mon cas, la situation est bien différente, puisque j'interroge un objet faisant partie du champ de la santé et qu'en plus d'être anthropologue, je suis sage-femme. Un risque de glissement est donc bien là, que je propose d'interroger au chapitre 3 qui est réflexif, ainsi que dans l'ensemble du travail, quand il me semble important de souligner comment je maintiens un regard d'anthropologue dans le lien avec cet objet du proche.

Au-delà de l'inscription dans une anthropologie de la santé qui revendique son rattachement à l'anthropologie sociale, je me rattache plus spécifiquement aux courants critiques et interprétatifs. Dans le courant critique, ou dans le regard critique que portent les auteur-e-s adoptant une perspective de recherche à plusieurs focales, les circonstances historiques, politiques, et économiques, qui influencent le fonctionnement des systèmes de santé et de leurs institutions, sont examinées (Rossi 1999, Fassin 2000, Rossi 2003, Fainzang 2006, Rossi 2006). Cette mise en contexte des phénomènes de santé permet de penser l'objet de recherche en considérant les forces sociales qui agissent sur celui-ci et, sur la vie d'acteurs sociaux. Dans l'introduction, ainsi qu'à l'intérieur du chapitre préliminaire concernant l'EBM, j'ai déjà souligné comment le contexte néolibéral actuel participait de ce mouvement social, en incitant à la sélection d'interventions non seulement efficaces, mais également efficientes. Dans ce contexte, caractérisé par des crises de financement des systèmes de santé et par une volonté de réduire les services de l'Etat social, l'utilisation de l'EBM

fait ainsi craindre l'émergence d'une médecine nihiliste (Massé 1993, Pouvourville de 2002). Il est en effet tentant pour qui cherche à faire des économies que de supprimer toute intervention ne faisant pas ses preuves. Or, tant les moyens utilisés pour établir les preuves de l'efficacité, que l'utilisation des résultats ainsi obtenus, peuvent modifier le visage du système de santé et, des prestations que celui-ci met à disposition de la population. En resituant l'EBM, ainsi que plus loin dans le texte la pratique de sages-femmes indépendantes, à l'intérieur du contexte sociétal, la perspective critique permet de mieux saisir les enjeux sertiissant la construction de savoirs concernant l'accompagnement de la naissance. Pour ce qui est de l'EBM, cette mise en perspective permet de dépasser les représentations naïves qui feraient de ce modèle un simple instrument d'évaluation des pratiques dont les méthodes assureraient l'objectivité<sup>72</sup>. Or les méthodes ne peuvent pas remplacer une analyse des circonstances historiques, économiques, ou sociales, qui influencent toute entreprise humaine (Douglas 1992).

J'ai déjà évoqué à plusieurs reprises les conséquences des inégalités sociales sur la santé et sur l'accès à des soins de santé adaptés qui, dans le contexte de la naissance, se traduisent en des taux différenciés de morbidités et de mortalités périnatales et maternelles selon les catégories de la population. Ici, les postures critiques rétablissent la part de l'organisation sociale dans la constitution de la santé et de la maladie (Fassin and Dozon 2001, Rossi 2006, Saillant and Genest 2006), révélant comment les systèmes de santé faillissent en quelque sorte à leur mission, en promouvant une vision trop individualiste et pas assez environnementale de la prévention. Ce regard critique comporte par ailleurs une évidente parenté avec certains travaux de santé publique qui ont montré le lien linéaire existant entre situation sociale et durée de la vie, de manière absolue, ainsi qu'en années passées en bonne santé (Marmot 2004, Newsreel 2008). Les situations où un contexte toxique, à des degrés divers, forme une barrière à l'accès à la santé, appellent ainsi de nombreux anthropologues à s'impliquer dans leur objet et à dénoncer, s'il le faut, des décisions qui du point de vue d'une éthique de la vie en société sont intenable (Benoist and Desclaux 1996, Farmer 2005). Il m'arrivera à moi aussi d'adopter ce point de vue engagé, lorsque certaines conceptions de la construction des savoirs ont des conséquences pour des segments de la population déjà minorisés, que ce soit dans la société en général ou dans le système de santé.

Pour aboutir à ce regard critique et impliqué, qui investigue le climat contemporain entourant la promotion de l'EBM, un retournement de perspective, complémentaire, me semble indispensable. Les conceptions et les usages de savoirs qui sont véhiculés dans ce climat ne sont en effet pas

---

<sup>72</sup> Les réflexions complémentaires classées dans les annexes soulignent comment la production et l'utilisation des données issues de la recherche servent des objectifs multiples, relevant d'idéologies, mais aussi d'une logique de sociologie des professions. Le bilan global effectué au chapitre préliminaire, et dans les annexes, montre que l'EBM, à l'instar de toute entreprise humaine, est constamment aux prises avec le tissu culturel contemporain, les enjeux et les forces qui le sous-tendent.

seulement des objets qui subissent les forces sociales du système de santé, mais des éléments qui participent eux-mêmes de ces forces. Et pour comprendre comment celles-ci agissent à l'intérieur du système de santé et se traduisent en des décisions et des actions qui interviennent ensuite dans la vie d'acteurs sociaux, ici celle de familles mais également de sages-femmes, il s'agit d'adopter un regard plus interprétatif sur les processus et les contenus qui participent de la construction des savoirs, ainsi que sur la réception de ceux-ci à l'intérieur du système de santé local. Dans cette perspective, l'anthropologue considère la médecine, comme tout autre milieu humain, en tant qu'espace d'élaboration culturelle continue (Good 1994, Clarke, Shim et al. 2010, Lock and Nguyen 2012). Les sens multiples, et notamment ceux qui restent cachés au premier regard, peuvent ainsi être mis en lumière, permettant alors de comprendre les phénomènes sous un jour nouveau. Et donc, en dévoilant ce qui est su, à partir de quelles démarches et en incluant quelles dimensions de la santé et du social, il devient ensuite possible d'appréhender les conséquences de l'inclusion ou de l'exclusion de certaines formes de savoirs pour penser l'accompagnement de la naissance.

Dans cette perspective, plus microsociale, j'ai d'abord analysé les productions que sont les ECRs, présentées au chapitre précédent, et montré à un premier niveau quelles dimensions de la naissance et de son accompagnement ressortent de ces productions et à partir de quels acteurs précis. La revue de littérature montre d'une part que les ECR, qui sont je le rappelle les principales sources utilisées pour construire les *guidelines* professionnels, portent avant tout sur la prévention ou le traitement de problèmes de santé, investigués auprès d'une frange restreinte et plutôt privilégiée de la population et que, d'autre part, ces productions excluent généralement de leur conception les pères et les nouveau-nés. Ce type d'analyse documentaire, portant sur les pratiques de chercheurs et de leurs traces, est d'ailleurs utilisé par d'autres auteur-e-s pour interpréter le climat contemporain de l'EBM et son influence sur ce qui est su de la naissance ou d'autres phénomènes de santé (Moreira 2007, de Vries, Paruchuri et al. 2013). Dans la suite de la thèse, je conduirai ce travail interprétatif à partir de l'activité de sages-femmes indépendantes, pour me pencher sur les processus et les contenus participant de leurs savoirs sur la naissance et son accompagnement. Après avoir conduit cette deuxième interprétation, qui constitue mon objet principal, je reviendrai sur le coût potentiel d'une déconsidération de ces savoirs, que celle-ci s'exprime sous la forme d'un rejet, ce qui s'est produit durant le terrain, ou d'une absence de problématisation de l'intervention de tels savoirs dans la vie des familles.

L'interprétation que des anthropologues posent sur d'autres interprétations, construites celles-ci par des acteurs sociaux à l'intérieur d'espaces situés, participe d'une défiance à l'encontre d'une approche anthropologique qui relèverait de l'illusion positiviste (Good 1994, Geertz 1998, Denzin

2001). Les auteur-e-s se reconnaissant dans le courant interprétatif de l'anthropologie de la santé déconstruisent non seulement la médecine, telle qu'elle peut se présenter au public, à partir de ses déclarations d'intention, mais investiguent aussi la maladie et les évènements relevant de la santé en tant qu'expériences vécues. Dans ces autres démarches d'interprétation, le sens des évènements et des circonstances qui les entourent, est dévoilé et réinscrit à l'intérieur d'une trajectoire et d'une situation aussi bien sociales qu'individuelles (Kleinman 1988, Kleinman 1988, Das, Kleinman et al. 2000, Kleinman 2000, Das 2013). En privilégiant l'observation en tant qu'instrument de recherche pour interroger la maladie, ces anthropologues tentent aussi d'accéder à l'incorporation de l'expérience, en considérant non seulement les discours émiques des personnes soignées, mais également les expressions non verbales de la souffrance (Saillant and Genest 2006). L'approche interprétative participe ainsi d'une déconstruction de l'opposition cartésienne entre corps et esprit, laquelle trahit l'expérience phénoménologique impliquant une incorporation de la maladie (Canevascini 2012). Ces auteur-e-s prolongent donc, à partir de questions situées dans le champ de la santé, les interrogations portant sur l'incorporation de la perception et de l'action situées, initiées dès le milieu du vingtième siècle (Merleau-Ponty 1945, Csordas 1990, Bourdieu 2000, Memmi 2009).

Pour comprendre les expressions multiples des maladies physiques et mentales, le travail anthropologique apparaît comme un complément indispensable aux études produites dans les logiques de la biomédecine (Kleinman 1988). Ce travail affranchit en effet les savoirs sur la maladie et sur la souffrance des nosographies réifiées tout en donnant la parole aux personnes soignées. En ce sens, ces anthropologues établissent l'importance de *l'illness* et dévoilent la diversité des interprétations de la souffrance ou de l'expérience. Leurs travaux déconstruisent la notion de maladie en tant qu'entité biologique et mettent en lumière le rôle des circonstances sociales de sa construction<sup>73</sup>. Cette opération est essentielle pour saisir la dimension sociale de la vie, des épisodes plus difficiles aussi, relevant de détériorations de la santé physique et mentale :

« La souffrance sociale est une détresse qui englobe toutes les expressions de la souffrance et du désespoir, physiques aussi bien que comportementales, qui menacent le bien-être. La faim, les conditions de vie inadéquates, la violence, l'accès limité aux soins, sont autant d'expressions des impacts de la pauvreté sur la santé mentale et sociale. Ainsi la détresse mentale n'est pas que purement psychologique ; elle réfère aux expériences sociales déterminées par un complexe réseau de causes inscrites dans l'économie politique globale. Aux Antilles, les désordres de l'anxiété ou de l'humeur de même que les divers idiomes d'expression de la détresse sont profondément ancrés dans un ensemble de malaises liés aux rapports de couleur, aux tensions entre hommes et femmes, à la

---

<sup>73</sup> Voir notamment : Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives : Suffering, Healing and the Human Condition*. USA, Basic Books, Kleinman, A., V. Das and M. Lock, Eds. (1997). *Social Suffering*. Berkeley, University of California Press, Das, V., A. Kleinman, M. Ramphela and P. Reynolds, Eds. (2000). *Violence and subjectivity*. Berkeley, University of California Press, Das, V., A. Kleinman, M. Lock, M. Ramphela and P. Reynolds, Eds. (2001). *Remaking a World : Violence, Social Suffering and Recovery*. Berkeley, University of California Press, Farmer, P. (2005). *Pathologies of Power : Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley, University of California Press, Horwitz, A. V. and J. C. Wakefield (2007). *The Loss of Sadness : How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*. Oxford, Oxford University Press.



dévalorisation de la langue créole, aux tensions intergénérationnelles, au sous-emploi (Massé, 2007, p.272) »

Et donc, à la manière de ces auteur-e-s, je m'intéresse également à l'interprétation qui peut être faite non pas d'une maladie, mais de l'expérience de la naissance et, en particulier, de la période postnatale. Car ici aussi, même si cet événement est souvent réifié à l'intérieur des discours médiatiques (Neyrand 2000), mais aussi professionnel-le-s (Baillif 2014), ou profanes, le social réclame selon toute vraisemblance sa part de l'expérience. Ceci dit, mon entrée en matière étant focalisée sur l'expérience de sages-femmes indépendantes, je reste plus attentive aux élaborations de ces praticiennes, mais accorde évidemment et toutefois de l'attention à ce que les parents disent de leur expérience et du contact avec les acteurs du système de santé. Les partages des parents relèvent d'ailleurs de formes de savoirs portant sur leur trajectoire et leur expérience, que reprennent plus ou moins les sages-femmes dans leurs activités et leurs réflexions. Certaines informations transmises par les parents le sont d'ailleurs sous une forme implicite, rendues accessible aux sages-femmes par leur différents sens et relevant alors d'une incorporation de leur pratique.

Le regard critique qui saisit l'objet dans son contexte, permet de mettre en lumière certains déterminismes à l'œuvre dans les environnements où sévit notamment de la pauvreté (Farmer 2005, Sen 2005). Le regard interprétatif permet d'accéder aux nuances contenues dans les récits ou les activités quotidiennes des acteurs sociaux, faisant parfois émerger leur part de pouvoir sur les événements. Ces deux courants aux foci d'attention situés à des niveaux différents restent complémentaires, appelant de nombreux auteurs à les conjuguer dans ce que Massé a appelé une troisième voie. Massé porte d'ailleurs un regard sévère sur les approches trop dogmatiques des objets anthropologiques :

« Une anthropologie médicale critique émergente inspirée des relectures des lieux du pouvoir de M. Foucault et d'une économie politique de la santé s'attaqua aux « errances » des approches interprétativistes, jugées culturalistes, désengagées et, de là, accusées de privilégier l'analyse des réseaux de significations plutôt que les réseaux de « mystification des inégalités » et autres causes structurelles de la maladie. Il en résulte une polarisation des approches de laquelle ne sont pas exclus des jugements moraux sur le désengagement politique face aux épidémies considérées comme des « pathologies du pouvoir » et des produits des « violences structurelles » (...). Afin de transcender une telle polarisation des épistémologies et des méthodes, plusieurs chercheurs ont réfléchi à une « troisième voie » qui saurait concilier ces perspectives. » (2007, p.267)

L'articulation concrète, plutôt que la simple juxtaposition, de plusieurs regards et distances focales à l'objet de recherche constitue ceci dit un véritable défi pour l'anthropologue, impliquant une *véritable réflexivité* qui intègre aussi bien des dimensions épistémologique que méthodologique (2007, p.276). Cette démarche réflexive est posée par Massé comme un dispositif *a priori* ouvert, faisant de l'anthropologie une entreprise humble, en constante évolution :

« ... elle est une pensée de la médiation, une pensée dialogique qui cherche à démêler, distinguer, mais aussi entrelacer les multiples dimensions de l'objet étudié. Elle pointe vers une anthropologie fragile qui met ses doutes sur la table, qui aspire à répondre aux questions de recherche sur un « mode mineur », prudente face aux certitudes affichées par les défenseurs de l'une ou de l'autre épistémologie. » (Massé, 2007, p.275).

Interrogeant les implications de l'introduction de nouvelles technologies de l'information, en négatif, c'est-à-dire en m'intéressant à des savoirs déconsidérés dans le cadre contemporain de l'EBM, mon objet s'inscrit également dans la suite de travaux qui déconstruisent les appréhensions parfois naïves des innovations technologiques à l'intérieur des sociétés contemporaines et par certains professionnel-le-s de la santé (Bibeau, Graham et al. 2006, Lock 2006).

Portant une interrogation qui touche à l'accompagnement de la naissance, de multiples travaux socio-anthropologiques publiés sur ce thème inspirent évidemment aussi ma réflexion. Ces travaux et leurs orientations sont par ailleurs si nombreux qu'il devient presque impossible d'en dresser une revue complète, ce qui n'est d'ailleurs pas mon intention. Parmi les thèmes les plus fréquemment abordés dans ce cadre, figure la relation au risque des professionnel-le-s de la santé, ainsi que l'intégration de médicalisation et de technicisation dans le suivi de la naissance. L'engagement de surveillances, mais également de pressions, plus ou moins diffuses, sur les femmes enceintes pour qu'elles adoptent certains comportements, situe le suivi grossesse à l'intérieur de relations de pouvoir (Oakley 2004). En ce sens, les pressions et les passages obligés peuvent apparaître comme des marques de domination supplémentaires exercées en bien des endroits par la société sur les femmes. La protection du fœtus, si elle peut évidemment apparaître *a priori* comme justifiée, semble cependant dénoter une étrange et problématique hiérarchisation des êtres, subjuguant les femmes à leur rôle de reproductrice et permettant à leur égard des dérives inquiétantes, tel que leur emprisonnement dans certains Etats américains lors de consommation d'alcool ou d'autres psychotropes.

La médicalisation de la naissance, ainsi que certains des comportements imposés aux femmes, tels que les positions durant l'accouchement par exemple, sont parfois critiqués en ce qu'ils forment des barrières entre les femmes et une certaine expérience intouchée, et presque naturalisée, de la naissance. Le corps des femmes, implicitement considéré comme inférieur et inapte à la procréation, semble demander ces différentes interventions (Tew 1990, Le Breton 1999, Helman 2001). A tel point que dans certains contextes accompagnant des naissances, il ne semble presque plus subsister d'accouchement qui se produise sans recours à une médicalisation et une technicisation, prenant alors souvent la forme d'une provocation ou stimulation des contractions par ocytociques de synthèse, de l'administration d'une analgésie péridurale et de naissances assistées par forceps ou césarienne (Carricaburu 2005, Carricaburu 2007). Cette approche technocratique de la naissance

apparaît alors sous son jour de construction culturelle, faisant des techniques les lieux de nouveaux rites (Davis-Floyd 2002, Davis-Floyd 2003). Les pratiques proposées ou imposées aux femmes autour de la naissance sont ainsi très variées et parfois révoltantes, appelant l'usage de tons très contrastés par les chercheurs en sciences sociales. Parfois nuancé et distancé, dans les écrits relevant de la sociologie médicale, le ton est plus combatif chez certain-e-s anthropologues (Katz Rothman 1986, Martin 1987, Wagner 1994, Davis-Floyd 2003, Kitzinger 2006), rappelant alors que les sciences sociales peuvent être impliquées.

La relation au risque et à la médicalisation subséquente a fait l'objet d'innombrables travaux, à tel point que l'on peut se demander si quelque-chose peut encore être ajouté à ce sujet. Plusieurs recherches portant sur le risque ont notamment montré que la relation à ce phénomène variait à l'intérieur des différents pays dits occidentaux. Les capacités des femmes, à appréhender la naissance en tant qu'expérience de la vie et, à décider de certaines des options de ce processus, sont ainsi plus ou moins reconnues ou déniées. Plus la naissance semble être vue comme une expérience de la vie parmi d'autres, plus la médicalisation et la technicisation semblent contenues, et les femmes intégrées aux prises de décision les concernant, formant alors un modèle social de la naissance. En opposition, à l'intérieur du modèle biomédical, les femmes ne semblent guère considérées comme compétentes pour comprendre leur situation au cours de la naissance, en d'autres termes pour participer à la construction des savoirs et, subissent une plus importante médicalisation et technicisation de leur expérience (De Vries, Benoit et al. 2001, Van Teijlingen, Lewis et al. 2004, MacKenzie Bryers and van Teijlingen 2010). Ici, le poids plus ou moins grand, qui peut être accordé à l'approche biomédicale de la naissance, apparaît comme une barrière potentielle à l'acquisition de savoirs ne pouvant être appris qu'à partir des femmes ou, de leur compagnon.

Le risque semble devenu omniprésent, empêchant les sages-femmes, pourtant favorables à une promotion de la *physiologie* de la naissance et à une émancipation des femmes - du moins dans les discours officiels de la corporation, ainsi que dans de nombreux cercles de pratique - d'accompagner la naissance en dehors de cette logique et de sa rhétorique (Scamell and Alaszewski 2012). Ceci dit, la place du risque et de la médicalisation et technicisation de la naissance a particulièrement été interrogée dans le contexte du suivi de la grossesse et de l'accouchement. Ce choix opéré par de nombreux auteur-e-s se justifie par la présence accrue de surveillances et d'interventions médicales au cours de ces étapes de la naissance. Par conséquent, les travaux concernant la période postnatale sont plus rares, ce qui m'a incitée à choisir cette étape-là pour interroger la construction de savoirs par les sages-femmes.

La relation au risque, à la médicalisation et à la technicisation, le rôle du pouvoir dans les relations entre professionnel-le-s de la naissance et, les femmes et leurs familles, ne constituent cependant pas mon entrée en matière. J'effectue ce choix de principe pour focaliser mon attention sur la diversité des processus et des contenus participant de la construction de savoirs issus de l'expérience, qui est un sujet vaste en lui-même. Par ailleurs, ce choix participe d'une intention de contribuer à une diversification des interrogations concernant le champ de la santé en général et, celui de la naissance en particulier. Ce choix me permet d'envisager la création d'une niche d'intérêt spécifique pour mes travaux futurs et, relève d'un respect de champs de réflexions qui sont entretenus par d'autres auteur-e-s. Ceci dit, étant donné la saillance des thématiques du risque et de la médicalisation dans le champ de la naissance, ainsi que de celles du pouvoir et des modes de gouvernance, je les évoquerai, lorsque cela semble important et que cela est en relation mon objet principal.

Les socio-anthropologues investiguant le champ de la naissance ont par ailleurs mis en lumière la diversité des attentes et des besoins que nourrissent les femmes, en termes d'information ou d'accompagnement de la naissance (Martin 1987, Kitzinger 2006, Burton-Jeangros 2010, Gouilhers 2014). Ces réflexions contrastent avec certaines positions polarisées exprimées par les professionnel-le-s à l'égard du risque et de la médicalisation, qui pour une partie d'entre eux semblent adopter des postures *a priori* plutôt qu'adaptées aux besoins spécifiques des femmes accompagnées<sup>74</sup>. Dans une recherche portant sur la construction de savoirs au cours de la période postnatale, recourant à des entretiens de sages-femmes et à des observations de consultations, j'aurai la possibilité de confronter les articulations entre discours sur la pratique et pratiques elles-mêmes et pourrai interroger comment, par quels contenus et processus, et avec quels résultats, dans leurs constructions discursives et expérientielles, les sages-femmes répondent aux besoins et préférences forcément diversifiés des femmes et des familles. Focalisée sur l'appréhension de la diversité de la population dans l'accompagnement et la construction des savoirs, ainsi que sur les questions d'égalité d'accès à des soins adaptés, je serai attentive à une diversité qui n'est pas seulement idéologique, mais qui implique les circonstances et les trajectoires de vie plus ou moins faciles des acteurs concernés.

Ces différents travaux sur la naissance, succinctement abordés ici, adoptent des tons forts différents pour interroger leurs objets, je le rappelle. Comme l'a relevé Ghasarian (2004), certains chercheurs en sciences sociales se montrent distants face à leur objet de recherche, ne dévoilant pas

---

<sup>74</sup> Voir par exemple les travaux sur l'accompagnement du choix éclairé pour le dépistage prénatal effectué dans le cadre d'une recherche financée par le Fonds National Suisse pour la Recherche Scientifique et particulièrement : Manaï, D., C. Burton-Jeangros and B. Elger, Eds. (2010). Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales. Berne, Stämpfli.

nécessairement de lien expérientiel ou existentiel avec celui-ci. D'autres, travaillant sur des objets problématiques, en termes de droits de l'humain par exemple, s'engagent plus manifestement dans leur propos et, sortent du ton neutre habituellement associé au travail scientifique (Benoist and Desclaux 1996, Farmer 2005). Ces auteur-e-s utilisent alors des jugements de valeur pour qualifier certaines observations. Dans le cadre de la socio-anthropologie de la naissance, ces engagements sont notamment présents chez des auteures telles que Robbie Davis-Floyd (2003), Sheila Kitzinger (2006), Barbara Rothman Katz (1986) ou encore Emilie Martin (1987). Etant une sage-femme qui devient anthropologue, je crains que l'utilisation d'un ton aussi engagé ne passe pour de la confusion entre mes différents rôles. Ces interrogations critiques envers l'accompagnement de la naissance me semblent d'ailleurs mieux portées par des auteur-e-s non professionnel-le-s de la santé, plus crédibles, car non pris dans des logiques de concurrence, comme le sont sages-femmes et obstétriciens (Cavalli and Gouilhers 2014). Par ailleurs, la dénonciation - c'est bien de cela dont il s'agit ici - des limites de l'approche par le risque et de l'excès de pouvoir exercé sur les femmes, est consommée. En ce sens, il ne me semble pas indispensable que ces entrées-là, du risque, de la médicalisation ou, du pouvoir, soient mes priorités.

Dans ce premier sous-chapitre de mon cadre de référence, j'ai montré comment mon objet de réflexion se rattache à l'anthropologie de la santé, ceci selon plusieurs logiques impliquant qui la distance focale qui la thématique de recherche. L'anthropologie de la santé, vaste entreprise de déconstruction culturelle de la médecine et, plus largement de la santé, est un champ extrêmement diversifié permettant notamment de saisir les contradictions ne manquant pas de survenir dans tout espace de production de culture. Entre des normes professionnelles qui enjoignent médecins et soignants à intégrer les besoins de l'ensemble de la population (Bhopal 2007, Tunçalp, Were et al. 2015) et, des moyens qui ne prennent souvent guère en considération les ressources moindres et les besoins des couches plus modestes de la population (Link and Phelan 2010), la construction des connaissances professionnelles n'est évidemment pas exempte de ces contradictions. Face à la complexité des objets de santé et à la diversité des méthodes permettant de les appréhender, Massé et d'autres proposent une voie de l'ouverture, qui se conceptualise dans le contact avec de l'objet de recherche et permet une construction inductive de l'exploration anthropologique. Je propose d'aller plus loin dans ce sens au sous-chapitre suivant en intégrant cette réflexion à un autre courant de l'anthropologie, intéressé quant à lui spécifiquement par la construction des habiletés et des savoirs humains. Ce deuxième ancrage investigate les savoirs à partir des détails de l'activité, ainsi que par l'incorporation de l'expérience, ceci à travers une approche co-disciplinaire qui intègre parfois des savoirs issus des sciences cognitives.

## 1.2 Une anthropologie des habiletés : interactions indissolubles entre les corps, les esprits, et l'environnement

Pour compléter le support de ma réflexion constitué par l'anthropologie de la santé, je me suis beaucoup inspirée du cadre théorique et des méthodes d'anthropologues qui étudient la construction d'habiletés<sup>75</sup> et de savoirs humains. Ces chercheurs s'intéressent à des activités diverses, qu'ils apprennent et exercent à l'intérieur de communautés de pratique situées, pour ensuite réfléchir de manière plus générale à la construction des savoirs humains et à celle du travail anthropologique (Marchand 2010). Plusieurs de ces auteur-e-s adoptent un cadre théorique co-disciplinaire et recourent à des savoirs construits en sciences cognitives, s'inscrivant alors dans le registre de la neuroanthropologie (Downey 2010, Marchand 2010 : 1, Lende and Downey 2012). L'originalité de ces auteur-e-s consiste également à produire une interprétation qui reste proche du terrain, ne s'échappant ni dans un langage métaphorique, ni dans un langage dérivé de la psychanalyse, au contraire de certains écrits construits en sociologie clinique par exemple. Leurs travaux, étant publiés en anglais et n'ayant pas été traduits en français, j'ai choisi de les présenter de manière relativement détaillée.

Les anthropologues des habiletés investiguent une grande variété d'activités dont les métiers de la construction, de la maçonnerie, ou du bois (Ingold 2006, Marchand 2009, Marchand 2010), des artisanats, dont le tissage, la couture, la dentelle ou le soufflage de verre (O'Connor 2005, Prentice 2008, Makovicky 2010, Odland Portisch 2010, Venkatesan 2010), différents sports dont les arts martiaux (Downey 2007, Downey 2010, Downey 2012), ainsi que des pratiques médicales (Rice 2010). Ces chercheurs sont soit des professionnel-le-s devenus anthropologues soit des anthropologues investis dans des activités artisanales ou sportives, qu'ils interrogent en tant qu'experts ou parfois de novices. L'apprentissage et la pratique leur permet d'accéder à une compréhension de l'incorporation des activités - l'expérience individuelle étant la seule qui fournisse des informations sensori-motrices propres à cette incorporation. Ces auteur-e-s ont donc largement recours à l'auto-ethnographie<sup>76</sup> pour interpréter les sensations que procure l'expérience (Marchand 2010). Enfin, ces anthropologues investiguent aussi bien les processus impliqués dans la construction

---

<sup>75</sup> Habileté est une traduction du terme anglais « skill » et résume les capacités motrices et sensorielles mises en œuvre par les artisans et les professionnel-le-s dans leur activité. Ce courant s'intéresse aux gestes et aux circonstances qui les influencent, à la construction de l'expertise pratique, à son évolution et, parfois, à son déclin. Ce courant de l'anthropologie investigue plus globalement la construction des savoirs humains et propose une réflexion épistémologique dense à ce sujet. J'utilise le terme « d'habileté » en référence à celui de « skill » dans la suite du texte.

<sup>76</sup> Cette démarche auto-ethnographique comprend deux niveaux principaux. Il s'agit premièrement d'une centration importante sur ce que le chercheur vit, fait et sent, au cours de l'apprentissage et de la performance des activités investiguées. En ce sens, l'anthropologue ose mettre son expérience relativement au centre de l'observation ethnographique. Relativement, car cette centration n'est évidemment pas exclusive. Cette démarche est essentielle, l'expérience sensori-motrice que vit l'anthropologue en action étant irremplaçable. Le deuxième niveau, plus réflexif, consiste à construire un recul par rapport à l'observation de l'objet. Cet aspect de la démarche anthropologique est abordé aux chapitres 3 et 9.

des savoirs que les contenus résultant de ces processus, soulignant l'importance de comprendre *comment* les humains apprennent *ce qu'ils savent* (Marchand 2010).

Les neuro-anthropologues interrogent quant à eux plus largement le développement humain et ses aléas en s'intéressant par exemple à la résilience, à la délinquance ou à l'addiction (Lende and Downey 2012). Dans la suite du texte, je ferai généralement référence aux anthropologues des habiletés -leur objet de recherche étant plus proche du mien - mais citerai les travaux de ces deux courants anthropologiques interpénétrés. Les anthropologues des habiletés et les neuro-anthropologues participent par ailleurs, par leur épistémologie holiste et leurs méthodes, d'une anthropologie sensorielle (Kleinman and Copp 1993, Pink 2009) et existentielle (Jackson 2013). Le corps, ses sensations et ses capacités d'action, participent des objets qu'appréhende l'anthropologue pour construire son savoir au contact du monde et de ses événements. L'anthropologue en tant qu'individu, formé par sa trajectoire sociale, constitue en d'autres termes l'instrument privilégié des processus d'observation et d'interprétation anthropologiques (Kleinman and Copp 1993, Pink 2009).

Cette anthropologie qui s'intéresse aux habiletés se rattache pleinement à l'anthropologie sociale, dans le sens où les activités qui sont investiguées, servent un projet plus vaste d'étude de l'humain (Toren 1993, Ingold 2001, Marchand 2010 : 1). Pour reprendre les mots de Mondher Kilani, définissant l'une des activités essentielles de l'anthropologie: « *[ils] transforment la connaissance-action localisée en une connaissance générale abstraite* » (1992, 15). Cette mise en relation d'une réalité observée et interprétée dans un microcosme particulier, avec une vision plus large de la société, permet de sortir des provincialismes, et de ne pas étudier des activités pour la seule beauté du geste ou la singularité de l'anecdote (Kilani 1992). Poser un regard épistémologique sur les activités humaines, questionner les savoirs et leur essence, constituent pour ces auteur-e-s les fondements de l'anthropologie (Toren 1993, Boyer 2001, Ingold 2001, Marchand 2010 : 1).

Pour parvenir à une compréhension holiste de la construction de savoirs, ces anthropologues interrogent, eux-aussi, leur objet en intégrant plusieurs foci d'attention, dans le but de rendre compte de l'interdépendance inextricable entre potentiel biologique et influences environnementales (Marchand 2010 : 1, Lende and Downey 2012, Lende and Downey 2012). Apprendre et développer des savoirs se fait<sup>77</sup> dans un enchevêtrement<sup>78</sup> indissoluble entre les corps, les esprits et l'environnement (Marchand 2010 : 1, Lende and Downey 2012, Lende and Downey

---

<sup>77</sup> J'utilise parfois le verbe « faire » et parfois celui de « construire » pour traduire l'anglais « to make » communément utilisé par les anthropologues des habiletés dans l'expression « making knowledge » qui se rapportent aux savoirs pratiques et manuels Marchand, T., Ed. (2010). *Making Knowledge: Explorations of the Indissoluble Relation Between Mind, Body And Environment*. Oxford, Royal Anthropological Institute of Great Britain & Ireland.. L'emploi du terme « faire » souligne l'importance de l'action en tant que source et processus de savoir, alors que celui de « construire » marque l'ancrage social du processus et évoque la qualité relative des savoirs.

<sup>78</sup> Traduction personnelle « d'entrelacement », terme fréquemment utilisé par les anthropologues anglophones pour représenter la relation inextricable entre nature et nurture du développement humain.

2012). L'être n'exprime pas son potentiel biologique, mais il *devient* lui-même au cours des activités qu'il entreprend (Toren 1993, Ingold 2001, Ingold 2010). L'anthropologue intégrera par conséquent dans sa compréhension holiste des savoirs une attention à l'environnement physique et social de l'activité, aux praticien-ne-s et à leurs trajectoires et, enfin, à l'organisme et à sa physiologie. Ces différents foci d'attention sont conjugués de manière à conserver l'unité de l'expérience vécue, ce qui comme l'a relevé Massé (2007) à propos de l'anthropologie de la santé, procède d'un réel et difficile défi.

Pour ces anthropologues, la centration sur différents niveaux de l'expérience incluant une réflexion approfondie sur la corporéité et l'incorporation des savoirs implique l'utilisation d'un cadre de réflexion ouvert et co-disciplinaire. Celui-ci se construit en fonction de l'objet investi et comprend, lorsque cela est épistémologiquement et méthodologiquement pertinent, des références extérieures à l'anthropologie. L'observation et l'interprétation comportent donc des séquences mono, inter- ou transdisciplinaires en fonction des besoins de l'enquête (Rege Collet 1993, Rege Collet 2002). Cette approche co-disciplinaire participe d'une tentative de résoudre les influences de la pensée cartésienne et de son évolution sur la compréhension du monde. Cette pensée distord notre perception en classant les êtres et les choses en catégories analytiques dans l'objectif implicite de simplifier la compréhension du monde et de la vie (Scheper-Hughes and Lock 1987, Kirmayer 1988). Opérationnalisée dans l'usage de la langue parlée et écrite, la pensée analytique nous incite à concevoir comme distinctes des entités qui, dans leur ontologie, ne sont ni différentes ni séparées (Kirmayer 1988). Ces catégories, réifiées, sont opposées en dualismes, renforçant ainsi la séparation créée par le processus de catégorisation (Scheper-Hughes and Lock 1987). Parmi les dualismes les plus connus, au centre de l'attention des anthropologues des habiletés et des neuro-anthropologues, figurent ceux qui opposent le corps et l'esprit, ainsi que la nature et la culture (Downey 2010, Lende and Downey 2012).

Les disciplines académiques se sont constituées en relation à la pensée analytique, conduisant à ce que les phénomènes dits naturels ou culturels soient interrogés dans des facultés séparées (Ingold 2011). L'organisation analytique prévalant dans les institutions académiques peut faire croire que les disciplines relevant des sciences de la vie s'intéressent à des objets fondamentalement différents des sciences humaines et sociales. Or, certaines des principales finalités de ces disciplines aux épistémologies différentes, dont l'intention de comprendre l'humain et son développement dans le monde, se recoupent largement. Travaillant le plus souvent à partir de données construites en laboratoire, les sciences de la vie ne sont pas toujours mises à l'épreuve du réel dans des environnements sociaux. Les données ainsi produites, souvent pertinentes pour comprendre



l'implication biologique de la vie sociale, sont reprises par ces anthropologues, à partir de leurs propres objets et pour saisir ceux-ci avec plus de détails.

L'intégration de savoirs issus des sciences cognitives est critiquée par certains anthropologues des habiletés qui craignent un certain dévoiement de l'anthropologie. Malgré ces réticences, force est de constater qu'un consensus s'établit entre certains courants des sciences cognitives et des sciences sociales, lesquels reconnaissent le développement en tant que résultat d'une inextricable relation de l'humain avec son environnement, entre nature et culture<sup>79</sup>. Par conséquent, au-delà des frontières disciplinaires, le développement humain se pense de plus en plus en intégrant les dimensions biologiques et sociales de l'expérience<sup>80</sup>. Anthropologues des habiletés et neuro-anthropologues dépassent ainsi les critiques classiques adressées à la pensée cartésienne en proposant une approche intégrative et co-disciplinaire, rompant *de facto* avec les dualismes nature-culture et corps-esprit. En parallèle, des chercheurs issus des sciences cognitives intègrent depuis quelques décennies déjà une composante sociale et écologique à leurs travaux, sortant l'étude des sens, de la cognition, et des émotions de l'approche réductionniste souvent critiquée par les sciences sociales.

Un second intérêt d'une intégration de savoirs construits par les sciences cognitives consiste en la production de descriptions plus directe des phénomènes observés par le recours parcimonieux à la terminologie utilisée dans ces sciences (Downey 2010). Les chercheurs en sciences sociales créent des concepts pour appréhender les phénomènes interrogés, dont par exemple le célèbre *habitus*<sup>81</sup> de Pierre Bourdieu (2000), ou ont recours à des métaphores, évitant ce faisant l'usage de référents issus des sciences de la vie (Downey 2010, Marchand 2010). Cette création lexicale engendre des niveaux abstraits et supplémentaires de compréhension des phénomènes questionnés, englobant ceux-ci dans des entités parfois totalisantes, alors inaptés à décrire la variété et les désordres des réalités humaines (Piette 1996, Bensa 2006, Downey 2010). Le recours à un vocabulaire précis, non métaphorique et donc plus direct, emprunté en partie aux sciences de la vie, circonscrirait en

---

<sup>79</sup> Voir par exemple les travaux suivants en sciences cognitives : Gibson, J. J. (1986). *The Ecological Approach to Visual Perception*. New York, Psychology Press, Neisser, U. and E. Winograd, Eds. (1988). *Remembering Reconsidered : Ecological and Traditional Approaches to the Study of Memory*. Cambridge Cambridge University Press, Reed, E. S. (1996). *Encountering the World Toward an Ecological Psychology*. Oxford, Oxford University Press, Clark, A. (1998). *Being There : Putting Brain, Body, and World Together Again*. Cambridge, MIT Press, Barsalou, L., P. M. Niedenthal, A. K. Barbey and J. A. Ruppert (2003). *Social Embodiment The Psychology of Learning and Motivation : Advances in Research and Theory*. B. H. Ross. San Diego, Academic Press. **43**: 43-92, Barsalou, L. W. (2008). "Grounded Cognition." *The Annual Review of Psychology* **8**: 617-645, Mesquita, B., L. Feldman Barrett and E. R. Smith, Eds. (2010). *The Mind in Context*. London, The Guilford Press, Clark, A. (2011). *Supersizing the Mind : Embodiment, Action and Cognitive Extension*. Oxford, Oxford University Press, Feldman Barrett, L. and J. A. Russell, Eds. (2015). *The Psychological Construction of Emotion*. New York, The Guilford Press..

<sup>80</sup> Dans une réflexion déjà publiée et portant sur l'acquisition et la transformation de savoirs pratiques, notamment la pratique de l'épistémologie ou l'utilisation du CTG, j'ai utilisé de manière plus directe et plus précises des savoirs issus des sciences cognitives. Le recours à cette intégration dans ma réflexion varie en fonction du type de savoirs que je questionne, apportant ou non un regard réellement complémentaire.

<sup>81</sup> Bien que je partage les analyses de Greg Downey, j'utiliserai le terme d'*habitus* pour signifier des représentations, et surtout des pratiques, partagées et incorporées à travers l'activité en communauté de pratique. Je conçois l'*habitus* comme un ensemble de points communs, non rigides cependant et qui dès lors, évoluent constamment et impliquent la présence d'hétérogénéité au sein des communautés de pratique. En ce sens, je conçois l'*habitus* comme la notion de culture.

quelque sorte l'exercice d'interprétation anthropologique et diminuerait les risques de surinterprétation des phénomènes étudiés (Downey 2010). Ces anthropologues ne se contentent pas de reprendre une nomenclature et une vision du monde comme cela a pu être critiqué à propos de certaines dérives de l'anthropologie médicale (Browner 1999) ; ils effectuent un véritable travail d'appropriation impliquant de définir la complémentarité et le rôle des différents savoirs intégrés à la réflexion. Ces précisions sont importantes, car les savoirs construits par les neurosciences sont devenus populaires, à l'image du système miroir et du phénomène de connectivité neuronale, et sont parfois récupérés de manière simpliste, notamment dans les approches de développement personnel (Satel and Lilienfeld 2013, Hickok 2014).

Le recours à des travaux portant sur des dimensions microsociales de l'activité, dépassant le registre du groupe social, de l'institution ou de la société, participe d'une anthropologie du détail, essentielle pour sortir les interrogations des idéaux-types et intégrer la diversité réelle qui compose tous les groupes sociaux (Piette 1996, Bensa 2006). Plus généralement, l'intégration des dimensions individuelles, voire organiques de l'expérience, à la réflexion anthropologique, saisit particulièrement bien les processus d'enculturation et d'acculturation. Ceci permet par exemple d'analyser comment des changements de pratique qui implique le corps et la sensorimotricité des praticien-ne-s n'interviennent pas, ou guère, en pratique, alors qu'ils sont recommandés à l'intérieur de *guidelines* reconnus (Perrenoud 2014). Le clivage opposant la compréhension des phénomènes humains à travers l'individu, ou à travers le social, est ainsi dépassé. Cette posture, intégrant différentes formes de références théoriques, interroge aussi bien les effets de l'expérience sociale sur les trajectoires individuelles que, les effets des interactions interindividuelles sur la vie et l'évolution de groupes sociaux.

Afin de saisir *l'interaction indissoluble entre les corps, les esprits, et l'environnement* aboutissant à la construction de savoirs et d'habiletés, les anthropologues des habiletés prêtent particulièrement attention à l'environnement immédiat, qui « touche » littéralement les acteurs sociaux, s'invitant dans leurs perceptions, leurs actions, et leurs pensées et, formant autant d'opportunités et de limites à leur pratique et à leur apprentissage (Marchand 2010 : 1, Lende and Downey 2012). Cet environnement physique et social immédiat prend souvent la forme d'une *communauté de pratique*, c'est-à-dire d'une équipe qui travaille dans un espace géographique délimité comprenant des locaux, leur ameublement et leurs objets, ainsi qu'une organisation sociale tant explicite que tacite (Lave and Wenger 1991, Wenger 1998). Par exemple, une salle de naissance dans une maternité hospitalière peut comprendre, ou pas, une baignoire, des espaliers ou d'autres objets, permettant de prendre différentes positions, un lit d'accouchement médical ou un lit dit conjugal. Selon l'agencement,

différentes possibilités sont offertes aux femmes, aux sages-femmes et aux médecins qui les réinterprètent et les utilisent selon des modalités variées. Dans un travail portant sur l'accompagnement de la naissance, cet intérêt pour l'environnement direct de la pratique est particulièrement intéressant. Les ouvrages d'obstétrique et les *guidelines* décrivent en effet les événements de la naissance, et les interventions professionnelles permettant d'y faire face, dans un style biomédical dépouillé, comme si l'environnement n'intervenait pas dans l'expérience des familles et des professionnel-le-s. Cette vision réductionniste de la naissance semble évidemment peu plausible du point de vue de l'anthropologue.

Le niveau d'analyse *communauté sociale de pratique* situe la construction des savoirs dans un temps et un lieu sociaux définis, permettant d'élucider comment les individus et les interactions interindividuelles contribuent à la construction de savoirs situés. Chaque communauté est traversée de multiples interactions formelles et informelles ; celles-ci entourent la pratique et participent de l'évolution des représentations à son sujet. Cette dynamique communautaire évolue en fonction des événements qui la traversent, parmi lesquels les arrivées de nouveaux membres et les départs de certain-e-s au gré des aléas de la vie (Lave and Wenger 1991, Wenger 1998). Les interactions verbales et non verbales permettent aux membres plus anciens d'intégrer les nouveaux et de les initier aux normes communautaires, que ces derniers peuvent par ailleurs questionner et faire évoluer. L'être humain apprenant beaucoup par imitation (Dautenhahn and Christopher 2002, Meltzoff 2005, Nehaniv and Dautenhahn 2007), la cohérence relative de la communauté se construit par le *faire* ensemble, par les gestes et les actions quotidiennes qui se répètent. Les connaissances ainsi construites ne sont pas nécessairement explicites, ni même nécessairement identifiées, mais agies dans les activités quotidiennes (Clark 1998, Bourdieu 2000). Une communauté de pratique est ainsi un lieu de tensions et de négociations, où l'orthodoxie locale est constamment confrontée aux idées et aux pratiques de ses différents membres, constituant une entité en constante redéfinition (Lave and Wenger 1991, Wenger 1998). En d'autres termes, observer et interpréter le fonctionnement de communautés sociales de pratique révèle la relativité des savoirs professionnels, ce qui dans un contexte où les savoirs standardisés sont survalorisés, me semble particulièrement intéressant à considérer (Lave and Wenger 1991, Wenger 1998).

Les membres individuels des communautés de pratique contribuent eux-aussi à la construction, négociation, et circulation des représentations et des pratiques communautaires par la variété de leurs trajectoires personnelles et professionnelles, faisant du niveau d'analyse individuel et interactionnel entre l'individu et sa communauté des foci d'attention essentiels de l'anthropologie des habiletés. Bien qu'intrinsèquement sociale, chaque trajectoire humaine comporte sa singularité,

faite de rencontres et d'activités incorporées et, participe d'une dimension personnelle des savoirs qui s'exprimera et continuera d'évoluer dans l'espace communautaire (Marchand 2010 : 1). L'individu apprend et s'adapte à travers les potentialités de son corps, qui sont mises en œuvre par l'activité située en mobilisant des conjugaisons sensorimotrices spécifiques. C'est par exemple le cas dans les coordinations du regard, des gestes des mains, et de la représentation spatiale que font les sages-femmes lors des palpations abdominales visant à déterminer la position et le poids du fœtus. Ces savoirs subjectifs, expérientiels et incorporés, sont fréquemment implicites, voire ineffables, faits de sensations et d'actions (Clark 1998). Interroger la dimension personnelle des savoirs, participe également d'une distanciation à l'encontre de l'esprit analytique, qui sépare habituellement savoirs scientifiques et expérience individuelle. Il ne s'agit pas d'adopter un relativisme naïf, et de considérer que tous les savoirs se valent, mais de réaliser que les savoirs font sens lorsqu'ils sont mis en œuvre par des praticien-ne individuel-le-s.

La perception subjective du corps en activité est d'ailleurs l'expérience la plus complète que l'humain puisse faire, incluant proprioception, cognition, sentiments, et émotions. C'est pourquoi les anthropologues des habiletés s'intéressent d'une part aux individus et aux expressions de leur subjectivité, et que, d'autre part, ils recourent à l'auto-ethnographie, pour témoigner de cette phénoménologie de l'expérience. Bien que l'activité ne puisse être totalement dite, l'attention multifocale portée par ces anthropologues à leurs objets, dévoile l'ampleur des savoirs issus de l'expérience, constituant un exemple d'interprétation dense (Piette 1996, Geertz 1998, Denzin 2001, Ponterotto 2006), ce qu'illustre cet exemple tiré d'un article d'Erin O'Connor sur l'apprentissage du soufflage de verre :

*« En collectant le verre, destiné à fabriquer le verre à vin, je n'avais pas besoin d'évaluer chacune des étapes constitutives de ce geste pour évaluer son acuité. J'avais compris comment se récolte le verre. Cette compréhension n'était pas une synthèse intellectuelle d'actions successives construite à partir d'un discernement conscient. C'était plutôt une forme d'intention corporelle. [...] A mesure que le novice progresse, son adaptation à des situations nouvelles émergeant du soufflage de verre est de moins en moins ancrée dans des expériences ne concernant pas le soufflage et de plus en plus dans ses habiletés spécifiques en train de se solidifier [...]. Par conséquent le retour réflexif et intellectualisé, si vital pour l'apprentissage, devient moins nécessaire, le novice étant de plus en plus informé par les fondamentaux de la pratique du soufflage qui [impliquent une compréhension motrice]. Ceci dit, l'inattendu et l'inconnu surviennent immanquablement en pratique. Pour le novice, l'inconnu peut vraiment être inconnu, [au sens de jamais vécu] et pas seulement d'inattendu. Alors que le novice peut être compétent pour réaliser certaines tâches spécifiques, la récolte du verre, il n'a pas encore acquis [les canons de la discipline] et peut être en mesure de gérer certaines étapes de manière compétente, tout en abordant d'autres étapes à partir de [références motrices externes au soufflage], signant ainsi son statut d'amateur. [...] Lorsque j'ai tenté de souffler un verre à pied, j'étais capable d'accomplir les premières étapes, la récolte du verre et le soufflage de la bulle initiale, de manière compétente. Par contre, je trouvais extrêmement difficile d'attacher le pied à la tige du verre. Sentant l'inévitable difficulté technique poindre, l'anxiété gagnait mes mains, [...] j'étais saisie par une sorte de trac dû à l'impossibilité de mon corps à anticiper la suite [des gestes et leur temporalité]. [...] La capacité du*

*corps entraîné à agir de manière inconsciente, en ses termes, telle que je l'avais vécue pour la récolte du verre et le soufflage de la bulle, s'était évanouie. » (O'Connor 2005, 191-194)*

L'intégration de références issues des sciences cognitives permet de saisir de manière encore un peu plus détaillée l'incorporation de l'expérience que suppose une expérience comme celle décrite par Erin O'Connor. Être à l'altricialité tardive, naissant pratiquement prématurément si on le compare à d'autres espèces, l'humain se développe sur une longue période et est de ce fait particulièrement adaptable aux influences de son contexte (Lende and Downey 2012). Celles-ci seront intégrées à travers la perception et l'action, les rencontres avec les autres, qui laissent des traces dans l'anatomie et la physiologie du corps (Downey 2007, Downey 2010). Le développement du système nerveux se transforme au cours des expériences sociales en reliant les différentes dimensions de l'expérience - sensorimotricité, émotions, ou encore pensée verbale entre elles - par la création et le renforcement de réseaux neuronaux (Adenzato and Garbarini 2006, Barsalou 2008). Cette cognition incorporée<sup>82</sup> qui mémorise l'activité humaine non pas seulement en termes de représentations verbales, mais surtout à partir des zones du cerveau qui sont activées par les gestes ou les sens, souligne l'ancrage corporel en tant que dimension essentielle des savoirs humains (Barsalou 2008). Ces notions questionnent les conceptions propositionnelles du savoir qui tendent à nier les capacités du corps, apprises au cours d'expériences situées et qui ne se disent jamais intégralement, déconstruisant la survalorisation du dit et de l'écrit, fréquente dans les sociétés dites occidentales (Clark 1998, Bensa 2006, Goody 2007, Downey 2010).

La cognition incorporée, cet ancrage de la mémorisation dans les sens et les expériences du corps, est essentielle pour saisir l'apprentissage et les changements en pratique. Son fonctionnement repose notamment sur la présence de neurones bimodaux s'activant aussi bien lorsque de la performance que de la mémorisation d'actions connues, sous forme de réminiscences sensorielles ou motrices, techniquement appelées simulations (Rizzolatti, Fogassi et al. 2001, Rizzolatti and Craighero 2004, Adenzato and Garbarini 2006). La simulation de l'action par les neurones miroirs est plus intense en présence d'une activité familière, signalant l'ancrage de l'expertise dans le corps et participant de la fluidité de l'activité constamment informée par les simulations de l'expérience passée. Le déclenchement de simulations neuronales peut survenir à partir de l'observation d'une autre personne pratiquant une activité connue, mais peut émerger à partir du récit de cette activité, ou d'une évocation sensorielle – par exemple un son ou une odeur (Adenzato and Garbarini 2006, Barsalou 2008). L'exemple le plus célèbre permettant de comprendre aussi bien le phénomène de

---

<sup>82</sup> Traduction d'« embodied cognition ». En anglais deux termes presque synonymes, « grounded cognition » et « embodied cognition » sont utilisés pour désigner l'ancrage de la cognition dans l'expérience sensori-motrice du corps dans l'environnement. En français les termes de « cognition incarnée » et « cognition ancrée » existent également.

simulation neuronale que celui de cognition incorporée reste la madeleine de Proust qui par son parfum ravive l'intégralité d'une scène d'enfance.

Pour comprendre ce que sont les simulations neuronales, il est possible d'en provoquer quelques-unes. Si j'évoque une personne connue, le lecteur ou la lectrice aura la sensation de *voir* cette personne, par exemple Robert Redford ou Susan Sarandon. Evoquer un air de musique connu lui-aussi, fait *entendre* ce morceau, provoquant une simulation des neurones situé dans le cortex auditif, par exemple *Michelle* interprétée par les Beatles ou un extrait de Casse-Noisette de Tchaïkovski. La cognition incorporée, reliant différentes modalités de l'expérience, est sollicitée lorsque je simule des images du film Fantasia de Walt Disney -qui utilise Casse-Noisette dans sa bande-son - et entends en même temps Casse-Noisette. Des simulations olfactives et gustatives peuvent émerger en faisant des courses lorsque le regard se pose sur des aliments déjà goûtés. Ces réminiscences touchent toutes les activités humaines, émergeant au gré de déclencheurs présents, qui évoquent une expérience passée, particulièrement lorsque celle-ci s'est répétée ou était intense.

Les simulations comportent plusieurs propriétés importantes pour l'apprentissage et la construction des savoirs expérientiels et notamment de l'intuition. Entre souvenirs presque nets et réminiscences fugaces, les simulations reflètent plus ou moins intensément les expériences passées et, étant des phénomènes mnésiques, c'est-à-dire des représentations, elles ne constituent pas nécessairement des informations fidèles sur les expériences. Si l'on prend l'exemple d'une geste professionnel, la simulation peut n'être qu'une image ou un film ou constituer la mise en action partielle d'une gestuelle considérée. Par exemple, je peux voir un accouchement accompagné par une collègue ou voir mes mains accompagner la naissance d'un enfant. La simulation peut également englober une préparation du corps à effectuer un geste par une tension musculaire ou un positionnement spécifique, voire comprendre une exécution partielle du geste (Adenzato and Garbarini 2006). Lorsque j'accompagne une étudiante et que sa gestuelle ne correspond pas à ce que je ferais à sa place, je peux avoir des difficultés à réprimer une intervention, dans le sens où mes mains se mettent à effectuer partiellement l'action me semblant adéquate.

Une seconde propriété essentielle des simulations constitue en un phénomène d'anticipation<sup>83</sup>, qui implique que la simulation issue de l'expérience passée débute une fraction de seconde avant le déroulement de l'expérience présente. En d'autres termes, la simulation multisensorielle, proprioceptive, motrice ou verbale ancrée dans des expériences passées informe la situation présente (O'Connor 2005, Adenzato and Garbarini 2006, Sennett 2008). Ce phénomène d'anticipation se densifie avec l'expérience et participe de la fluidité et de la sensation de maîtrise de

---

<sup>83</sup> Traduction personnelle du terme technique « *feedforward* ».

l'expert. L'expérience construite, devenue suffisamment simulable, n'a presque plus besoin du recours à la réflexion analytique et verbale pour être performée (O'Connor 2005). La sensorimotricité pense alors l'expérience et l'action sans mots (Clark 1998, Ingold 2001). Lorsque des éléments de la situation présente évoquent des expériences passées à travers un détail, une sensation, ces expériences passées informent alors le présent, en termes de sensations, d'émotions, ou de réflexions, constituant une forme d'intuition intervenant par émergence, de proche en proche, sans recours à un schéma extérieur prédéterminé (Dreyfus and Dreyfus 1988, Clark 1998). Ces définitions de la construction des savoirs expérientiels sont particulièrement intéressantes pour interroger un environnement de travail où les savoirs standardisés, les *protocoles* et les *guidelines*, prennent une place croissante (Berg 1997, Berg 1997). Mon intention est ainsi de définir et interroger un espace de construction de ces savoirs qui échappent à la standardisation, et qui émergent de la rencontre des sages-femmes avec des familles rencontrées à leur domicile. Il ne s'agit pas de dénier l'utilité ponctuelle des savoirs standardisés, mais de redécouvrir en un contexte situé, la place de savoirs plus spontanés et moins maîtrisables. Dans cet examen, le contexte de l'activité, essentiel dans l'anthropologie des habiletés puisqu'il occupe la perception et participe de l'action, mais souvent oublié dans les textes obstétricaux, fera notamment l'objet de beaucoup d'attention.

Choisir de travailler à partir du cadre de référence de cette anthropologie focalisée sur la construction des habiletés et des savoirs constitue un défi. Cette approche co-disciplinaire de l'objet de recherche reste plus fréquente dans les pays anglophones, notamment aux Etats-Unis où la bioanthropologie est solidement installée. L'intérêt de ce cadre de référence est qu'il permet d'inscrire mon objet dans une perspective différente de la socio-anthropologie de la naissance, interrogeant l'accompagnement de cet évènement selon des perspectives peu évoquées jusqu'alors. Travaillant à partir d'une approche récente et discutée, je prends le risque d'une ouverture épistémologique de principe, permettant de construire l'enquête selon un processus parfois ouverts aux emprunts disciplinaires, dans une anthropologie qui se souhaite artisanale (Astuti 2001, Harris 2007, Downey 2010, Marchand 2010 : 1). Cette approche est particulièrement intéressante pour intégrer certaines de mes capacités de sages-femmes à ma réflexion d'anthropologue.

### **1.3 Synthèse**

Recourir à deux cadres de référence sensiblement différents pour développer et aboutir mon objet m'a semblé important. Touchant à un champ, celui de la santé et de la naissance, largement investi par les sciences sociales, mon premier cadre oriente et sous-tend nombre de mes réflexions et, me permet d'interroger l'activité des sages-femmes en me gardant de toute naïveté. Le second cadre, plus nouveau dans l'espace francophone des sciences sociales a été essentiel pour concevoir

l'originalité de mon questionnement, ce qui n'était pas gagné d'avance dans ce champ particulièrement investi de la naissance.

Le champ de la santé est traversé par de multiples enjeux, influencés par les politiques sanitaires et sociales des Etats, et qui se traduisent en une plus ou moins bonne santé et expérience des populations, notamment de certains sous-groupes vulnérabilisés par leurs circonstances de vie. L'anthropologie de la santé lorsqu'elle est critique permet ainsi de remettre les phénomènes de santé à l'intérieur de leurs cadres sociétaux, produisant une analyse qui rétablit les responsabilités au niveau des systèmes (Fassin and Dozon 2001, Saillant and Genest 2006). La médecine et les soins, ainsi que la maladie et les expériences de vie, constituent par ailleurs les lieux d'une constante élaboration culturelle, que l'anthropologie interprétative permet de mieux saisir, faisant ressortir la diversité des représentations et des pratiques et soulignant le statut relatif des savoirs médicaux et soignants. En me rattachant à ces courants qui d'une part replacent la médecine au sein de la société et, de l'autre, relativisent ses représentations, je cherche moi aussi à déconstruire un objet lié à la santé, tout en relevant ses implications pour différents acteurs, dans un questionnement qui de ce fait touche à la sphère éthique.

Ceci dit, interroger la construction de savoirs construits en pratique, demande une attention à des détails microsociaux, ainsi qu'à la perception et à l'action des acteurs concernés, ce que théorisent et décrivent en détails les anthropologues étudiant les habiletés. Leur démarche inductive, innovante et exploratoire, me semble particulièrement pertinente pour construire une confrontation entre les savoirs prescrits de l'EBM et ceux qui sont construits en pratique par des sages-femmes indépendantes. Ceci est d'autant plus intéressant pour interroger la pression à la standardisation qui est l'une des marques du mouvement social de l'Evidence Based Medicine.



## Chapitre 2. L'enquête et ses méthodes

Dans sa définition théorique largement médiatisée, l'Evidence Based Medicine admet que l'expérience clinique des praticien-ne-s contribue à la construction des savoirs. Cependant, cette expérience est avant tout conçue comme une dimension à prendre en considération pour appliquer les résultats de recherche. Seuls quelques auteur-e-s promouvant l'EBM envisagent l'expérience clinique en tant que réelle source de savoir (Wickham 1999, Greenhalgh 2015). Comme je l'ai déjà relevé, les savoirs expérientiels ne sont par ailleurs pas définis à l'intérieur du modèle théorique de l'EBM. Par conséquent, j'ai choisi d'investiguer les différents processus et sources contribuant à la construction de savoirs expérientiels en effectuant une enquête de terrain auprès d'une association autogérée de sages-femmes indépendantes, l'Arcade sages-femmes située à Genève en Suisse Romande. Ce chapitre décrit l'enquête de terrain et les différentes méthodes articulées en une triangulation pour construire un corpus suffisamment dense et complet. L'Arcade a souhaité, suite à un vote en assemblée générale, que je la nomme explicitement dans mon travail et dans mes publications. J'ai effectué l'enquête principale de 2009 à 2012, puis ai continué à avoir des contacts réguliers avec les sages-femmes de cette association, à travers différentes activités, qui me permettent de confronter ma réflexion au quotidien des praticiennes.

La triangulation des méthodes, soit un recours à différentes formes d'entretiens et d'observations, à une démarche auto-ethnographique, ainsi qu'à une analyse documentaire, offre plusieurs avantages. Cette articulation permet tout d'abord une récolte de données plus complète, offrant des perspectives différentes sur les mêmes objets. Ensuite, la triangulation construit une vision plus subtile des acteurs sociaux, de leurs représentations, et de leurs pratiques. La confrontation entre différents types de discours ou entre discours et pratiques fait en effet apparaître la multiplicité des points de vue des acteurs, ainsi que leurs espaces de cohérence ou de contradiction (Olivier de Sardan 2008). Dans cette recherche se basant sur le cadre théorique de l'anthropologie des habiletés, l'observation de l'action, ici les consultations de sages-femmes indépendantes à domicile et les espaces de collaboration entre sages-femmes, fait émerger la dimension pratique des savoirs, mettant en exergue la représentation en tant qu'activité située (Ingold 2006, Ingold 2010).

J'ai conduit la majorité des observations et des entretiens à l'Arcade sages-femmes Genève. Par ailleurs, afin d'explorer les situations de sages-femmes indépendantes travaillant sans appartenir à une association<sup>84</sup> et sur un territoire plus grand, j'ai aussi rencontré cinq autres sages-femmes exerçant à Genève et dans deux autres cantons. Lorsque leur pratique se différencie fortement de

---

<sup>84</sup> En dehors de la Fédération Suisse des Sages-Femmes auxquelles les sages-femmes indépendantes doivent adhérer pour obtenir leur numéro de concordat d'assurance.

celles des sages-femmes de l'Arcade, je le signifie dans le texte. Quand cela n'est pas le cas et que cela n'est pas indispensable en regard de l'objet de recherche, je ne le signifie pas.

Les observations comprennent des visites postnatales au domicile de familles, me donnant un accès à des données dites sensibles. Je commence par conséquent ce chapitre par une description des procédures et précautions éthiques adoptées pour respecter le droit sur la protection des données.

## 2.1 Ethique de la recherche

Effectuer une recherche de manière éthique peut se réfléchir selon deux perspectives principales. La première est procédurale et vise à respecter les lois relevant de la recherche sur les personnes vivantes, ainsi que la loi sur la protection des données<sup>85</sup>. Cette perspective légaliste et procédurale consiste en une série d'étapes à effectuer avant de commencer l'enquête de terrain et, au début de chaque entretien ou observation. La seconde perspective est réflexive et émerge au fil des événements, qui ne peuvent pas être anticipés dans une logique procédurale. Il s'agit dans ce cas d'interroger comment la présence du chercheur, son intervention, mais aussi ses silences, interviennent dans l'expérience des acteurs sociaux et d'identifier, dans les situations plus délicates, les attitudes semblant plus éthiques.

La première étape a été de proposer la participation à cette recherche à l'Arcade sages-femmes par courrier. L'association m'a demandé de présenter le projet en assemblée générale, puis l'a accepté au cours d'un vote pratiqué en mon absence. Bien que l'association ait accepté de participer à la recherche, chaque sage-femme est évidemment restée libre d'accepter ou de refuser de participer aux entretiens ou aux observations et pouvait en tout temps interrompre sa participation. J'ai vérifié que le consentement soit effectif lors de chaque prise de contact que ce soit pour un entretien ou une observation. Quelques sages-femmes ont refusé les observations (n=4) et l'une n'a pas souhaité être interviewée. La période d'observation à domicile était délimitée dans le temps par le protocole soumis en Commission d'éthique. Par conséquent, je n'ai pas pu observer toutes les sages-femmes au cours de visites à domicile, notamment lorsque ces sages-femmes ont été absentes durant la période des observations. J'ai contacté les sages-femmes indépendantes n'exerçant pas dans le collectif par téléphone, puis leur ai envoyé les documents relatifs au projet lorsqu'elles étaient *a priori* d'accord de participer.

Dans l'ensemble du travail, les noms des sages-femmes sont modifiés et les noms d'emprunt n'ont pas de lien avec les vrais noms des sages-femmes. Trois sages-femmes apparaissent avec deux

---

<sup>85</sup> Notamment la loi fédérale du 30 septembre 2011 relative à la recherche sur l'être humain et la loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données, ainsi que les lois cantonales référant aux mêmes objets.

pseudonymes différents pour qu'elles ne soient pas reconnues. Les notes de travail et les enregistrements ont été gardés de manière sûre, sur un ordinateur protégé par mot de passe.

L'observation à domicile de sages-femmes effectuant des consultations auprès de familles a nécessité un passage devant une commission éthique compétente, en l'occurrence la Commission de l'association des médecins du canton de Genève. Le passage en Commission impliquait de recourir à un médecin de référence qui se porte garant de la recherche et soit même officiellement le primo requérant dans le protocole éthique<sup>86</sup>. Cette Commission d'éthique a validé le protocole de recherche et autorisé les observations ethnographiques.

La demande de consentement aux familles a été obtenue en deux étapes principales<sup>87</sup>. Les sages-femmes contactaient premièrement les familles par téléphone pour demander une première autorisation d'introduire une observatrice dans les situations de soin. Ensuite, lorsque j'arrivais à domicile avec la sage-femme, j'explicitais mes objectifs et mes méthodes de travail, puis répondais à d'éventuelles questions, avant de demander un consentement écrit. Afin que la recherche puisse être ouverte à la diversité des familles que rencontrent les sages-femmes et après avoir consulté le médecin répondant de ma recherche auprès de la Commission d'éthique, j'ai demandé certains consentements par oral aux familles. La sage-femme témoignait ensuite par écrit qu'elle avait observé la procédure de consentement éclairé et que celle-ci avait été acceptée par les parents (Research Ethics Review Committee OMS n.d.). Les renseignements concernant les parents ont tous été rendus anonymes à travers l'usage de pseudonymes et par la rétention ou le changement de certains détails personnels.

J'aimerais maintenant évoquer quelques événements ayant interféré avec la procédure éthique pour souligner l'importance d'une réflexion éthique continue. Les premiers événements sont liés aux réactions des sages-femmes qui m'assimilaient parfois plus à une collègue qu'à une chercheuse. Les sages-femmes interviennent parfois en duo lorsqu'elles suivent des étudiantes, qu'elles introduisent de nouvelles sages-femmes commençant leur pratique indépendante ou enfin lorsqu'elles ont besoin du regard d'une collègue plus expérimentée sur un problème particulier. L'assimilation de mon statut d'observatrice à toute autre forme de duo de sages-femmes a facilité mon intégration, la rendant moins extraordinaire et moins impressionnante pour ces praticiennes. Par contre, lorsque que j'étais

---

<sup>86</sup> Cette exigence légale en dit long sur la pouvoir qu'ont les médecins sur la recherche en Suisse et montre les barrières que doivent franchir les chercheurs non-médecins pour accéder aux populations de personnes soignées. Le médecin primo requérant de mon protocole m'a spontanément offert de jouer ce rôle lorsque, suite à mes questions à ce sujet, il a su que je devais passer en commission d'éthique. Il m'a laissé une entière liberté et a respecté mon statut d'auteure de cette recherche. Je l'ai tenu régulièrement au courant du travail de terrain, ainsi que la commission éthique par ailleurs.

<sup>87</sup> Lorsque j'ai observé des séances d'animation de groupes, j'ai demandé un consentement en début de séance et étais prête à quitter toute séance où un seul parent n'aurait pas accepté ma présence.

« trop » facilement assimilée par la sage-femme, celle-ci oubliait de demander solennellement si ma présence était ou non acceptée par les parents. Par conséquent, j'ai dû insister parfois pour obtenir un vrai temps dédié au consentement éclairé.

Le temps du consentement éclairé n'est par ailleurs pas la priorité des familles. Parfois, les femmes étaient très pressées de trouver une réponse à leurs questions et initiaient le dialogue avec leur sage-femme aussitôt la porte ouverte. Dans ces situations, j'étais partagée entre l'anxiété que procurait le fait de ne pas adhérer méticuleusement à la procédure éthique et l'intuition qui m'indiquait de ne pas interrompre impoliment une discussion voulue par une femme. Dans ces situations, j'ai attendu un moment propice pour situer mon rôle et pour vérifier que ma présence soit acceptée.

Les seconds évènements interférant avec la procédure éthique ont concerné la compréhension des parents. La diversité des parents que j'ai rencontrée durant les visites à domicile était particulièrement importante, notamment leurs niveaux d'études. Certains avaient effectué un Bachelor ou un Master dans une université ou une HES, voire un Doctorat, d'autres encore avaient effectué un apprentissage ou n'avaient pas de formation en dehors de la scolarité obligatoire. Je ne pouvais donc pas répondre de manière standardisée aux besoins en information de ces parents. Certains parents souhaitaient beaucoup de détails sur ma recherche, lorsqu'ils étaient eux-mêmes chercheurs ou simplement intéressés. Pour d'autres parents, j'ai dû adopter une description très simple de mon intention et la réduire à « je regarde les sages-femmes travailler pour écrire un livre sur elles », pour préciser les conditions de l'observation. Parfois, un membre de la famille a traduit mes explications à une femme qui a ensuite confirmé qu'elle acceptait ma présence. A une reprise enfin, je me suis rendue compte qu'une femme albanophone ne comprenait pas mes explications et ai donc hésité à repartir :

Nous entrons chez Bilisa qui parle albanais et un peu le français. Aujourd'hui, c'est probablement la dernière visite de Jeanne sa sage-femme. Le mari de Bilisa traduit habituellement les consultations, ce qu'il ne peut faire aujourd'hui, car il dort, ayant travaillé durant la nuit. Comme d'habitude, je commence à expliquer en quoi consiste ma recherche et je m'aperçois que Bilisa ne comprend pas vraiment ce que je lui explique. Une poussée d'anxiété monte en moi, je ne veux pas faire quelque chose de contraire à l'éthique. Je dis à Bilisa que je peux repartir si elle le souhaite. Bilisa physiquement très proche de moi me regarde alors droit dans les yeux et me dit : « Tu peux rester. » sur un ton péremptoire. Cette phrase prononcée très distinctement en insistant sur chaque mot signifiait : « Tu - *toi qui es là devant moi* - peux - *je te donne l'autorisation* – rester – *d'être chez moi maintenant*. » Suite à cette affirmation, il m'a semblé plus éthique de rester que de partir, pour éviter une atteinte à la face de Bilisa qui m'accueillait chez elle. (Observation à domicile avec Jeanne)

Dans une autre situation, le mari avait explicitement validé ma présence, mais sa femme dans un post-partum difficile avait dit oui à demi-mot. L'air particulièrement triste sur son canapé, dans une situation conjugale insatisfaisante, dans l'impossibilité de changer son destin à court ou moyen

terme et, souffrant manifestement de cette impuissance, cette jeune femme ne se préoccupait pas de ma présence, insignifiante pour elle. Je ne me sentais pas à l'aise, j'aurais aimé repartir, mais comme dans la situation précédente cela aurait eu l'air curieux puisque j'avais été acceptée explicitement tant par la femme que par l'homme.

En recourant à des explications dont le niveau de détail et de complexité s'adaptait aux parents et en pratiquant un consentement éclairé oral avec témoin, j'ai pu inclure des parents issus de milieux variés et ne parlant pas nécessairement bien le français. Ces conditions souples sont indispensables à qui veut inclure la diversité de la population en recherche. Ce procédé m'a permis de contourner le biais systématique construit dans la recherche en santé et en psychologie lequel consiste à n'inclure pratiquement que les classes moyennes homophones dans les protocoles de recherches (Segall, Dasen et al. 1999, Bhopal 2007, Henrich, Heine et al. 2010). Si j'avais procédé uniquement par consentement écrit, les résultats de ma recherche auraient été très différents. Je n'aurais pas pu saisir les difficultés socio-économiques que vivent de nombreuses familles et qui sont problématisées dans la deuxième partie de ce travail. Ces événements montrent les limites des procédures éthiques contemporaines, lesquelles nient le droit à la parole des personnes ne pouvant pas comprendre et avaliser les consentements écrits.

## **2.2 Entretiens enregistrés et non enregistrés**

Durant l'enquête de terrain, j'ai conduit deux types d'entretiens avec les sages-femmes. Les premiers, plus formels, faisaient l'objet d'un rendez-vous et ont été enregistrés. Les seconds, plus informels et spontanés, ont fait l'objet d'une prise de notes. Les caractéristiques des sages-femmes, leurs années d'expérience et leur âge, sont disponibles en annexe.

Pour effectuer les 50 entretiens formels réalisés avec les sages-femmes, j'ai pris rendez-vous avec elles et ai demandé leur consentement, afin d'enregistrer puis de retranscrire intégralement ces entretiens sous une forme anonyme<sup>88</sup>. Pour une question d'organisation, et notamment en raison de l'attente de la réponse de la commission éthique concernant les observations, j'ai effectué une importante proportion des entretiens formels avant les observations. Par la suite, l'entretien était souvent, mais pas toujours, le premier contact proposé aux sages-femmes avant les observations, ce qui me permettait de confronter ce que j'avais entendu avec le travail de terrain. J'ai ensuite analysé les entretiens avec le logiciel ATLAS TI conçu pour les données qualitatives. Ce travail m'a permis

---

<sup>88</sup> J'ai rétribué une secrétaire pour effectuer les retranscriptions. Etant donné mon emploi du temps, et ma lenteur relative à la frappe, cela était nécessaire pour gagner du temps. J'ai réécouté chaque entretien au moins une fois et ai vérifié à cette occasion l'exactitude de la retranscription, puis ai effectué de rares corrections le cas échéant. Lors de ce travail d'édition, j'ai effectué un résumé global des idées et des événements les plus saillants au sein de l'entretien.

d'identifier des thèmes récurrents dans les discours des sages-femmes et a facilité la sélection des citations employées plus loin. Ces entretiens formels ont eu lieu soit au domicile des sages-femmes, soit dans les locaux de l'association dans une pièce permettant de travailler confidentiellement, ceci en fonction des préférences des sages-femmes.

En préambule à l'entretien, j'ai communiqué à chaque répondante que je m'intéressais à deux thèmes en particulier, soit la construction des savoirs et l'accompagnement des sages-femmes. Au début de l'enquête, j'ai posé quelques questions précises sur les difficultés rencontrées par les femmes et les familles, cherchant à identifier ce qui pouvait interagir avec leur vécu de la naissance. Puis assez rapidement, j'ai adopté un cadre d'entretien plus ouvert, ressemblant plus à une conversation qu'à une interview (Kaufmann 1996, Olivier de Sardan 2008). Etudiant la construction des savoirs, il m'a en effet semblé judicieux de me centrer sur les réalités et préoccupations des sages-femmes, pour ensuite approfondir si nécessaire leurs réflexions par des questions complémentaires, des vérifications d'hypothèses ou des reformulations. Cette stratégie a permis que les affirmations des sages-femmes soient aussi spontanées que possible, proches de leurs préoccupations et de leurs intérêts principaux.

J'ai conduit les entretiens en adoptant une attitude centrée sur la personne, inspirée des travaux de Carl Rogers et de ses successeurs (Rogers 1968, Kaufmann 1996, Haugh and Merry 2001). L'objectif de cette approche, utilisée en relation d'aide et en recherche, est l'établissement d'une relation de confiance, ici entre les sages-femmes et moi-même, qui donne envie de partager et facilite dès lors l'explicitation des récits. L'objectif du chercheur utilisant les principes de l'approche centrée sur la personne n'est pas d'aider l'interviewé, mais de faciliter son expression par un climat suffisamment agréable et attentif<sup>89</sup>. Cette approche comprend 6 conditions de base (Haugh and Merry 2001), que je réajuste ici à la situation d'entretien de recherche. La première est que l'interviewé et l'intervieweur soient disposés à entrer en contact, ce qui implique que le moment et le lieu de l'entretien soient bien choisis. La deuxième condition extrapolée à partir de la relation d'aide, est que l'interviewé identifie ce qu'il pourrait partager, avant ou pendant l'entretien. Les sages-femmes n'étaient pas toujours certaines d'avoir quelque-chose à dire et, c'est par l'établissement d'un dialogue et d'une écoute, que peu à peu émerge et se développe un récit utile pour la recherche. La troisième condition est que l'intervieweur adopte une attitude d'acceptation inconditionnelle, c'est-à-dire qu'il aborde l'interviewé comme il est, sans agenda caché à son égard. La quatrième condition est qu'il adopte une position empathique, c'est-à-dire qu'il cherche à comprendre le point de vue de l'interviewé. La cinquième condition est qu'il soit congruent ou authentique, c'est-à-dire qu'il sache

---

<sup>89</sup> Attentif au sens double de prévenant et d'observateur, c'est-à-dire capable d'identifier les énoncés demandant à être clarifiés ou approfondis par exemple.

identifier un propos incomplet, manquant de clarté ou interpellant et, demande alors un complément d'information. La sixième condition enfin est que la personne interviewée ressente au moins à un degré minimum l'acceptation et l'empathie de l'intervieweur<sup>90</sup>.

Les sages-femmes rencontrées étaient passionnées et souvent préoccupées par leur activité. Par conséquent, elles s'exprimaient généralement avec facilité partageant un matériau riche reflétant la diversité des situations rencontrées au quotidien. Dans quelques entretiens, des moments difficiles sont survenus lorsque je nourrissais trop d'attentes envers une interviewée ou lorsqu'un discours ne correspondait pas à mes anticipations. Dans ces situations, mon attitude rompait avec la *centration* sur la personne, n'étant plus ni réellement acceptante, ni réellement empathique, mais devenant préoccupée par le décalage ressenti. Les passages concernés par ces épisodes étaient moins fluides et moins profonds, produisant souvent moins de données pertinentes. Quand j'identifiais ce décalage entre mes intentions et mes actions, il me fallait quelques minutes pour réajuster mon attitude et revenir à une écoute *centrée* sur la personne pour faciliter l'expression des sages-femmes interviewées.

Un entretien me semblait par ailleurs « réussi » lorsqu'il comprenait ce que j'appellerais une « envolée » de la sage-femme, c'est-à-dire une série d'énoncés s'enchaînant très spontanément, presque sans intervention de ma part. Dans ces moments, la personne interviewée était prise par le thème de son récit et n'avait que peu de temps pour préméditer ce qu'elle disait et formuler un énoncé « politiquement correct ». Ces épisodes contribuaient à des productions sincères et plus habitées, c'est-à-dire moins empreintes de l'artificialité que confère la situation d'entretien. Les partages des sages-femmes me semblaient également plus sincères lorsque ces praticiennes parlaient spontanément de leurs difficultés et de leurs doutes. Par ailleurs, un entretien me semblait également plus intéressant lorsque la sage-femme réagissait de différentes manières à mes interventions, acquiesçant certaines fois et me contredisant d'autres fois. Par exemple, si je mentionnais une idée semblant incomplète à la répondante, celle-ci intervenait pour ajouter un aspect manquant. Parfois, la répondante ne se reconnaissait pas dans les paraphrases que j'effectuais pour vérifier ma compréhension et réajustait alors celles-ci. En résumé, quand mes interlocutrices étaient prises dans leur récit, quand elles reconnaissaient spontanément leurs difficultés et, enfin, quand elles me contredisaient, j'avais la sensation que l'entretien était sincère et que la répondante ne craignait pas mon regard de chercheuse.

---

<sup>90</sup> D'après : Rogers, C. R. (1968). *Le développement de la personne*. Paris, Dunod, Bozarth, J. D. and P. Wilkins, Eds. (2001). *Rogers' therapeutic conditions : evolution, theory and practice : Unconditional positive regard*. Ross-on-Wye UK, PCCS books, Haugh, S. and T. Merry, Eds. (2001). *Rogers' therapeutic conditions : evolution, theory and practice : Empathy*. Ross-on-Wye, PCCS books, Wyatt, G., Ed. (2001). *Rogers' therapeutic conditions : evolution, theory and practice : Congruence*. Ross on Wye UK, PCCS books, Wyatt, G. and P. Sanders, Eds. (2001). *Rogers' therapeutic conditions : evolution, theory and practice : Contact and Perception*. Ross-on-Wye UK, PCCS books.

Étant formatrice dans une école de sage-femme et exerçant dans une région géographiquement limitée, la Suisse romande, j'avais déjà rencontré à différentes occasions les sages-femmes recrutées dans cette recherche. Souvent, cela me semblait un avantage, car même si mon rôle de chercheuse était compris, j'étais considérée comme une collègue et la plupart des sages-femmes m'ont accordé facilement leur confiance. Cette proximité relative a influencé le contenu de certains entretiens dont le style est très spontané. Mes interlocutrices ne ressentaient pas la nécessité de modifier ou de lisser leur discours, comme cela se ferait pour donner une bonne image de la corporation des sages-femmes. L'une des sages-femmes laissa même quelques jurons s'échapper pour décrire une collaboration interprofessionnelle difficile. Mon identité a peut-être permis aussi que certains doutes soient soulevés par les sages-femmes, qu'une image réaliste de la profession me soit proposée, plutôt qu'une image publicitaire en vantant les mérites. Je ne veux pas dire ici qu'il est plus pertinent d'être sage-femme pour enquêter auprès de sages-femmes, ce qui consisterait en une réification de l'identité et de l'effet que produit celle-ci sur des répondant-e-s. Chaque chercheur ou chercheuse bénéficie, ou est entravé, par une partie de son identité ou de ses attitudes. Si être sage-femme a, dans mes sensations, été un avantage quant à l'accès au terrain, je peux concevoir qu'à une autre occasion, avec d'autres sages-femmes, ou avec des obstétriciens, cela ne le soit pas. Des discours lisses ont par ailleurs émergé au cours de certains entretiens, mais ceux-ci étaient en général précédés ou suivis de partages plus ancrés dans les réalités des familles ou pouvaient être déconstruits par la confrontation avec le terrain. Comme je le détaillerai dans la deuxième partie, si les sages-femmes souhaitent s'adapter aux besoins et aux préférences des familles, elles n'y parviennent évidemment pas toujours avec la même constance.

Les entretiens informels et spontanés se sont quant à eux déroulés en de multiples occasions. Les sages-femmes m'interpelaient dans un moment de calme lorsque je faisais de l'observation participante dans les locaux de l'association. J'ai aussi pris de multiples cafés et repas avec les sages-femmes dans le quartier de Plainpalais où sont situés les locaux de l'Arcade ou dans d'autres lieux de la ville, au gré des visites à domicile. Plusieurs sages-femmes m'ont invité à manger chez elles avant les observations et nous profitions du trajet en voiture ou à pied pour continuer à parler de situations ou des circonstances de l'activité. Les sages-femmes pensent souvent aux situations qu'elles rencontrent, tour à tour réjouies, inquiétées, ou attristées, par les destins des familles. Les circonstances parfois difficiles dont elles sont témoins créent un besoin de partager avec leurs pairs. Par conséquent, elles utilisent les rencontres fortuites avec leurs collègues dans les locaux de l'association pour évoquer leurs questionnements ou leurs révoltes et elles m'ont incluse dans ces moments de partage, en connaissant mon rôle d'observatrice et en l'ayant accepté. Plusieurs d'entre



elles, m'ont régulièrement fait part de situations en lien avec ma problématique, dès qu'elles m'apercevaient dans les locaux et ont substantiellement contribué à ma récolte de données.

Ces partages informels étaient souvent relativement courts, mais néanmoins intenses. Les sages-femmes abordent fréquemment des sujets intimes ou difficiles avec les familles. L'organisation du travail et, les années en salle d'accouchement, ont habitué ces praticiennes à être fréquemment interrompues, par le rythme des contractions ou par celui qu'impose la charge de travail. Par conséquent, de nombreuses sages-femmes ont appris à entrer rapidement dans des échanges pouvant être intimes avec les familles<sup>91</sup>. C'est une capacité qu'elles utilisent également entre elles. Ces entretiens informels sont par conséquent des données essentielles pour ma réflexion ; spontanés, ils véhiculent les préoccupations quotidiennes des sages-femmes indépendantes.

Durant l'enquête, j'ai interviewé toutes les sages-femmes de l'Arcade s'étant portées volontaires, tant pour des raisons éthiques que méthodologiques. Le temps de l'entretien n'est pas seulement une contrainte dans un emploi du temps chargé, mais permet parfois de dévoiler, grâce à l'interaction que fournit la situation de recherche, des facettes intéressantes ou inattendues de soi. Par conséquent, il n'était pas question d'écarter quelqu'un de la recherche, à moins que cette personne ne veuille ou ne puisse pas participer. Par ailleurs, il ne m'était pas possible d'anticiper la richesse et l'intérêt que chaque personne apporterait en entretien. Chacune me semblait susceptible de bousculer les idées préalables éventuellement nourries à son propos. Cette hypothèse s'est pleinement vérifiée et constitue la motivation méthodologique de mon choix. Cette enquête exhaustive d'un terrain délimité m'a permis d'appréhender comment chaque sage-femme contribue, à sa manière, à la construction de savoirs situés dans l'espace légitimé de la communauté de pratique.

J'avais déjà passé plusieurs mois dans l'association lorsque j'ai commencé les observations à domicile. Il m'avait semblé plus simple de débiter la recherche par des entretiens permettant ainsi aux sages-femmes de mieux me connaître, en tant qu'anthropologue, avant de m'accepter au cours d'observations. Durant les entretiens formels et informels, les sages-femmes ont partagé leurs préoccupations et mentionné les difficultés qu'elles rencontraient dans leur activité liées tant à leurs conditions de travail qu'au contexte social urbain parfois très dur envers les familles. Les situations les plus difficiles étant tout de même moins fréquentes que les autres, les entretiens ont ainsi constitué une source d'information essentielle à ce sujet, par le nombre d'exemples que ces entretiens ont permis de récolter. Les visites à domicile ont complété les récits des sages-femmes,

---

<sup>91</sup> Il n'est pas si rare qu'entre deux contractions une femme parle de son histoire de vie et soulève des événements douloureux. Cela est surprenant particulièrement les premières fois, car ces partages intimes et intenses ne se produisent pas aussi rapidement, sans vraiment connaître son écoutant, dans la vie de tous les jours. Notes auto-ethnographiques.

me donnant un accès multisensoriel et contextualisé à certaines expressions de la souffrance sociale de femmes et de familles. Ici, la triangulation entre récits et observations aboutit à une complémentarité et une convergence des différents types de données.

### **2.3 Observations directes et participantes**

L'enquête de terrain a également consisté en plusieurs centaines d'heures d'observation des sages-femmes au cours des suivis de familles et lors de différentes activités de collaboration nécessaires au fonctionnement communautaire. Suivant les situations et les attentes des sages-femmes et des familles, j'ai adopté une posture plus ou moins participante durant ces observations. L'éventail des situations rencontrées, les distances à l'objet différentes, m'ont permis de construire une réflexion dense (Piette 1996, Geertz 1998, Denzin 2001, Ponterotto 2006), permettant de comprendre les enjeux sous-tendant les situations. Ces observations m'ont également permis d'identifier des détails inédits et pourtant essentiels (Piette 1996, Bensa 2006), éclairant le vécu de la naissance et l'accompagnement proposé par les sages-femmes, et qui seront détaillés dans la partie suivante.

L'Arcade sages-femmes de Genève m'a semblé un lieu particulièrement pertinent pour effectuer l'enquête ethnographique. Dans cette association autogérée, les sages-femmes se rendent au domicile des familles et sont de ce fait en prise directe avec leurs préoccupations. Ce choix a été déterminant, car il m'a permis d'envisager la construction des savoirs professionnels en dépassant la vision réductionniste de la naissance qu'impliquerait tacitement le cadre hospitalier. Ce terrain m'a également donné l'opportunité d'observer l'accompagnement proposé par des sages-femmes en dehors d'un système hiérarchisé, donnant plus de liberté d'action aux sages-femmes.

Au cours de l'enquête et en cohérence avec le cadre théorique de l'anthropologie des habiletés, je me suis intéressée à un savoir-action, observé à partir d'activités quotidiennes. Les savoirs des sages-femmes prennent en effet sens lorsqu'ils sont mis en œuvre dans l'objectif d'être utiles aux familles. Afin de redécouvrir les savoirs expérientiels de sages-femmes et de m'affranchir autant que possible de mes représentations préalables, j'ai enquêté dans un milieu où je n'avais jamais exercé et que je connaissais peu, tout en adoptant un parti pris inductif. Cette stratégie était pertinente, car durant l'enquête j'ai découvert des facettes de mon métier que j'ignorais, m'amenant par ailleurs à remettre en question mes propres savoirs de sage-femme et mon activité passée.

Mon objectif a été de dévoiler les processus aboutissant à la construction des savoirs et les contenus précis résultant de ces processus. Reprenant la structure à plusieurs niveaux proposée chez les anthropologues des habiletés (Marchand 2010) et par Massé (2007), j'ai porté une attention

plurifocale à l'environnement accueillant l'activité des sages-femmes, ainsi qu'à cette activité en elle-même. Je me suis donc intéressée à la ville et aux conditions sociales et économiques dans lesquelles vivent les familles, aux contraintes et cadres entourant la pratique des sages-femmes, à la communauté de pratique elle-même et, enfin, aux relations entre les différents acteurs sociaux rencontrés. La construction des savoirs expérientiels, parce qu'elle est nécessairement influencée par les conditions de l'activité, intègre des éléments relevant de ces différents niveaux sociétaux (Marchand 2010). L'anthropologie des habiletés reconnaît par ailleurs l'importance des trajectoires des individus et leur part d'originalité. Durant les observations, je me suis donc également centrée sur les savoirs spécifiques véhiculés par certains segments de sages-femmes et par des sages-femmes individuelles. Les savoirs sont dans cette acception aussi bien des aspects apparaissant comme classiquement professionnels, telle que l'expérience de certains gestes, que des aspects personnels liés aux trajectoires des sages-femmes. Cette perspective respecte l'épistémologie holiste de l'anthropologie et rompt la séparation arbitraire entre personne professionnelle et personne civile, que véhiculent parfois les professionnel-le-s de la santé (Métraux 2004, Corcos 2011).

Les diverses opportunités d'apprentissages rencontrées par les individus au cours de leur vie modulent les capacités de perception, de réflexion et d'action (Gibson 1986, Downey 2007, Downey 2010, Marchand 2010). Ces apprentissages sont donc à considérer sur un plan multidimensionnel, c'est-à-dire aussi bien cognitif, sensoriel, que moteur. Je m'intéresse donc à ce que les sages-femmes voient, entendent, sentent, font et aux conséquences de ces expériences sur leurs représentations de la naissance et de leur rôle. En d'autres termes, la dimension cognitive de l'activité résulte de l'activité elle-même et de sa phénoménologie. Une représentation n'est pas seulement une production verbale, mais bien une performance et une incorporation de l'action (Ingold 2001, Ingold 2006).

Par conséquent, j'ai été attentive d'une part à ce que faisaient les sages-femmes, à leur organisation pendant et autour des consultations, aux éléments qu'elles prenaient en considération dans leur activité. J'ai considéré comme étant du savoir les manières d'agir, les attitudes corporelles, les gestes, le choix des mots, le ton de voix. Plus globalement, j'ai observé et interprété comment les sages-femmes accompagnaient les femmes et les familles et ce qui pouvait influencer l'expérience de la naissance, au cours ou parallèlement à cet accompagnement. L'approche inductive du terrain m'a permis d'identifier de nombreux événements s'invitant dans le vécu de la naissance et par conséquent dans l'accompagnement et dans les savoirs des sages-femmes. J'ai recherché les répétitions en termes d'attitudes ou de discours, relevant d'une culture locale de l'accompagnement de la naissance. En parallèle, j'ai accordé de l'importance aux détails, aux situations et interactions

singulières (Piette 1996, Bensa 2006), afin de rendre compte de la complexité et de la diversité des situations et de l'activité des sages-femmes. Je voulais éviter de donner une vision trop homogène des phénomènes sociaux observés, laquelle mettrait de côté les désordres de la vie (Schön 1983, 2009, Piette 1996, Downey 2010). L'attention holiste aux situations réelles des familles et des sages-femmes et, aux détails du vécu, m'a donc permis de rapporter concrètement ce à quoi l'accompagnement répond et en quoi il consiste par conséquent. Cette attention à la diversité et à la complexité des situations rencontrées par les sages-femmes m'a ensuite permis de confronter les savoirs expérientiels aux savoirs produits dans le modèle de l'EBM.

Après avoir exposé les motivations et les intentions soutenant l'enquête de terrain, je souhaite maintenant décrire plus concrètement les différentes activités observées directement durant les trois années passées à l'Arcade sages-femmes. Durant la première phase des observations, cherchant à entrer progressivement dans l'association, j'ai adopté une posture d'observation participante en tant que sage-femme et ai participé à 25 permanences dites d'accueils, représentant environ 90 heures de présence dans les locaux communs. Les parents viennent aux accueils situés dans les locaux communs de l'Arcade pour peser leurs enfants, partager leur expérience et poser des questions. Durant ces permanences, les sages-femmes répondent également aux appels téléphoniques de parents concernant des questions très variées, reçoivent et répartissent les demandes des maternités hospitalières, concernant le plus souvent des suivis postnataux à domicile. Durant les accueils, j'ai rencontré des parents et entendu certains de leurs questionnements, ce qui m'a permis de reconstruire une expérience incorporée de la période postnatale utile pour comprendre et confronter ensuite les partages des sages-femmes au cours des entretiens et des observations à domicile. Cette expérience m'a aussi permis de porter une attention auto-ethnographique à mes propres processus de construction des savoirs. La participation à l'accueil m'a également permis de rencontrer une proportion importante des sages-femmes pour un premier contact, celles-ci passant régulièrement dans les locaux communs pour chercher du matériel, conduire des consultations, animer des groupes, ou participer à des réunions. Ces rencontres fortuites ont été des opportunités de participer à de nombreux entretiens informels. Enfin, j'ai pris de nombreux rendez-vous pour des entretiens formels et les séances d'observation à domicile durant les accueils. En résumé, l'accueil a représenté un espace important tant d'observation que d'organisation de ma recherche.

Durant l'enquête ethnographique, j'ai participé à plusieurs types de réunions des sages-femmes entre elles et ai adopté une posture plus ou moins participative. J'ai observé pendant 8 mois environ les assemblées générales et les comités de cette association, me permettant d'observer les processus

communautaires de construction, de négociation, et de circulation des savoirs entre les sages-femmes et qui sont interprétés au chapitre 9. Durant les assemblées, j'adoptais en général une posture de participation en retrait et je ne m'exprimais que rarement. Durant les comités, auxquels j'ai participé pendant plusieurs mois, vers la fin de l'enquête, j'ai adopté une posture participative, car j'étais parfois sollicitée en ma qualité d'observatrice pour donner un avis.

Pendant plus de trois ans, j'ai participé à des cercles qualités permettant aux sages-femmes de discuter et d'approfondir en petits groupes des thématiques professionnelles spécifiques. Ma participation au Cercle Qualité *situations complexes* dont les questionnements rejoignent mes préoccupations en regard des inégalités sociales de santé se poursuit actuellement et se prolongera vraisemblablement au-delà de la thèse. Les sages-femmes m'ont également proposé d'animer des ateliers d'analyse de situations<sup>92</sup> en raison de ma formation et de mes compétences en animation de groupes<sup>93</sup>, ce que je continue de faire à ce jour et qui me permet de confronter mes interprétations aux récits des sages-femmes.

Suite à la validation du protocole de recherche par la Commission d'Éthique de l'association des Médecins du Canton de Genève à l'automne 2010, j'ai observé 90 consultations, ceci en accompagnant 30 sages-femmes différentes sur les 40 en activité à l'Arcade. J'ai donc en général observé une séquence de 2 à 4 consultations avec la même personne. Je n'ai pas pu organiser d'observations avec quelques sages-femmes en raison de leur absence sur de longues périodes dues à des voyages ou à des problèmes de santé. Quatre sages-femmes n'ont pas souhaité être observées au cours de leurs consultations. Parmi ces sages-femmes, deux m'ont semblé un peu timides et sont décrites comme étant plus stressées par leurs collègues. Ces sages-femmes semblaient avoir incorporé la culture du risque un peu plus que d'autres et il aurait évidemment été intéressant de les observer, mais cela n'était éthiquement pas envisageable.

La majorité des observations concerne des suivis postnataux à domicile<sup>94</sup>, suivis les plus représentatifs de l'activité des sages-femmes rencontrées. Ces suivis permettent d'appréhender une situation de soin écologique, c'est-à-dire en contact multisensoriel direct avec les circonstances de vie des familles. Lors de ces visites, j'ai adopté une attitude en retrait relatif, observant dans une

---

<sup>92</sup> Ces séances ont été nommées ainsi dans un premier temps, puis sont devenue de la « supervision professionnelle » à partir de 2013 et à la demande du cercle qualité « situations complexes ». A partir de cette période, j'ai co-animé des séances avec un psychothérapeute spécialisé dans le travail avec les populations migrantes et dans la collaboration avec les interprètes communautaires. Durant la période d'observation principale qui s'est terminée en 2012, j'ai effectué 2-3 séances d'analyse de situations par année. La supervision se déroule sur quatre demi-journées par année.

<sup>93</sup> Je suis titulaire d'un Master en Sciences de l'Éducation et ai terminé une formation certifiée en psychodrame et en méthodes dites d'action, soit en jeux de rôle et autres formes de simulations.

<sup>94</sup> Je suivais généralement les sages-femmes au cours d'une matinée ou d'une journée. Par conséquent, j'ai également observé quelques consultations de grossesse, de la préparation à la naissance, des animations de groupes d'allaitement, des séances d'information diverses et des ateliers de massage du nourrisson. Ces formes d'accompagnement sont détaillées dans le chapitre décrivant les activités de l'Arcade.

posture d'anthropologue plutôt que de sage-femme, encore que cela doive être nuancé<sup>95</sup>. Au cours des observations, je cherchais à *sentir* comment m'intégrer à la consultation en gênant le moins possible son déroulement pour les parents et pour les sages-femmes. Ce qui dans la plupart des situations revenait à participer à une partie des échanges et à me dévoiler un minimum, permettant ainsi aux familles de mieux appréhender « qui » avait été autorisé à entrer à la maison et à assister aux consultations. Le plus souvent, j'étais assise soit à même distance de la femme que la sage-femme, soit légèrement en retrait. Ma position était souvent désignée par l'un des parents ou par la sage-femme et était définie par la pièce abritant la consultation et les meubles qui s'y trouvaient, le fauteuil ou parfois le pourtour du lit conjugal, voire le parquet. Je participais aux conversations en fonction des sollicitations des familles et des sages-femmes. Certaines sages-femmes se représentaient mon rôle en retrait, dans une observation « objective » à distance, alors que d'autres tendaient à m'intégrer en tant que membre d'une consultation reconfigurée pour l'occasion. Les parents me parlaient fréquemment spontanément, me donnant souvent des détails pour que je comprenne bien leur situation. Les sages-femmes « profitaient » parfois de ma présence pour me poser des questions.

Durant la consultation, quand je trouvais un moment propice qui n'interrompait pas le travail de ma collègue, j'échangeais quelques mots avec les parents, souvent au sujet de leur enfant. Lorsque cela était possible, j'ai cherché à être utile, allant par exemple chercher un objet oublié dans la voiture ou sur la table à langer. A quelques reprises, il m'est arrivé d'intervenir sans être sollicitée pour proposer une mesure d'accompagnement qui n'avait pas été envisagé par la sage-femme. Cela était parfois bienvenu et parfois considéré comme dérangeant, car interférant avec certaines représentations de l'accompagnement des sages-femmes, j'y reviendrai.

Pour limiter l'intrusion que pouvait représenter ma participation à la consultation, j'avais décidé et annoncé à la Commission d'Éthique que je ne participerais pas aux examens cliniques éventuels des lochies et des sutures du périnée<sup>96</sup>. Lorsqu'une femme le souhaitait, je sortais également lors de l'examen des seins, ce qui s'est produit à quelques reprises. Mon observation étant centrée sur l'accompagnement vu comme une appréhension globale de la personne et de la consultation, je n'ai cependant pas jugé indispensable d'assister à ces examens intimes. Je me suis par ailleurs souvent sentie intimidée en arrivant à domicile, craignant de déranger les parents durant la période de l'après naissance. Arrivant sur la pointe des pieds, j'ai été surprise par la générosité des parents et par la chaleur de leur accueil. Les liens établis entre les sages-femmes et les parents ont parfois une

---

<sup>95</sup> Au chapitre 7, je problématise comment les rôles d'anthropologue, de sage-femme, d'enseignante et de mère coexistent en moi durant les observations et participent de mon expérience.

<sup>96</sup> Les lochies sont les pertes de sang et de résidus utérins suivant la naissance.

tonalité amicale, certains parents faisant une bise d'accueil à leur sage-femme. Cette tonalité amicale a souvent été « répliquée » pour m'accueillir moi-aussi avec une bise. Souvent, lorsque la sage-femme allait faire l'examen physique d'une femme, celle-ci posait le nouveau-né dans mes bras. Ce cadeau et cet honneur, ne porte pas le nouveau-né qui veut, me faisait plaisir et confirmait que ma présence était bienvenue. A plusieurs reprises, des parents m'ont remercié pour ma visite, parfois avec des gestes très tendres, par exemple en prenant mes mains doucement à l'intérieur des leurs, et m'ont demandé si je revenais à la prochaine consultation. Ces événements montrent que l'enquête n'a globalement pas été un problème pour les parents.

Les sages-femmes rencontrées durant l'enquête de terrain ont des profils différenciés. Certaines étaient expérimentées, d'autres moins. Plusieurs avaient effectué des formations continues certifiantes ou avaient même deux formations professionnelles. Les aspirations de ces sages-femmes étaient également variées. L'enquête a révélé l'existence et la cohabitation de différents sous-segments de sages-femmes indépendantes travaillant ensemble au sein de l'association. Ces sous-segments sont sous-tendus par des pratiques et des enjeux différents concernant aussi bien les sages-femmes, les familles que la construction des savoirs expérientiels. Ces différentes observations seront évoquées avec plus de détails dans la deuxième partie pour problématiser la construction, la négociation, et la circulation des savoirs communautaires.

Toutes les observations, aussi bien durant les accueils, les réunions, que les visites à domicile, ont fait l'objet de notes de terrain prises le jour même et les jours suivant l'observation ; ces observations demandant de nombreuses heures de notes en raison de leur densité. Les notes ont ensuite été retranscrites sur un document Word pour plus de clarté.

## **2.4 Observations et réflexions auto-ethnographiques**

D'abord aide hospitalière en maternité, puis sage-femme, cela fait 30 ans que j'observe et que je participe à l'accompagnement de la naissance. Devenue enseignante dans une école de sages-femmes, je contribue aujourd'hui à la formation des étudiantes, entendant leurs récits et lisant leurs écrits concernant leur vécu de la naissance et de ses circonstances. Cette expérience, nourrie par de multiples lectures en sciences sociales, m'a informée tant sur le déroulement de la naissance elle-même, que sur les conditions de son accompagnement dans notre région. Par conséquent, la problématisation de mon objet n'est pas seulement une articulation entre une enquête de terrain et des ressources théoriques issues de la socio-anthropologie ; mais elle s'ancre également dans cette expérience professionnelle et, dans les innombrables situations et rencontres que celle-ci implique, participant dès lors de mon dispositif de recherche. Utiliser des données auto-ethnographiques ne va cependant pas de soi, même en anthropologie, et la légitimité de ces informations construites au

cours d'une expérience forcément subjective, est régulièrement questionnée, aussi bien dans mon milieu professionnel, que par certains chercheurs en sciences sociales (Fainzang 2010). De nombreux anthropologues se méfient ainsi des dérives post-modernes et de la généralisation abusive, que véhiculent parfois les récits auto-ethnographiques (Ghasarian 2004).

C'est pourquoi je propose de préciser, comment et en quoi, ces données auto-ethnographiques ont une importance pour la construction de cette réflexion et, décrits, comment je les recueille, les utilise, et à quoi je les confronte pour les sortir de leur statut d'anecdotes et faire valoir leur rôle informatif. Ces interprétations de mon expérience, ont contribué tout d'abord, et parallèlement à d'autres sources d'information, à la problématisation du développement de l'Evidence-Based Medicine, dont j'ai été témoin et auquel j'ai participé. Ensuite, l'expérience que j'ai vécue en tant que sage-femme, offre une sorte de caisse de résonance aux récits d'autres praticiennes, ainsi qu'aux observations effectuées au cours de l'enquête. C'est-à-dire que les mots ou les situations, réveillent d'autres histoires, incorporées durant ces années de pratique, dans la logique de l'anthropologie des habiletés décrite dans le cadre théorique.

Ceci dit, en 1986, lorsque j'ai vu pour la première fois un accouchement, qu'une sage-femme m'a montré comment se faisaient les manœuvres de Léopold servant à identifier la position du fœtus par une palpation abdominale, ou quand plus tard j'ai travaillé dans une grande maternité, je n'avais évidemment pas anticipé qu'un jour je deviendrais anthropologue et que mon expérience aurait un intérêt pour interroger l'accompagnement de la naissance. Je n'ai donc pas écrit de journal, ni pris de notes systématiques, sur les expériences de mon quotidien d'alors. Les souvenirs que j'utilise au décours de mon texte, avec retenue, émergent de ma mémoire lorsqu'ils sont rappelés par les récits des sages-femmes, leur activité ou, les circonstances entourant celle-ci. Anthropologue prenant le parti d'intégrer, quand cela éclaire ma réflexion, des savoirs issus des sciences cognitives, je sais bien que la mémoire est aussi bien l'outil indispensable de toute réflexion, qu'une construction labile (Ledoux 2002), participant de l'incertitude qui caractérise les savoirs expérientiels. Aussi, j'ai pris quelques précautions, afin de ne pas surinterpréter les informations reprises de mon expérience, clarifiées ci-après. L'utilisation de données non retranscrites avant l'analyse est également habituelle chez d'autres anthropologues, qui réfutant une approche positiviste de leur exercice, souligne aussi que les observations pertinentes, servant l'analyse, n'émergent pas toujours *a priori* dans la prise de notes, mais parfois *a posteriori*, quand la réflexion rappelle certains épisodes dans une logique de l'émergence. Ces éclairages méthodologiques sont complétés au chapitre suivant, réflexif, et qui explicite et interroge l'intervention de mes différents rôles et postures dans ce travail.



Lorsque j'évoque mon expérience, dans certaines affirmations signalées par des notes de bas page, je ne parle cependant pas que de moi, mais sous-entends une multitude d'interactions sociales vécues avec des familles, des collègues, et des médecins. Ces expériences sociales, je les réinterprète d'ailleurs à partir des lectures que j'ai effectué durant cette presque décennie de travail de thèse, constituant ainsi une forme d'anthropologie non autorisée, exercice fragile dans le champ de la santé qui est friand d'autorisations protocolées. Pour mieux montrer, comment je construis ce que j'appellerai- la fiabilité et la pertinence- de ces données - je vais montrer par un exemple, comment je relie différents niveaux d'expérience et d'interprétation entre eux, -le mien, celui d'autres professionnel-le-s de la santé et enfin, celui de chercheurs en sciences sociales.

Le premier niveau, issu de mon expérience dans différents services d'obstétrique, est celui qui me donne le plus d'informations phénoménologiques, lesquelles sont mémorisées à travers une incorporation multisensorielle des événements vécus (Barsalou 2008). Les réalités de l'accompagnement de la naissance, notamment celle de la rationalisation des soins et des manques en personnel en résultant, je les ai ainsi éprouvées dans mon corps, avec des sensations physiques, des actions, et des émotions, soit autant d'informations concrètes et marquantes. Voici deux exemples qui illustrent ce niveau de construction des données auto-ethnographiques :

Seule, une nuit au post-partum :

Le nouveau service, aux murs blancs et à la belle lumière, comporte quatorze chambres construites pour accueillir 28 mères et 28 nouveau-nés. Les nouveau-nés, qui pourtant nécessitent attention et soins, par exemple un accompagnement de l'allaitement, ne sont pas comptabilisés en tant que patients, car l'assurance ne rembourse qu'un forfait mère-enfant. Pour bénéficier de chambres plus intimes, et laisser à l'histoire les chambres de 5 mères et de 5 enfants, leur bruit et leurs visites nombreuses, il a fallu augmenter la surface globale et donc la longueur des couloirs du nouveau service. Avec le déménagement, les horaires ont changé, à la demande de certaines sages-femmes, et durent maintenant 12 heures. Il est 19 heures et je m'apprête à commencer une très longue nuit, seule dans ce service plein, jusqu'au petit matin. Au moment des transmissions faites par ma collègue avant qu'elle ne parte, une femme est réhospitalisée après être rentrée quelques jours à son domicile. Elle est épuisée, se sent triste, anxieuse, et souffre d'une complication d'allaitement. Je débute la soirée avec elle, l'intensité de son vécu nécessitant toute mon attention, pendant plus de deux heures. Elle me parle sans presque s'arrêter, évoquant sa détresse. Après l'avoir entendue, et étant régulièrement rappelée à son chevet, je tente de faire ma tournée et de voir toutes les mères, au moins une fois, avant qu'elles ne s'endorment. Je me présente, leur demande comment elles se sentent, si elles ont besoin de quelque-chose et leur suggère de m'appeler en cas de besoin. J'ai pris du retard et j'effectue ces visites très rapidement. Lorsque j'arrive dans les dernières chambres, les mères dorment déjà. Elles n'auront pas vu de personnel pendant plus de douze heures, mais auront soit disant bénéficié du suivi sécurisé qu'offre la maternité hospitalière. Je passerai d'une chambre à l'autre au cours de la nuit, en réagissant aux appels, plutôt qu'en planifiant mon activité, et tenterai de rassurer la femme réhospitalisée, entre les coups de sonnette venant des autres chambres. A l'issue de la nuit qui fut difficile, j'écrirai à ma hiérarchie pour dénoncer le manque de sécurité de ces conditions de travail. Une réponse peu impliquée me parviendra, me remerciant pour mon signalement, et n'aura aucune suite. (Récit auto-ethnographique, en Suisse romande, fin des années 1990)

## Une journée chargée en salle d'accouchement :

Arrivée en salle d'accouchement le matin, le tableau d'affichage qui résume les situations obstétricales des femmes en travail est plein et, l'activité intense. Après un rapport rapide, nous prenons toutes plusieurs situations. J'accompagne une naissance qui n'avance pas normalement, avec un haut degré de médicalisation engagé. Quand vers deux heures de l'après-midi Luisa donne enfin naissance à son enfant, je n'ai toujours pas mangé, ni pris de réelle pause. J'ai dû engouffrer une barre de *Mars* en vitesse durant la matinée et ai réussi à aller 1 fois aux WC. Après le forceps et la naissance, difficiles, Luisa saigne un peu plus qu'elle ne le devrait. Elle a reçu beaucoup d'ocytociques et a été si longtemps en travail, que je m'inquiète d'une éventuelle hémorragie du post-partum. Son enfant a également besoin de plus de surveillance, sa respiration n'est pas encore physiologique, il a un discret tirage, -il fait des efforts intercostaux pour respirer. Personne pour m'aider. Passé l'état adrénurgique, ses sensations d'éveil et d'attention optimaux -que la naissance procure toujours- je sens la fatigue m'envahir et pourtant il me reste tant à faire. On me presse de transférer rapidement Luisa dans le service du post-partum, pour faire de la place, ce que je ne souhaite pas, car j'aimerais surveiller l'évolution du saignement. A ce moment, ma responsable me demande de venir signer une évaluation, faite quelques jours auparavant. J'avais fait une erreur d'administration de médicament quelques semaines plus tôt, une nuit à quatre heures du matin, alors que je me sentais mal. La conclusion de cette évaluation est que je dois demander de l'aide si je me sens mal, ce qui peut arriver au petit matin, quand le besoin de sommeil se fait sentir, que l'on a froid et que l'on ne sait plus comment retrouver de l'énergie, -le seul antidote étant une naissance imminente. Je signe et promets de demander de l'aide, bien que cela ne me semble pas aisé dans ce service qui valorise les sages-femmes endurantes et dynamiques, *hardcores*, prêtes à travailler même lorsqu'elles sont malades ou ont un plâtre. Il est plus de 15 heures, la conversation se termine et une entrée est annoncée. Une femme pas encore au terme de sa grossesse est en travail, je dois m'occuper d'elle. Prise entre les deux situations, épuisée et affamée, je demande à ce qu'une collègue d'un autre service vienne me remplacer un moment. Laurie m'avait signalée qu'elle avait peu de travail et qu'elle était prête à venir pour permettre à l'équipe de manger. Je retourne vers la responsable qui venait de m'inciter à demander de l'aide et suggère d'appeler Laurie. Ma cheffe s'emporte, me dit de me secouer et d'assumer mon travail, en criant. La naissance prématurée avance très vite, je peine à suivre le rythme et l'équipe de pédiatrie est appelée in extremis. Je me sens incompétente, tellement désolée pour ces familles et, encore aujourd'hui, j'ai honte en repensant à cette naissance, envie d'en pleurer. (Réflexion auto-ethnographique, en Suisse romande, fin des années 1990)

Je pourrais encore poser de nombreux exemples similaires tout aussi marquants, même s'ils ne résument évidemment pas toute ma carrière. J'ai vécu des gardes agitées et stimulantes, d'autres plus calmes, et ai assisté à d'innombrables instants touchants. Ces exemples emblématiques, inscrits dans mon corps, me donnent une information d'une rare précision sur les effets des politiques économiques et des mesures de rationalisation des soins en découlant.

Mon activité de sage-femme, puis d'enseignante, m'a par ailleurs donné de multiples occasions d'entendre et de voir les autres aux prises avec les réalités obstétricales contemporaines et c'est un deuxième niveau d'information, participant de ce savoir auto-ethnographique. Durant ma formation, puis dans le cadre de diverses activités professionnelles, j'ai eu des contacts avec pratiquement toutes les maternités de Suisse romande et de France voisine, ainsi qu'avec de très nombreuses sages-femmes et étudiantes sages-femmes. Ces rencontres impliquent des échanges autour de la naissance et des conditions de son accompagnement, ou évoquent la relation aux conséquences de l'introduction de l'EBM. Par conséquent et bien que j'aie quitté le domaine des soins il y a quinze ans, mon contact avec ce milieu reste vivace et informé en temps réels. N'ayant par contre pas vécu ces

échanges dans une relation de recherche, mais au cours de rencontres avec d'autres objectifs, je ne peux donc pas citer directement leur contenu. Par contre, je sais pertinemment que les sources auto-ethnographiques de certaines affirmations, citées sous formes de notes de bas de page, correspondent à des réalités suffisamment saillantes pour permettre ces constats. De plus, les sages-femmes indépendantes rencontrées durant cette recherche confirment, elles-aussi, certaines des observations auto-ethnographiques, notamment celles qui concernent les difficiles conditions de travail de l'hôpital, ce que j'aborde au chapitre 5.

Enfin, et cela constitue le troisième niveau d'interprétation des observations auto-ethnographiques, ces expériences fortes que j'ai vécues ont souvent fait l'objet d'interrogations socio-anthropologiques, sous une forme souvent plus abstraite d'ailleurs. L'appréhension du risque, de l'individualité contemporaine, ou les effets de la rationalisation des soins, mentionnés à plusieurs reprises dans ce travail, ont fait l'objet de nombreuses recherches en sciences humaines et sociales. Souvent, ces recherches ont été construites en d'autres pays ; les nommer permet de relier mon expérience à ces références essentielles, tout en signalant par une note auto-ethnographique que les observations des chercheurs trouvent également un écho en Suisse romande. Ces résultats de recherche confirment souvent, certes en d'autres termes, des phénomènes remarquables « à la base », par des professionnel-le-s. Les paroles de Vincent de Gaulejac situent par exemple avec une cruelle précision les implications des politiques de gestion contemporaine et, renvoient aux expériences auto-ethnographiques évoquées ci-dessus :

*« ...il n'est plus normal d'être limité. Il est demandé d'accroître en permanence les performances tout en diminuant les coûts. On crée des exigences de plus en plus élevées, au-delà de ce que l'on sait pouvoir faire. L'idéal devient la norme. Les procédures ne sont pas établies à partir d'une analyse concrète des processus de production et des activités réelles, mais pour des clients parfaits, des travailleurs toujours au sommet de leur forme, jamais malades, dans un contexte sans obstacle. La faiblesse, l'erreur, le contretemps, l'imperfection, le doute, tout ce qui caractérise l'humain « normal » n'ont plus lieu d'être. La gestion prône l'idéal dans un monde sans contradiction. L'idéal n'est plus un horizon à atteindre, mais une norme à appliquer.*

*Faute de pouvoir le réaliser, et pris devant le déni de sa vulnérabilité, chaque agent est constamment pris en défaut d'insuffisance. Puisqu'il ne peut jamais être à la hauteur des performances attendues, il se vit comme incapable, incompetent ou insuffisamment motivé. C'est lui qui devient responsable des défauts du système » (2005, p.94)*

En résumé, je me suis servie de mes expériences - parallèlement à une enquête de terrain de plusieurs années - en tant que formes d'observation et d'interprétation anthropologiques, pour comprendre le contexte de l'accompagnement de la naissance. Cette forme d'interprétation repose non pas sur une seule et subjective expérience, mais bien sur l'observation de multiples interactions et l'écoute d'innombrables partages. Lorsque je soutiens une réflexion en mettant « note auto-ethnographique » en bas de page, c'est donc pour relever des événements ou des comportements

observés à de nombreuses reprises, rarement par moi seule, -et donc jamais à la légère. Il ne s'agit donc pas de généraliser abusivement à partir d'une seule et modeste expérience - certes riche et de durée considérable - dans un élan post-moderne naïf, mais bien d'opérer une triangulation de différents types de données, afin d'assurer la robustesse des interprétations construites.

Par ailleurs et j'y reviendrai plus largement dans la synthèse de ce travail, interroger une réalité sociale en recourant, pour une partie, à des éléments auto-ethnographiques, est également un acte politique et militant. Celui-ci consiste à accorder une voix, du crédit, à des praticiennes, qui dans leurs quotidiens ne sont pas toujours entendues, comme si la subjectivité inhérente à toute observation était dénuée d'intérêt. Comme plusieurs exemples en attestent dans la suite de ce travail, les sages-femmes dénoncent parfois des dysfonctionnements graves du système de santé, se positionnant en lanceuses d'alerte. Leurs voix méritent d'être mieux entendues. Et c'est pourquoi, étant une sage-femme presque comme les autres, j'ai choisi d'accorder du crédit à mon expérience, me donnant, à certains moments choisis, le droit à exprimer ma voix.

Cette posture est par ailleurs en cohérence avec les pratiques des anthropologues étudiant la construction des habiletés et des savoirs humains, dont les chercheurs recourent notablement à l'expérience auto-ethnographique, -vécue au cours d'apprentissages et d'activités fort variés. Cette méthode a pour objectif de saisir et d'interroger, l'incorporation sensorimotrice et cognitive de l'expérience, participant de la construction de savoirs pratiques (Downey 2010, Marchand 2010). L'affiliation à ce courant de recherche me conduit d'ailleurs à utiliser la démarche auto-ethnographique selon une deuxième modalité, plus exploratoire, qui est de tenter de rendre compte de la construction des savoirs au cours de l'activité. Et c'est en vertu de cette affiliation, qu'ici ou là, je prends mon rôle de sage-femme, d'enseignante, ou de mère, pour affiner certaines interrogations. Ces épisodes sont signalés explicitement, pour éviter qu'ils soient pris pour un manque de distance à l'objet de recherche ou pour une confusion de mes différents rôles. Ces explorations auto-ethnographiques-là sont présents au chapitre 3 consacré à la réflexivité anthropologique, dans la synthèse finale, ainsi que plus rarement dans le compte rendu de l'enquête de terrain.

## **2.5 Analyse documentaire**

Parallèlement aux entretiens et observations, j'ai utilisé différents types de documentations produite par L'Arcade sages-femmes, notamment les statuts, la convention établie entre l'association et chacune des membres, les rapports annuels publiés de 2008 à 2013, ainsi que le site internet, les différents documents prévus pour les parents et les procès-verbaux des organes de l'association. L'une des sages-femmes a publié plusieurs livres sur le travail des sages-femmes et je les ai

également consultés (Luisier 2006, Luisier, Masur et al. 2014). J'ai également visionné le film *Sages-femmes* produit en collaboration avec l'Arcade et qui montre les suivis continus de la grossesse à la période postnatale effectués par certaines sages-femmes (Choffat 2007).

J'ai utilisé ces différents documents avant tout pour recueillir des informations sur l'histoire et le fonctionnement de l'Arcade, ainsi que sur les conditions contextuelles, au niveau du système de santé, qui influencent cette association et l'organisation des prestations proposées aux parents. L'Arcade ayant un contrat de prestation avec l'Etat de Genève, elle est donc tenue de produire des statistiques précises sur ses activités.

## **2.6 Restitutions et partage des données**

Durant l'enquête et plus particulièrement à sa fin, j'ai proposé plusieurs restitutions et échanges aux sages-femmes afin de les informer et de confronter mes résultats à leurs points de vue. Ces restitutions proposaient différentes thématiques annoncées à l'avance, les premières portant sur l'accompagnement des familles et l'attitude des sages-femmes, les secondes traitant de la construction, négociation et circulation des savoirs et les troisièmes du fonctionnement de la communauté de pratique.

En parallèle et au cours des nombreuses discussions informelles partagées avec les sages-femmes, j'ai confronté en continu mes interprétations à leurs représentations. Quelques-unes d'entre elles, notamment celles qui sont plus particulièrement investies auprès des populations en situation de vulnérabilité sociale, ont beaucoup contribué aux réajustements que j'ai effectués au cours du processus de recherche. Lors des entretiens et des observations, je me suis d'ailleurs aperçue à quelques reprises que plusieurs de mes analyses provenaient ou étaient partagées par une ou plusieurs sages-femmes. Une proportion non négligeable de ma réflexion constitue par conséquent une co-construction entre les sages-femmes et moi-même, correspondant à mon intention de départ, ancrée dans une idée d'anthropologie impliquée dont l'objet se construit « avec » et non pas « sur » un groupe social. Ces affirmations dans lesquelles je reconnais ma propre réflexion constituent autant de vérifications de ma compréhension du contexte de l'activité des sages-femmes indépendantes. Je pourrais évidemment craindre que ces savoirs partagés constituent un manque de recul de ma part, d'autant plus que je suis sage-femme. Cependant, s'agissant le plus souvent de postures critiques à l'égard du système de santé, également décrites par d'autres socio-anthropologues, même si en des termes distincts, je considère ces savoirs partagés comme relevant le plus souvent d'un regard anthropologique co-construit.

Les restitutions ont également pris la forme de feedbacks individuels demandés par certaines sages-femmes ou parfois suggérés par moi-même. Les sages-femmes rencontraient régulièrement des difficultés à accepter mes commentaires lorsqu'ils étaient critiques et adoptaient alors une posture de justification de leurs attitudes. J'ai par contre entendu ces sages-femmes reprendre les commentaires, à d'autres occasions, pour repenser leurs pratiques dans une posture critique. En ce sens, les confrontations semblent avoir eu une utilité différée.

A plusieurs occasions, j'ai collaboré avec les sages-femmes pour partager des résultats de cette recherche, soit en co-construisant un document ou une présentation (Borel-Radef, Perret et al. 2014), soit en proposant une relecture de documents destinés à être présentés ou publiés (Perrenoud 2014, Perrenoud 2015, Perrenoud 2015), pour vérifier la compréhension de leurs réalités. C'était notamment le cas lorsque les communications, abordant directement certains fonctionnements du réseau interprofessionnel, pouvaient avoir une incidence concrète pour les praticiennes.

En résumé, durant les trois ans qu'a duré l'enquête de terrain principale, puis durant les rencontres ultérieures en Cercle Qualité et en analyse de la pratique, j'ai observé les sages-femmes dans de multiples situations et aspects de leur pratique. La triangulation des méthodes, la durée de l'ethnographie m'ont permis d'appréhender tant le rôle d'anthropologue, impliquant un recherche de distance et un jeu de va-et-vient avec l'objet de recherche, que l'activité des sages-femmes et les processus de construction des savoirs professionnels. Au chapitre suivant, je propose d'entrer dans une réflexivité plus fine, traitant de ma relation au terrain et de la distance à l'objet de recherche.

### Chapitre 3 Pour une anthropologie réflexive

Depuis quelques décennies, afin de se distinguer des courants anthropologiques emprunts de l'illusion positiviste, inspirés des sciences dites exactes, de nombreux anthropologues ont développé une pratique réflexive, à leur sens partie intégrante de la démarche anthropologique (Kilani 1992, Ghasarian 2004, Olivier de Sardan 2008). Considérant qu'il n'est de recherche qui s'affranchisse de la trajectoire et des caractéristiques de son auteur, ces anthropologues explicitent leur relation à l'objet, ainsi qu'à certains des enjeux y étant reliés. (Kleinman and Copp 1993, Gaboriau 2004). Visant à développer *une connaissance sur la connaissance*, ils explicitent les processus et les contraintes orientant leurs choix épistémologiques, méthodologiques, et pratiques (Bourdieu 2003, Marchand 2010 : 1). Ces chercheurs s'engagent dans une démarche *d'objectivation participante*, explicitent les courants anthropologiques auxquels ils/elles se rattachent et problématisent *les conditions sociales de la production [du] savoir en considérant* les relations de pouvoir existant entre les chercheurs et les groupes sociaux interrogés (Bourdieu ; 2003, p.44). Travaillant sur un objet du très proche, cette posture réflexive a été essentielle pour penser et travailler la distance à mon objet.

Historiquement, l'anthropologie était centrée sur l'étude de populations éloignées faisant de la tension entre distance et proximité l'un des instruments essentiels de l'anthropologue. Depuis quelques décennies, cette discipline interroge également des objets du proche, situés dans les régions où habitent les anthropologues (Massé 2001, Fainzang 2006). La notion d'altérité et de distance à l'objet continue d'être un axe central de la démarche, le jeu de va-et-vient, entre observations, interprétations, et réflexions théoriques, permettant d'aboutir à une méta-compréhension des phénomènes socioculturels étudiés (Fainzang 2010). Dans cette situation, l'anthropologue peut néanmoins rencontrer plus de difficultés à identifier, puis à se distancer de ses postures idéologiques (Fainzang 2004). Ce chercheur peut être amené à jouer plusieurs rôles, en relation aux attentes que projettent sur lui les acteurs sociaux rencontrés et, avec lesquelles, il ne peut que composer. Les situations observées, suivant leurs enjeux et leurs liens avec la trajectoire de l'anthropologue, soulèvent émotions et sentiments<sup>97</sup>, ainsi que questionnements éthiques, qui inévitablement dépasseront le cadre strict des objectifs de sa recherche (Cohen 2004, Gaboriau 2004). Il est donc habituel que la relation et la distance à l'objet soient « compliquées », d'où l'intérêt de la penser par une écriture réflexive.

L'implication du chercheur, inhérente à la situation d'observation et d'interprétation, relève d'une expérience multisensorielle située et dépend donc de l'expérience et des capacités du chercheur à

---

<sup>97</sup> Pour rappel, les termes d'émotion et de sentiment sont compris selon les approches dites de la construction psychologique, courants de recherche contemporains qui conceptualisent ces phénomènes en tant qu'expériences incorporées variées et insérées dans un contexte.

cet égard (Kleinman and Copp 1993, Pink 2009, Jackson 2013). L'incorporation de l'expérience, ses réminiscences sensorielles et émotionnelles, sont par ailleurs au centre de l'attention de l'anthropologie des habiletés, de l'anthropologie sensorielle et existentielle (Downey 2007, Pink 2009, Downey 2010, Marchand 2010, Rice 2010, Jackson 2013). L'anthropologue ne peut ainsi travailler qu'à partir de lui-même, des transformations que ses expériences ont occasionnées et, des circonstances que sa vie lui a imposées ou qu'il a choisies (Kleinman and Copp 1993, Gaboriau 2004, Pink 2009). L'expérience du chercheur et son intérêt pour un objet singulier sont d'ailleurs sources d'*insights* contribuant à la densité du questionnement (Corbin and Strauss 2008). L'intervention de la subjectivité dans la construction de l'objet appelle par conséquent plutôt une élucidation et un dévoilement, qu'un rejet ou un déni (Kilani 1992, Poupart, Groulx et al. 1997, Corbin and Strauss 2008).

Ceci dit, certain-e-s auteur-e-s regrettent que la réflexivité devienne parfois le prétexte à une mise en scène du soi. L'introspection, lorsqu'elle prend trop de place, devient irrespectueuse envers les acteurs sociaux rencontrés, qui passent alors au second plan de la réflexion (Bourdieu 2003, Ghasarian 2004, Olivier de Sardan 2008). Cette critique appelle une sélection des éléments auto-ethnographiques partagés, ceux-ci devant servir la construction de l'objet et non l'égo de l'auteur.

Interrogeant un objet du proche, qui concerne ma profession, il est d'autant plus important que j'explicité le rapport et la distance à cet objet. Au sous-chapitre suivant, j'évoque par conséquent quel genre de sage-femme je suis<sup>98</sup>, ce que cela implique dans ce travail, puis décrit les stratégies employées pour créer ou retrouver une distance permettant une élaboration réflexive.

### **3.1 Sage-femme depuis 25 ans : une distance à l'objet problématique ?**

Lorsque je dis que je suis sage-femme, je dévoile peu de choses, ne montrant ni les segments professionnels auxquels j'appartiens, ni mes orientations idéologiques. Par conséquent, il n'est guère possible de déterminer la distance à mon objet de recherche à partir de cette brève affirmation, les notions d'identité et de culture étant aujourd'hui considérées comme dynamiques et hétérogènes, tributaires des trajectoires de vie, des pratiques et des interactions sociales (Cuche 2004). Les professions sont, elles-aussi, diversifiées, par les segments intraprofessionnels, qui construisent des représentations et des pratiques en partie spécifiques (Bucher and Strauss 1961, Mol and Berg 1998). Les sages-femmes et les obstétriciens adoptent par exemple des conceptions différenciées du risque,

---

<sup>98</sup> Arrivant au terme du processus de thèse, j'ai la sensation d'être devenue « anthropologue », ce que je remarque par mes lectures de prédilection et par mon sens critique envers ma profession et mon milieu professionnel par exemple. Aujourd'hui, la littérature située en obstétrique et en sciences sages-femmes ne me nourrit pas autant que les sciences sociales, à tel point que cela est parfois problématique pour mon insertion professionnelle.



de la médicalisation ou de l'utilisation de *guidelines*, en fonction de leurs lieux de pratique ou de leur génération (Hammer 2010, Cavalli 2014, Cavalli and Gouilhers 2014).

Certains chercheurs en sciences sociales, lus ou rencontrés au cours du processus de thèse, questionnent la possibilité qu'une sage-femme effectue une recherche anthropologique sur sa corporation, estimant qu'il lui serait difficile de construire le recul relevant d'une démarche anthropologique (Fainzang 2004). Considérer dans l'absolu qu'une sage-femme, devenue anthropologue, ne puisse interroger les expériences d'autres sages-femmes, constitue une réification des notions de culture et d'identité et, contredit les acceptions contemporaines de ces notions. Ces réticences pointent toutefois l'importance d'interroger le lien entretenu avec mon objet, ce que je fais en commençant par me présenter.

J'ai commencé l'école de sage-femme en 1988, à une époque où l'intégralité de la formation pratique se faisait en milieu hospitalier. Suivant l'enculturation commencée en formation, j'ai effectué l'ensemble de ma carrière en milieu universitaire, dans une institution où la charge de travail était élevée et les situations pathologiques fréquentes<sup>99</sup>. J'ai donc appris mon métier dans un environnement habité par la culture du risque et je corresponds au type de professionnel décrit dans plusieurs recherches socio-anthropologiques à cet égard (Carricaburu 2007, Gouilhers 2010, Hammer 2010). Cette enculturation à l'approche de la naissance par le risque, a contribué à que je ne me sente pas prête à accompagner des accouchements en dehors d'une structure hospitalière. Avec le temps et par la lecture de différents *guidelines*, j'ai acquis une vision plus nuancée de la naissance et, je conçois l'accouchement extrahospitalier comme une variante sûre à certaines conditions. Néanmoins, si je devais à nouveau travailler comme sage-femme de terrain, je ne saurais tenter « *l'aventure* » de l'accouchement à domicile, ce qui est emblématique de ma relation au risque. Certaines collègues formées en même temps que moi ont quant à elles accompagné des naissances à domicile. Mes représentations et mes pratiques ne sont pas donc pas imposées par la structure, mais sont une réponse de ma personne à celle-ci. Prompte à culpabiliser, se faisant volontiers du souci à propos du regard de l'autre, je *stresse*<sup>100</sup> plus que d'autres. Travailler en milieu universitaire a ainsi été un moyen de me préserver des jugements sévères souvent émis à l'encontre des sages-femmes accompagnant des naissances à domicile<sup>101</sup>.

Le milieu universitaire n'a pas seulement été un choix « par défaut ». Les maternités universitaires accueillent la population dans sa diversité sociale et culturelle, au contraire des cliniques privées ou

---

<sup>99</sup> Les situations très critiques sont référées, en ambulance ou en hélicoptère, vers les grands centres qui disposent des moyens et des spécialistes adéquats, en ce qui concerne la prise en soins d'enfants qui naîtraient prématurément ou qui seraient très instables. Ces transferts modifient les taux de situations pathologiques qu'accueillent les différentes institutions.

<sup>100</sup> Terme émique employé pour désigner l'expression émotionnelle et comportementale de la culture du risque par les sages-femmes.

<sup>101</sup> Notes auto-ethnographiques. Voir aussi : (Davaris, 2015)

des sages-femmes pratiquant l'accouchement extrahospitalier, ce qui m'a motivée à exercer dans ce milieu. Je me suis toujours sentie concernée par le respect de la diversité des femmes et par l'équité d'accès aux soins de santé<sup>102</sup>. Mes choix sont ainsi à la fois fuites et engagements.

Si j'ai particulièrement bien incorporé la culture du risque, j'ai rapidement désiré une obstétrique moins agressive et plus patiente. Le contact avec des collègues réfléchies et promptes à questionner la médicalisation m'a influencée et a confirmé le malaise que je ressentais à la pratique de certaines routines. Je me sens concernée par les excès de la médicalisation et de la technicisation de la naissance, les taux actuels de césarienne, d'épisiotomie ou, de recours aux ocytociques, interrogés depuis plusieurs décennies par les sciences sociales (Carricaburu 2005, Carricaburu 2007). Dans un *Adieu au corps*, l'obstétrique du risque impose aux femmes des pratiques qui les blessent et les contraignent, pour pallier un corps conçu comme incomplet et imparfait (Martin 1987, Le Breton 1999, Oakley 2004, Kitzinger 2006). Et si je respecte les savoirs et les postures éthiques de nombreux médecins, je nourris une sourde colère à l'encontre de ceux, qui brandissant facilement le bistouri ou le déclenchement de l'accouchement, sous-estiment à mon sens la portée de leurs gestes.

Découvrant l'EBM après quelques années de pratique, grâce à deux médecins, je me suis engagée en faveur de ce modèle visant une régulation de la médicalisation et de la technicisation de la naissance<sup>103</sup>. J'ai enseigné pendant plus de dix ans les principes de l'utilisation des banques de données spécialisées (Perrenoud 2008), ainsi que la lecture critique des études biomédicales, en particulier celle des ECR. Cet intérêt pour l'EBM m'a fait adopter une conception positiviste du savoir pendant plusieurs années et, par conséquent, lorsque je critique l'EBM, j'adresse également des reproches à l'utilisatrice naïve et emblématique de l'EBM que j'ai été. Aujourd'hui et à l'instar de plusieurs chercheurs en sciences sociales et de la santé (Broom and Adams 2012, Greenhalgh 2014), je considère que l'EBM propage une conception du savoir totalisante, n'intégrant pas suffisamment la diversité des modalités de construction des savoirs que celles-ci soient expérientielles, théoriques, ou issues de la recherche qualitative.

Je suis par ailleurs déçue et fâchée de l'incapacité du mouvement social de l'EBM à obtenir une régulation de la médicalisation de la naissance. Ces émotions peuvent me conduire à être critique envers les obstétriciens, encore responsables de l'utilisation de l'EBM dans notre région, dans une logique de concurrence décrite en psychologie sociale et en sociologie des professions (Bourhis and Leyens 1994, Abbott 1995, Carricaburu and Ménoret 2004, Cavalli and Gouilhers 2014). Pas toujours

---

<sup>102</sup> Les premières traces d'un intérêt et d'un engagement relatif pour l'équité remontent à mon enfance. Cet intérêt s'est ancré durant des études de lettre, lorsque j'ai été en contact avec la littérature latino-américaine engagée et avec les professeurs que cette littérature habitait.

<sup>103</sup> De nombreuses revues systématiques construites par la Cochrane Library remettent en question le niveau de médicalisation et de technicisation de la naissance.

spontanément mesurée, je crains parfois de verser d'un extrême à l'autre, d'abandonner mon habit de croisée de l'EBM pour en devenir une farouche opposante. Pour éviter cet écueil, qui signerait une absence de distance à mon objet, j'ai nourri ma réflexion par les travaux de chercheurs en sciences sociales et par des analyses documentaires minutieuses, présentées en annexe. Plus globalement, je m'inspire de socio-anthropologues qui ont pour intention de construire une critique de la médecine nuancée et respectueuse des acteurs sociaux (Good 1994, Timmermans and Berg 2003, Hammer, Cavalli et al. 2009). De manière plus mesurée aujourd'hui, je continue par ailleurs à utiliser et à faire circuler des données issues de l'EBM dans mon quotidien professionnel.

Ceci dit, selon les propres postures des lecteurs et lectrices de ce texte, mes affirmations peuvent être interprétées différemment. Ma perception de la médicalisation pourrait ainsi être perçue comme respectivement trop tiède ou trop ardente. L'impression de « tiédeur » pourrait également être renforcée par le fait que je m'attarde peu sur les thématiques de risque, de la médicalisation ou, du contrôle social. Ces thèmes saillants en socio-anthropologie de la naissance apparaissent inévitablement dans les discours et les pratiques des sages-femmes. Ne constituant pas mon objet premier, je les ai traités de manière périphérique, ce qui peut laisser croire que je les sous-estime, ce qui à mon sens n'est pas le cas. La distance à l'objet n'est pas le seul fait du chercheur, mais implique également l'interprétation du lecteur et ses propres postures idéologiques.

Ces différents éléments soulignent, s'il le fallait, que mon point de vue n'est pas neutre et que je suis émotionnellement touchée par plusieurs enjeux liés à mon objet de recherche, ceci à la manière de tout anthropologue. Je propose de poursuivre ce chapitre réflexif en abordant concrètement la relation au terrain.

### **3.2 Relation à un objet du proche : négocier la distance et intégrer différents rôles**

Travaillant sur un objet anthropologique du très proche, j'ai adopté deux stratégies principales pour négocier une distance suffisante à cet objet. La première a été de choisir un terrain qui, bien qu'il abrite des sages-femmes en activité, m'était peu connu. La seconde stratégie a été de rester attentive à ma relation à ce terrain, à ce qui interférait parfois avec l'observation et l'interprétation anthropologiques, pour le penser et le dépasser, avant de poursuivre ma démarche.

Comme tout anthropologue, j'avais hâte de découvrir mon terrain de recherche. Pour préserver cet esprit de découverte et, créer une distance suffisante à l'encontre de mon objet, j'ai effectué l'enquête ethnographique dans un secteur où, je n'avais jamais exercé en tant que sage-femme, soit auprès d'une association de praticiennes indépendantes effectuant des visites à domicile. Ce choix

s'est montré judicieux, me faisant découvrir plusieurs aspects de l'expérience de la naissance et du suivi des sages-femmes, que je ne connaissais guère. Entendre les récits des praticiennes travaillant à domicile, observer des visites postnatales et, rencontrer des familles dans leur lieu de vie, m'a permis de découvrir les conditions sociales variables dans lesquelles vivent ces familles. Certaines formes de précarités socio-économiques vécues par les familles et, que je n'envisageais que de manière générique auparavant, sont devenues très concrètes au cours de l'enquête. Cette redécouverte de ma profession m'a montré, à quel point, ma propre pratique de sage-femme hospitalière avait été réductionniste, -les murs blancs de la maternité et, les chemises impersonnelles imposées aux femmes, occultant les réalités sociales. Le contraste créé, entre mon expérience hospitalière et ce nouvel environnement, a été un instrument essentiel pour révéler, dans une perspective d'anthropologie des habiletés, comment le contexte de l'accompagnement participe de la construction des savoirs expérientiels.

L'enquête en secteur indépendant m'a aussi permis de découvrir l'expérience de la naissance et le rôle professionnel vécus sur une durée de plusieurs semaines, contrastant avec le suivi de 2-3 jours qu'offre le milieu hospitalier. Les sages-femmes m'ont aussi montré la solitude qu'implique le travail indépendant, dans les prises de décision, chaque praticienne endossant un surcroît de responsabilité au quotidien dans ce secteur. Il n'y a pas en effet de collègue ou de médecin derrière la porte, qui puisse être consulté à chaque doute. Ces différences ont fait ressortir la complexité du rôle joué par les sages-femmes indépendantes, soulignant les limites d'un système de santé restant très hospitalo-centré, j'y reviendrai. Ces observations ont passablement modifié mon point de vue sur la formation des sages-femmes, me faisant regretter qu'une majorité des stages se déroulent en milieu hospitalier, masquant ainsi bien des réalités de la naissance et du rôle professionnel aux étudiantes. Pour finir, j'ai découvert le fonctionnement en autogestion des sages-femmes de l'Arcade, le surcroît de liberté qu'il procure et, les processus différents de négociation du pouvoir qu'il implique. C'est donc à une réalité très différente de celle que j'avais connue en tant que praticienne, que j'ai été confrontée au cours de l'enquête ethnographique. Réalité que je n'aurais pas pu saisir *a priori* et que j'ai appréhendée comme tout anthropologue par un travail d'observation et d'interprétation.

Pour continuer à penser la distance à l'objet, j'ai été attentive à mes différentes réactions sur le terrain. J'ai remarqué que mon identité professionnelle se modifiait au contact des différents segments de sages-femmes exerçant à l'Arcade. En vertu de mon intérêt marqué pour les questions de diversité et d'équité, je me suis sentie plus proche des sages-femmes qui prenaient des initiatives pour aider les familles en situation de vulnérabilité socio-économique. L'activité de ces sages-femmes est centrale dans ma réflexion, car elle m'a permis de confronter les savoir produits par

l'EBM, à partir des besoins des familles en situation de vulnérabilité socio-économique<sup>104</sup>, lesquelles sont souvent exclues des ECR. Par conséquent, j'ai continué à observer attentivement ces sages-femmes-ci, tout en adoptant différentes stratégies pour conserver ou recréer du recul à l'encontre de leurs représentations et pratiques. Je me suis d'abord intéressée à d'autres praticiennes, notamment celles qui effectuent des suivis continus, pour questionner les processus de construction des savoirs à partir de leurs réalités. Cette démarche m'a permis d'identifier les complémentarités existant entre différents segments de sages-femmes et de densifier cette réflexion, tout en évitant de survaloriser les sages-femmes dont je me sentais plus proche. Par ailleurs, je me suis appuyée sur de nombreux travaux publiés en sciences sociales au sujet des inégalités sociales de santé pour étayer, ajuster, ou légitimer mes réflexions.

Ensuite, j'ai été attentive aux difficultés que je rencontrais durant les observations ou les entretiens. Par exemple, j'ai eu occasionnellement de la difficulté à écouter certains discours ou à observer certaines attitudes sans les évaluer, notamment parce que je suis non seulement sage-femme, mais également enseignante et, que je dispose d'une formation étendue dans le champ de la relation d'aide. Ne pas ressentir un jugement est difficile lorsque je suis témoin d'une attitude en décalage avec mes représentations de ce type de relation, où lorsque j'aperçois, grâce au recul que procure la situation d'observation, que le contact entre une famille et une sage-femme ne fonctionne guère. Dans le même registre, j'ai été occasionnellement parasitée par une quête involontaire de « la sage-femme idéale » ; que je sentais en moi lorsque j'observais des prestations me semblant particulièrement « bien posées » ou, au contraire, lorsque j'étais déçue d'observer « une contreprestation ».

Dans ces moments où l'attitude des sages-femmes me touchait, me faisant entrer dans un espace émotionnel et de jugement, je sortais en partie du rôle d'anthropologue, pour entrer dans celui de sage-femme, d'enseignante, de mère, voire de médecin. Dans une perspective d'anthropologie des habiletés, ce changement de rôle n'est pas problématique, il participe de l'enquête anthropologique. C'est notamment en étant des praticiens et des apprentis, que ces anthropologues identifient certains processus participant à la construction et à la négociation de savoirs. Et si dans un premier temps je me suis sentie stressée et coupable, lorsqu'involontairement j'observais en tant que praticienne plutôt qu'anthropologue, dans un second temps, j'ai utilisé sciemment ces épisodes dans ma réflexion. De mon point de vue de sage-femme et d'enseignante, les attitudes des sages-femmes entraînent en résonance avec des normes professionnelles, celles que j'applique, celles que

---

<sup>104</sup> Comme je le montre plus loin, une partie de ces familles provient de la migration et représente le segment social spécifiquement exclu dans les ECR. Les familles non allophones mais en situation de vulnérabilité socio-économique sont également minorisées dans ces recherches, mais dans une moindre mesure.

j'enseigne ou, celles que j'aimerais acquérir. De mon point de vue de mère, je vivais les interventions des sages-femmes comme si elles m'étaient adressées. Durant mes deux maternités, j'ai éprouvé passablement d'anxiété en regard de la santé et du bien-être de mes enfants. Peu de personnes parvenaient à me soulager. En rencontrant des femmes ayant des vécus similaires au cours de cette recherche, je me suis aperçue que souvent j'activais une forme d'anxiété en miroir à leur contact, en me faisant du souci pour elles. Suivant les attitudes adoptées par les sages-femmes avec ces femmes, je me relaxais ou au contraire continuais à ressentir physiquement de l'anxiété<sup>105</sup>. J'avais l'impression d'être une forme de diapason, me permettant d'estimer si les attitudes des sages-femmes étaient apaisantes ou non<sup>106</sup>. Lorsque je mentionne le rôle de médecin, je pense aux normes médicales que j'ai incorporées durant mes années de pratique, constituant une forme de surmoi. Lorsque certaines normes ne me semblaient pas tout à fait respectées, lorsqu'une sage-femme avait un recours me semblant naïf à des médecines alternatives et complémentaires par exemple, je ressentais un inconfort, ayant l'impression que quelque chose de « faux » était en train de se produire. Ces exemples montrent comment différentes expériences et rôles du passé, s'invitent dans le présent pour participer à sa compréhension et à l'élaboration de savoirs.

Pour reprendre une distance anthropologique à l'objet de recherche, j'ai appris à identifier ces moments où, par exemple, j'entrais dans la « quête de la sage-femme idéale », pour chercher à mieux comprendre leur sens. Lorsque je jugeais positivement ce que j'entendais ou observais, je me trouvais fréquemment face à une opportunité d'apprentissage. C'est-à-dire que la sage-femme accompagnait la famille selon des modalités nouvelles pour moi ou, recouraient à des subtilités que je ne maîtrisais pas. Dans ces moments, j'ai pu identifier le savoir en tant que production d'un sous-segment de sage-femme ou, en tant que production personnelle d'une sage-femme ayant développé une manière originale d'accompagner les familles. Voici quelques-uns de ces moments, portant sur des détails subtils, observés dans les consultations de Pauline :

Pour que cela soit plus pratique à la sortie du bain, Joséphine a installé une table à langer de fortune sur la machine à laver, à côté de la baignoire. Cela permet de ne pas traverser l'appartement avec Mia le bébé, toute mouillée, pour rejoindre sa chambre. Me semblant un peu stressée, peut-être par le regard de Pauline et le mien, Joséphine pose rapidement deux linges éponges sur la machine à laver. Pauline propose alors de montrer un petit truc. Les linges, posés rapidement, dépassent du bord de la machine à laver et, en deux couches, ils empêchent de voir où le bord de la machine s'arrête

---

<sup>105</sup> J'ai présenté ces épisodes avec plus de détails au Congrès de l'American Anthropological Association (voir annexes)

<sup>106</sup> Mon anxiété est parfois très inconfortable. Elle s'amenuise par contre de manière spectaculaire au contact de personnes chaleureuses, respectueuses et compréhensives. Cette tendance était intéressante pour sa vertu de diapason et j'avais cette petite phrase qui trottait parfois dans ma tête : « Si tu parviens à me tranquilliser moi, alors tu peux probablement tranquilliser pas mal de monde... ». Bien entendu, ce qui me tranquillise moi ne convient pas nécessairement à toutes les femmes, cette réaction involontaire a néanmoins constitué un repère intéressant dans les observations, ceci dans la logique en partie auto-ethnographique de l'anthropologie des habiletés.

exactement. Pauline montre à Joséphine comment plier les linges pour les mettre exactement le long du bord de la machine et marquer précisément la surface sur laquelle Mia, ou les différents objets qu'utilise Joséphine, peuvent être posés. A la consultation suivante, Joséphine, qui a un appartement très ordonné, décoré dans les détails avec des jeux de couleurs en symétries, arrangera les linges de la salle de bain d'après la démonstration de Pauline. (Observation à domicile, Pauline)

Dans une autre consultation, Pauline demande à Anouk qui allaite si elle peut déplacer sa main. Elle prend alors avec douceur le bras d'Anouk pour qu'il soutienne son enfant de manière à ce qu'elle soit vraiment confortable et ne ressente pas de tensions dans le dos ou dans les épaules. Plus tard, Pauline montre comment utiliser l'écharpe pour porter le bébé, je suis impressionnée par sa dextérité, me demandant alors si elle ne va pas trop vite pour les parents. (Observation à domicile, Pauline)

Les consultations avec Pauline m'ont permis de remarquer que certaines sages-femmes voient des détails que je ne perçois pas. Dans les habitudes prises en pratique, je me rends compte que mon regard est plus global, moins analytique, que celui de Pauline. Moins habile qu'elle-aussi, qui fait de la couture, je ne pourrais pas corriger ou montrer les détails avec la même précision. Par contre, je peux remarquer que la coordination yeux-mains, virtuose, de Pauline est peut-être un peu trop rapide pour certains parents qui comme moi sont moins précis dans leur observation et leur gestuelle. L'observation de Pauline m'a permis de constater de subtiles différences en termes de savoirs pratiques, ainsi que leur relative utilité pour les parents. Ce type d'épisodes a été important pour identifier la part personnelle des savoirs expérimentiels, la variabilité des pratiques sur un plan microsocial, ce que je reprends au chapitre 7, 10 et 12.

Lorsque j'éprouvais des jugements négatifs, je les ai compris de différentes manières. Ces jugements m'indiquaient souvent des comportements critiqués par les sciences sociales, par exemple les velléités de contrôle social exercées par les sages-femmes dans certaines de leurs interventions. Ces praticiennes cherchent en effet parfois à influencer les rôles que prennent les parents dans la période postnatale. Dans ces situations, mes jugements m'ont aidé à identifier des thèmes à problématiser, ce que je fais par exemple avec la relation aux pères de famille, au chapitre 7. A leur demande, constituant alors une forme de contre-don, mais parfois aussi à ma suggestion, j'ai proposé des feedbacks à certaines sages-femmes et ai évoqué, tant ce qui semblait que ce qui ne semblait pas, répondre aux besoins des parents. Dans ces moments, je me positionnais en tant que collègue, mais restait également anthropologue puisque ces discussions permettaient souvent d'approfondir ma réflexion sur la relation aux questions de genre ou à l'autonomie des sages-femmes par exemple. En d'autres termes et dans une perspective d'anthropologie des habiletés, j'utilisais des savoirs professionnels, notamment les techniques de la relation d'aide, pour penser la construction des savoirs.

Ces difficultés à ne pas juger positivement ou négativement les situations demandent à être questionnées en regard de mon identité. Ce manque de recul occasionnel est-il nécessairement imputable à mon identité de sage-femme ? A une anthropologie du trop proche ? Certaines de mes réactions sont liées à mon identité professionnelle, comme je viens de l'évoquer. Cependant et plus souvent encore, les difficultés que j'ai éprouvées me semblent plus largement reliées à ma trajectoire privée et à ma personnalité. Apprendre à observer m'a posé quelques difficultés, parfois parce que je suis sage-femme, mais plus souvent en raison de l'anxiété et du stress<sup>107</sup> que je ressens facilement. Ces émotions, ainsi que des sensations désagréables et des pensées intrusives, prennent alors beaucoup de place, et diminuent ma capacité à observer et à écouter. Le problème n'était pas tant de juger ce que j'observais pendant quelques instants, mais de me sentir coupable parce que j'avais l'impression de faire « faux ». Cette interférence, je la connais bien, puisqu'elle s'invite parfois dans mon rôle de sage-femme, d'enseignante, ou de mère. Je me suis d'ailleurs demandé si je pouvais être sage-femme ou anthropologue en raison de cette vulnérabilité parfois envahissante. Mais, j'ai aussi réalisé que ce « défaut » facilitait le contact avec certaines femmes et sages-femmes, qui se sentaient comprises à mon contact, ce qui souvent donnait du sens aux observations, non seulement pour ce travail, mais également pour les personnes rencontrées. Un même comportement peut être une entrave et un avantage professionnels, ce qui souligne le besoin de nuancer l'évaluation de la « juste » distance anthropologique.

Les sages-femmes elles-mêmes m'ont par ailleurs aidée à prendre de la distance, en recadrant mes observations lorsqu'elles leur semblaient naïves. Comme cela est montré dans la suite du texte, le travail qu'accomplissent ces femmes est impressionnant, particulièrement lorsque l'on considère les multiples actions entreprises pour dépasser les difficultés posées par certaines souffrances sociales. Par moment, lorsque j'étais témoin de certains récits ou de certaines actions, je me laissais emporter par mon admiration. L'une ou l'autre sage-femme intervenait alors pour pointer les éléments moins « positifs » que j'avais oubliés dans mon interprétation.

Pour résumer, ma distance à l'objet de recherche a fluctué au cours du processus de recherche. J'ai eu la sensation de manquer de distance à certaines occasions, plutôt dans le cadre de l'observation que de l'interprétation d'ailleurs. J'ai utilisé plusieurs stratégies pour travailler sur la distance. J'ai choisi un terrain que je connaissais peu et j'ai accepté de sentir et d'analyser les espaces problématiques de ma relation à l'objet. Il n'y a pas à mon sens de distance idéale, mais un processus

---

<sup>107</sup> Lorsqu'elles évoquent l'anxiété des professionnel-le-s, ou la trop grande importance que prend le concept de risque dans la médecine de la naissance, les sages-femmes parlent de *stress* ou de personne *stressée*. Le concept de stress peut être lié à la crainte du risque, mais aussi à la charge de travail. Un-e professionnel-le est stressé-e par les situations et/ou par la peur de ne pas arriver à faire face à l'ensemble des tâches qui l'attendent. En obstétrique, il importe en effet de faire les choses à temps. Dans cette acception émique, le *stress* se rapporte autant à un défaut personnel qu'à une mauvaise dotation en personnel ou encore à une situation exceptionnellement grave.



imparfait à vivre et, qui implique de tâtonner pour dépasser les difficultés rencontrées. Enfin, j'ai la conviction que les difficultés de distanciation parfois éprouvées étaient plus liées à ma personnalité qu'à ma profession.

La suite de cette réflexion aborde les avantages, mais aussi les limites qu'il y a à conduire une anthropologie du très proche.

### **3.3 Avantages et limites d'une anthropologie du très proche**

Être proche de son objet de recherche peut conduire à un manque de recul, voire à une confusion des rôles. Des chercheurs en sciences sociales m'ont raconté leur expérience et montré comment dans leur cas, le fait de ne pas être professionnel avait été aidant pour accéder au terrain de recherche et à certaines informations. D'autres voient la distance au terrain, comme une condition généralement facilitante pour accéder aux confidences des acteurs sociaux. De mon côté et après avoir fait l'expérience d'un terrain du très proche, je ne généraliserais pas. Le travail anthropologique est une rencontre entre un chercheur, un contexte de vie et d'activité et, ses acteurs. Quelles que soient les circonstances sociales, *a priori* favorables ou non, la rencontre garde également une dimension personnelle, qui se déroule plus ou moins bien, en fonction de différents facteurs plus ou moins maîtrisables. Conduire une recherche auprès de sages-femmes m'a procuré des avantages à certains égards, n'a guère eu d'influence à d'autres et, a été limitant à d'autres encore.

Chaque chercheur trouvera des avantages et des limites liés à sa situation et à sa relation au terrain. Aborder ce que j'ai perçu comme des avantages ne signifie pas qu'une autre chercheuse, non sage-femme, n'aurait pas elle-aussi avoir un accès et une relation relativement faciles à ce même terrain. Ce que j'évoque de ma situation, ne signifie en d'autres termes rien de la situation d'autres chercheuses, mais souligne simplement ce qui pour moi a été aidant. Les avantages d'être sage-femme ont été de deux ordres. Le premier est de m'avoir facilité l'accès au terrain et le second est de m'avoir permis de mettre en perspective les observations, ainsi que mes lectures socio-anthropologique avec une expérience de plus de vingt ans dans le contexte de l'obstétrique romande.

Le nombre de sages-femmes en Suisse romande est relativement restreint et ce groupe professionnel est souvent décrit comme corporatiste. Confirmant cette représentation, les sages-femmes de l'Arcade sont généralement prompts à soutenir les initiatives de leurs collègues, ceci d'autant plus que cette association porte un intérêt à la recherche. L'Arcade a ainsi rapidement répondu à ma sollicitation et a accepté le projet de recherche après sa présentation en assemblée

générale. Par la suite, les sages-femmes individuelles m'ont facilement accordé de leur temps pour un entretien ou une observation. A tel point, que je devais parfois rappeler que le vote collectif ne les obligeait pas à participer individuellement à ma recherche.

Durant les observations à domicile, les sages-femmes étaient souvent rassurées par l'impression que j'allais comprendre ce qui se passait, que je n'avais pas nécessairement besoin de « sous-titres » ou de précautions lexicales. Parfois, elles me prenaient à témoin ou m'utilisaient comme ressource pour certaines questions. En d'autres termes, ma double identité avait quelque chose de « pratique ». Si dans ces situations je restais pour elles une sage-femme avant tout, dans l'acception naturalisée que les sages-femmes ont de leur identité, de mon côté je poursuivais mes observations d'anthropologue. J'ai informé les parents de ma double identité d'anthropologue et de sage-femme. Selon les familles, selon la place que les sages-femmes m'assignaient, les parents s'adressaient à moi parfois en tant que chercheur, parfois en tant que sage-femme, m'intégrant plus ou moins eux-aussi dans la consultation. Les parents m'ont fréquemment sollicitée pour me prendre à témoin d'une partie de leur vécu ou pour m'inclure dans la discussion. Quelques sages-femmes essentialisaient mon identité, pensant que j'allais mieux comprendre leur activité qu'un autre chercheur. Ne partageant pas ce point-de-vue et le trouvant problématique d'un point de vue éthique, en regard du travail de mes collègues socio-anthropologues non sages-femmes, j'ai contredit ces propos, en dehors de consultations. Dans ces situations, j'ai évoqué que la qualité d'écoute, d'observation, et de réflexion, font la différence. Être sage-femme et anthropologue est une possibilité parmi d'autres, pas la plus courante d'ailleurs.

Mon habitude d'être avec des parents, quelque peu perdue pendant mes années d'enseignement et, retravaillée malgré tout pendant le terrain, m'aidait parfois à trouver une composition, notamment au début ou à la fin des consultations. De la même manière, ayant utilisé des observations plus ou moins participantes, je me comportais en tant que sage-femme dans certaines discussions, - ceci à la manière des anthropologues étudiant les habiletés qui exercent leur activité pour construire leurs données. Au cours des observations pleinement participantes, lorsque j'ai été sage-femme durant les accueils, cette utilisation de ma profession en tant que support à mon interprétation était évidemment à son comble. Dans ce cas, c'est la réflexivité après coup qui me permettait de prendre ou approfondir le regard anthropologique porté sur les interactions. La proximité avec l'objet a souvent été source d'inspiration, construisant une compréhension incorporée, faites de souvenirs multisensoriels, de ce que me disaient les familles ou les sages-femmes. Ces différentes observations montrent qu'à l'instar de tout anthropologue, j'ai composé avec les multiples histoires et identités qui m'ont construite et qui se sont invitées dans l'enquête de terrain.

Être sage-femme a aussi eu ses désavantages, pas tant sur le terrain lui-même, mais par la suite au cours de restitutions. Lors du passage en commission d'éthique, j'avais dû m'engager à trouver une manière de gérer des évènements éventuellement problématiques pour les familles accompagnées par les sages-femmes. Dans les moyens que demandait la commission, j'avais proposé, sur conseil du médecin répondant, que je prendrais contact avec les professionnel-le-s concerné-e-s le cas échéant. A quelques reprises, je suis donc intervenue auprès de sages-femmes après les consultations, une fois pendant, trouvant parfois un écho, mais pas toujours. Deux de ces restitutions ont été difficiles pour les sages-femmes, qui ne s'attendaient pas à cette implication de ma part et, voyait le rôle de l'anthropologue en retrait. L'une a néanmoins utilisé les commentaires effectués par la suite, dans des discussions de groupe, pour questionner une attitude contrôlante, exercée auprès des familles. L'autre n'a pas pu utiliser mon intervention, qui confrontait des représentations très ancrées. Cette dernière sage-femme m'a par contre contactée plusieurs fois après le terrain pour échanger au sujet de situations qu'elle suivait.

D'un point de vue épistémologique, ces épisodes soulignent un espace de potentielle confusion des rôles de ma part. A ma défense, je dirais qu'ils m'ont permis d'interroger des thèmes, *l'incarnation* du père par la sage-femme au travers de pratiques imposées (Memmi 2011, Memmi 2014) ou, l'injonction à agir de manière autonome (Otero 2003), qui relèvent bien du champ des sciences sociales. D'un point de vue éthique cependant, ces épisodes questionnent, puisqu'ils ont mis des praticiennes mal à l'aise, alors qu'elles ne m'avaient pas demandé d'intervention ou de compte-rendu. Ceci dit, à quelques reprises, j'ai été dérangée par l'attitude de sages-femmes envers des femmes sans trouver soit le temps, soit le courage, de leur en parler. Pour parler sincèrement, j'ai regretté ces épisodes-ci plus que les précédents.

Ces quelques épisodes mis à part, rien de ce que j'avais observé de l'activité des sages-femmes ne demandait une autre démarche, par exemple un contact avec mon médecin répondant. Je fus grandement soulagée de ne pas avoir à gérer l'intense dilemme qu'une telle situation eu représenté pour moi. Ceci dit, un questionnement éthique important s'est néanmoins posé. Il concernait un problème de dépistage de situations familiales comportant une importante vulnérabilité sociale. Comme je le développerai dans le compte-rendu de l'enquête, les sages-femmes indépendantes rencontrent fréquemment des familles vivant dans des circonstances difficiles. Certaines familles vivent une souffrance socioéconomique qui, lorsqu'elle n'est pas identifiée par le suivi de la grossesse, ne reçoivent pas de soutien, par exemple du matériel et des habits pour bébé ou un contact avec des services spécialisés, d'assistance sociale ou juridique par exemple. J'ai observé les efforts des sages-femmes pour communiquer ce problème à la maternité hospitalière durant

l'enquête et n'ai tout d'abord pas souhaité interférer avec ces relations déjà complexes. Dans un deuxième temps, en pleine phase d'analyse des données et de rédaction, mais toujours en contact avec les sages-femmes, réalisant qu'elles n'étaient pas vraiment entendues, j'ai décidé de contacter cette maternité, puis de communiquer de différentes manières à propos de ce problème. J'ai par ailleurs participé à plusieurs congrès en Suisse et à l'étranger, évoquant alors les situations difficiles vécues par certaines familles, ainsi que par les sages-femmes qui les accompagnent, et ai écrit un article pour le journal de la fédération des sages-femmes suisses (Perrenoud 2013, Perrenoud 2014, Perrenoud 2015).

Si les présentations en congrès et l'article paru ont très bien été accueillis par des chercheurs en sciences sociales, en psychologie, ou en sciences sages-femmes, il en fût un peu différemment pour mes tentatives de communiquer avec la maternité concernée. Mon premier email est resté sans réponse, alors que son contenu était alarmant. Le second donna lieu à une rencontre avec un médecin responsable, dans une cafétéria, des mois plus tard. La filière dite des soins fut plus réactive, me rencontrant deux mois après mon premier courriel et, m'invitant à parler 10 minutes en assemblée plénière près de 10 mois après ma prise de contact. J'ai co-animé la présentation en plénière avec une sage-femme indépendante et, toutes deux avons eu la sensation que le temps imparti était très court pour donner suffisamment de détails. Les échanges ont par ailleurs été tendus, se ponctuant par deux atteintes à la face venant de l'auditoire, l'une critiquant le travail des sages-indépendantes et l'autre considérant leurs propositions comme non pertinentes.

En conclusion de ces échanges, j'ai envoyé un dernier courriel, me mettant à disposition de la maternité, pour donner des exemples de situations détaillés et anonymisés. Des quatre personnes à qui se destinaient le message, une seule a répondu, pour me souhaiter amicalement de joyeuses fêtes de fin d'année. Comprenant bien qu'il est difficile pour les institutions de santé de faire face conjointement à une diminution des moyens et à une augmentation des situations de détresse sociale, sachant aussi que de substantiels moyens sont engagés pour accompagner les familles en situation de vulnérabilité sociale, je m'interroge néanmoins sur la relative fermeture montrée à l'encontre de plusieurs proposition des sages-femmes. Dans le cadre de ces échanges, il m'a semblé être prise pour une sage-femme, celle que ces praticien-ne-s ont connue en tant que « punkette » il y a plus de vingt ans, et non pas en tant qu'anthropologue amenant des données inédites et alarmantes. En ce sens, être sage-femme et anthropologue a été une entrave, aboutissant à un discrédit, au moins partiel, de mes observations. Ces réactions renvoient à mon sens aux tensions existant entre sages-femmes et obstétriciens (Cavalli and Gouilhers 2014).

Pour résumer, mon identité et mon expérience de sage-femme ont globalement été des facteurs facilitant le cours de la recherche, tant du point de vue organisationnel que de celui de la réflexion anthropologique, du moins dans une logique d'étude des habiletés. A une reprise, essentielle, celle du lancement d'alerte, mon statut a été contre-producteur, illustrant comment un savoir de terrain, même anthropologique, peut-être difficile à faire entendre à l'ère de l'EBM et d'une logique de concurrence, décryptée par la sociologie des professions. Cela ne fait pas de ma situation un idéal, mais une possibilité parmi d'autres. Pour continuer cette partie réflexive, je propose d'interroger l'intégration des émotions et des sentiments à cette réflexion sur la construction de savoirs.

### **3.4 Emotions et sentiments dans l'observation et l'interprétation anthropologiques**

Dans la suite de ce chapitre, je questionne la place des émotions et des sentiments<sup>108</sup> au sein de ma réflexion. Ces dimensions de l'expérience humaine apparaissent dans les entretiens et les observations, faisant partie intégrante de l'activité des sages-femmes et, intervenant donc dans la construction de leurs savoirs expérientiels. Emotions et sentiments participent de la vie et donc de l'expérience ethnographique, contribuant à l'observation et à l'interprétation des situations (Kleinman and Copp 1993). Dans ce travail, les émotions et les sentiments sont ressentis et exprimés par les parents, les nouveau-nés, les sages-femmes, et par moi-même, se dévoilant par le choix des mots, le ton des voix, les mimiques faciales, ou les attitudes corporelles. La place importante de ces manifestations dans l'activité des sages-femmes demande une réflexion sur leur rôle et, sur la forme de leur description. Sans cette dimension de l'expérience, la conception de l'activité et des savoirs professionnels des sages-femmes ne serait en effet pas complète<sup>109</sup>.

Ceci dit, construire une réflexion en intégrant émotions et sentiments ne va pas de soi dans un contexte académique occidental, qui comporte des élaborations culturelles héritées et transformées à partir de la pensée des Lumières. Ces manifestations humaines suscitent de la méfiance, particulièrement lorsqu'elles participent des activités professionnelles ou académiques, c'est-à-dire de l'élaboration de savoirs. A l'intérieur des conceptions cartésiennes et de leurs dualismes, émotions et cognitions sont par ailleurs conçues comme des fonctions séparées. L'émotion est souvent désignée comme la marque de l'irrationnel, correspondant à ce qui n'est ni fiable ni *scientifique* (Scheper-Hughes and Lock 1987, Kleinman and Copp 1993). Des travaux récents en sciences cognitives montrent que ces conceptions ne correspondent cependant pas au

---

<sup>108</sup> Je considère les émotions comme des expressions corporelles vécues dans l'expérience sociale et l'environnement et les sentiments comme les représentations pouvant porter sur cette expérience.

<sup>109</sup> Il ne me semble pas problématique que de nombreux travaux n'abordent pas le rôle des émotions et des sentiments, les objets de recherche pouvant être abordés depuis plusieurs perspectives pertinentes. Par contre, il me semble essentiel que certains travaux, ici le mien, interrogent la place des émotions et des sentiments, ceci d'autant plus que le climat positiviste de l'EBM tend à omettre ou dénier leur rôle dans la réflexion clinique.

fonctionnement du corps, émotions et sentiments étant intégrés à toute expérience humaine, dans une perspective de cognition incorporée (Barsalou 2008). Il n'est donc d'état et d'activité qui se vive sans émotions et, un état émotionnel n'est pas nécessairement exacerbé, empêchant alors de penser ou d'être attentif.

Dans ces nouvelles acceptions, émotions et sentiments sont des expériences hautement sociales, inscrites en des trajectoires et des environnements situés et, sont donc forcément très diversifiées (Mesquita, Feldman Barrett et al. 2010, Feldman Barrett and Russell 2015). Les représentations réifiées des émotions, dites de base (Ekman 2007) et, qui se contentent d'une dizaine de termes, plutôt focalisés sur les expériences négatives, - peur, colère, tristesse, joie, honte et dégoût - ne sont ainsi plus d'actualité en sciences cognitives, tout en restant vivaces dans le sens commun. Dans ce contexte relativement récent, où les émotions sont réintégrées aux recherches investiguant le fonctionnement de la cognition, l'interprétation anthropologique a une place particulièrement intéressante à jouer. Car qui mieux que les sciences sociales, et particulièrement l'anthropologie qui recourt à l'observation, peut interroger l'expérience humaine à l'intérieur d'environnements situés, faisant ressortir aussi bien les régularités que les détails qui construisent les désordres du monde ?

Ceci dit et comme je l'ai déjà mentionné, les anthropologues qui promeuvent une approche réflexive de leur discipline, se méfient d'une trop grande présence des émotions et des sentiments dans l'interprétation anthropologique, particulièrement s'il s'agit de parler de l'expérience du chercheur lui-même. Cette expérience, vécue au contact de groupes sociaux, ne devrait occuper qu'une place délimitée, construite pour sa pertinence en regard d'un objet de recherche. Cette réticence, bien que légitime, construite pour critiquer certains glissements vers une réflexion postmoderne, participe de la conception cartésienne et dualiste des savoirs humains, laquelle promeut une analyse abstraite, plus cognitive qu'émotionnelle. Le registre émotionnel est alors vu comme suspect, compris comme une digression de l'anthropologue dans le champ de la psychologie (Fainzang 2004, Ghasarian 2004, Olivier de Sardan 2008). Limiter l'utilisation du registre émotionnel dans la réflexion anthropologique, consisterait par ailleurs en une stratégie de légitimation de la démarche ethnographique, difficile à faire reconnaître dans un monde académique positiviste (Kleinman and Copp 1993).

Les nombreux travaux de socio-anthropologie interrogeant les représentations et pratiques autour de la naissance problématisent par ailleurs peu les émotions et les sentiments que ressentent les professionnel-le-s de la santé et les chercheurs. La culture du risque est interrogée à partir de représentations et de pratiques, mais sans traitement approfondi des conséquences émotionnelles de cette culture sur les professionnel-le-s, alors que ces conséquences sont saillantes en pratique.

Médecins et sages-femmes ressentent de l'inquiétude, des doutes anxiogènes, et de la culpabilité, face aux situations équivoques<sup>110</sup> (Hammer 2010, Scamell 2011). Ces réactions émotionnelles poussent les plus vulnérables à intervenir promptement, jouant la carte de la médicalisation pour diminuer leur inconfort, alors que d'autres, sachant mieux conserver leur calme, interviennent avec plus de précautions. Les communautés de pratique dégagent par ailleurs des ambiances émotionnelles très différentes, faisant de l'émotion non seulement un phénomène personnel mais aussi social. Certains lieux sont calmes alors que d'autres sont rythmés par le bruit de professionnel-le-s qui se dépêchent, par l'entrechoquement de meubles et d'objets métalliques manipulés de manière *stressée*. La naissance, quant à elle, est par définition un évènement émotionnel et sentimental, source d'amour, de joie, de peurs, de tristesse, voire de dégoûts ou de colères<sup>111</sup>. Omettre ces dimensions de l'expérience est de ce fait paradoxal et tronque la vision holiste que l'anthropologie a pour objectif de construire<sup>112</sup>.

Si les émotions et les sentiments restent marginaux dans les discours socio-anthropologiques (Kleinman and Copp 1993), l'intégration de ces manifestations à la réflexion des professionnel-le-s de la santé pose plus de problèmes encore. En obstétrique, les émotions des professionnel-le-s sont souvent passées sous silence, voire désignées comme la marque d'une incompétence, - bien que ces tendances ne soient pas à comprendre sous une forme totalisante. Les décisions devraient se prendre à travers une démarche rationnelle, sur la base d'éléments objectifs et de résultats de recherche, en conformité avec la culture biomédicale<sup>113</sup> (Helman 2001). L'interférence des émotions et des sentiments dans les prises de décision étant considérée comme illégitime, elle tend à être déniée plus qu'elle n'est problématisée (Perrenoud 2014). Les manifestations émotionnelles et sentimentales des sages-femmes et des parents sont cependant saillantes, ce que m'a montré l'enquête de terrain, participant clairement de l'accompagnement de la naissance. Et donc, malgré les controverses et étant donné l'étendue du champ qui reste à explorer à ce sujet, j'ai accordé passablement d'importance à ces expressions au cours de l'interprétation et ai découvert que si les émotions jouent parfois la carte du risque, elles contournent aussi ce phénomène culturel par certaines tendresses.

---

<sup>110</sup> Notes auto-ethnographiques et notes de terrain.

<sup>111</sup> Le dégoût peut être ressenti aussi bien par les parents que les soignants devant les liquides et matières biologiques, leur aspect et leurs odeurs, telles que le liquide amniotique, le vernix, le sang, les urines ou les selles. De la colère est parfois exprimée par les parents, notamment les pères, lorsque les décisions ou les actions des professionnel-le-s ne répondent pas suffisamment aux besoins des parents (Notes auto-ethnographiques).

<sup>112</sup> La naissance, les représentations et les pratiques dont elle fait l'objet, peuvent être interrogées depuis d'innombrables perspectives. De ce fait et selon l'orientation des chercheurs et chercheuses, il me semble normal qu'émotions et sentiments ne soient pas toujours abordés. Par contre, il me semble essentiel que certains travaux incluent ces dimensions dans des réflexions relevant des sciences sociales.

<sup>113</sup> Notes auto-ethnographiques.

Etant inscrite dans une démarche qui est en partie fondamentale, je ne réinterpréterai pas toujours les observations faites à propos des manifestations émotionnelles et sentimentales des sages-femmes, du moins pas nécessairement de manière critique ou abstraite. Ceci étant, parler d'émotions, évoque la relation au corps soulevée par Dominique Memmi et particulièrement le travail *d'incarnation* et de *réincarnation*, à savoir cette insistance que peuvent avoir les professionnel-le-s de la santé pour que certaines expériences soient matérialisées par le corps (2014, p.12). Les injonctions à voir le placenta ou l'enfant mort ou, celle encore à faire couper le cordon ombilical par le père, s'immiscent dans l'expérience de *profanes qui n'en demandaient pas tant* (2014, chapitre 7). Ma réflexion ne s'inscrit pas prioritairement dans un travail touchant à la gouvernance des soignants sur les soignés, qui est un champ de recherche déjà bien investi. J'évoquerai par contre les idées *d'incarnation* et de gouvernance lorsqu'elles se manifestent bruyamment dans le post-partum et peuvent être interprétées en tant que participations culturelles à la construction de savoirs expérientiels.

Interrogeant la construction de savoirs, je m'intéresse particulièrement aux expressions émotionnelles et sentimentales que les sages-femmes utilisent dans leur quotidien, que ce soit à partir de l'attitude de ces praticiennes ou des manifestations des parents. Appréhendant en partie ces interventions depuis ma connaissance antérieure du terrain, je sais que les sages-femmes peuvent être parfois démonstratives et, éloignées de l'habitus biomédical sérieux. Par conséquent, interroger la place des émotions et des sentiments dans l'activité des sages-femmes m'a posé quelques questions d'écriture. Je souhaitais à la fois rendre compte assez précisément de leurs attitudes envers les parents, tout en évitant de donner une image trop mièvre, pouvant discréditer tant le travail d'écriture académique que les actrices rencontrées. D'autres auteures ont décrit ce type de travail émotionnel, mais en anglais et non en français (Kleinman and Copp 1993, Kitzinger 2006, Hunter and Deery 2009, Barker 2011). J'ai donc tâtonné, avant d'effectuer différents choix présentés au sous-chapitre suivant.

### **3.5 Choix d'écritures : entre émotions, registre lexical, et place des répondantes**

Pour terminer cette partie réflexive, j'évoque les principaux questionnements et choix effectués durant la rédaction de ce travail. L'écriture est une dimension essentielle de l'anthropologie, permettant d'une part l'interprétation de l'expérience ethnographique et constituant d'autre part le plus souvent son produit fini. Apprivoiser l'écriture, déconstruire mes anciennes habitudes, a été difficile, mais initiatique et transformant : avec le temps, j'ai dépassé l'impuissance cruelle des débuts.



La première question d'écriture a concerné l'organisation de la structure macro-textuelle. L'enquête m'a permis d'identifier différents processus et sources participant de la construction des savoirs expérientiels, lesquels sont situés à des niveaux macro-, meso- et microsociaux. Le texte devait ainsi rendre compte d'expériences vécues par des personnes dans leurs corps, au cours d'interactions sociales situées dans une communauté de pratique appartenant à un contexte social plus large. Pour rendre le contenu accessible et canaliser la richesse du monde social rencontré, j'ai structuré l'interprétation de l'ethnographie en différents chapitres abordant chacun l'une des dimensions sociales participant à la construction des savoirs. Cette structuration analytique sépare ceci dit arbitrairement les désordres de la réalité en un cadre ordonné et fini. Dans les faits, bien que différentes sources de savoirs soient observables, celles-ci ne sont jamais purement communautaires, culturelles, ou personnelles. Les comportements appris en communauté de pratique sont ainsi toujours modulés par chaque sage-femme. Pour contourner les écueils de la construction analytique, je n'ai pas censuré les éléments issus d'autres dimensions de l'expérience dans les différents chapitres, mais ai tenté d'éclairer à chaque fois une dimension plutôt qu'une autre. Cette absence de censure est l'un des moyens que j'ai employés pour parvenir à l'intégration proposée par Massé, constituant une troisième voie en anthropologie. Cette intégration se poursuit dans une cinquième et dernière partie de synthèse.

Une deuxième interrogation a concerné les limites de l'écriture en tant que moyen de rendre compte de l'expérience. La transposition des observations en mots est incontournable, puisqu'il s'agit là de l'unique possibilité d'organiser et de communiquer le travail effectué. Cette objectif n'est cependant que partiellement réalisable, le langage verbal ne permettant pas de saisir l'intégralité de l'expérience humaine, largement ineffable (Kleinman and Copp 1993, Davis-Floyd and Davis 1996, Clark 1998, Pink 2009). L'écriture est par essence une représentation incomplète, dans le sens où elle ne peut pas rendre compte de l'intégralité de ce que vit et sent simultanément l'acteur dans son corps durant les interactions sociales. L'écriture transforme cette densité synchronique inépuisable en un récit forcément diachronique, en inhérent décalage avec l'expérience. L'incommensurabilité entre expérience et écriture n'empêche par ailleurs pas les disciplines académiques occidentales de survaloriser la communication écrite au détriment d'autres types de communication (Goody 2007), participant ainsi de la construction et de la circulation de dualismes et de réductionnismes impensés. Le corps, les émotions, les sentiments, et la cognition, unis dans l'expérience, sont décrits séparément et souvent de manière déséquilibrée, les dimensions tacites de l'expérience étant par définition plus difficiles à évoquer. La représentation reste par conséquent et avant tout l'action, un instant unique, une capture holiste et phénoménologique de l'expérience du corps dans

l'environnement (Ingold 2010). La parole et l'écriture, nécessaires à la communication, restent ainsi au mieux des tentatives et, au pire, des traîtrises.

Ceci dit, malgré son imperfection et son incomplétude, le récit permet d'élaborer et d'interroger les réalités vécues par les acteurs sociaux. L'impossibilité de rendre compte de l'intégralité de l'expérience ne doit pas faire renoncer, mais plutôt questionner le fossé qui sépare le langage et l'action, pour éviter la tentation d'une objectivité illusoire. La tension existant entre la synchronie complexe de l'action et la diachronie obligée du récit nécessite l'opération de choix ayant pour finalité de rendre le texte intelligible. De plus, il est possible de composer des interprétations différentes à partir d'un même terrain (Kleinman and Copp 1993). Il ne s'agit pas de faire ici l'apologie d'un relativisme postmoderne, mais de se garder de l'illusion réaliste (Ghasarian 2004, Olivier de Sardan 2008). Ainsi, ce texte reste une description partielle, mais dense, c'est-à-dire qui permette d'accéder aux enjeux auxquels les acteurs sociaux sont confrontés, ainsi qu'à leurs intentions (Piette 1996, Geertz 1998, Denzin 2001, Ponterotto 2006).

Malgré les difficultés que pose la problématisation écrite d'expériences vécues, je souhaite construire un récit qui respecte autant que possible les expériences des sages-femmes et des familles. L'observation de l'activité et l'écoute des récits m'a montré à quel point émotions et sentiments interviennent dans le quotidien des sages-femmes et sont, à certains égards, constitutives de leurs savoirs. Les émotions et les sentiments sont parfois le moteur de l'action ou peuvent au contraire inhiber celle-ci. Il était dès lors essentiel que je trouve un registre d'écriture me permettant de décrire comment ces manifestations s'inscrivent dans le rôle professionnel réel, interprété au quotidien. A cette fin, j'ai utilisé deux stratégies principales. La première a été de choisir un registre lexical permettant d'exposer aussi explicitement que possible les aspects émotionnels ou sentimentaux intervenant dans les représentations et les pratiques des sages-femmes. La seconde stratégie a été de faire une place substantielle aux extraits d'entretiens et de journal de terrain, pour dévoiler ce travail émotionnel et sentimental.

Rendre compte d'émotions et de sentiments exprimés par des acteurs sociaux impliquait le choix d'un registre lexical innovant, ces dimensions étant peu décrites en socio-anthropologie (Kleinman and Copp 1993). Tout comme Massé, ainsi que les anthropologues étudiant les habiletés, j'ai choisi une approche intégrative. Massé, pour interroger le champ de la santé mentale, ainsi que les expériences des acteurs sociaux à cet égard, intègre le lexique de la psychologie ou de la psychiatrie, notamment les notions de dépression ou d'anxiété, entrées dans le sens commun. Il conserve évidemment un recul tout anthropologique, en servant son propre objet dans une perspective qui ne s'assujettit pas aux sciences médicales ou psychologiques. Massé recourt également à des termes

émiques, des nosographies locales, identifiés au cours de l'enquête. Enfin, il interprète les observations à partir de concepts anthropologiques, par exemple ceux de détresse ou de souffrance sociale. M'inspirant de ce lexique ouvert, j'utiliserai en su des concepts anthropologiques plusieurs formes d'émicité. La première relève d'un sens commun professionnel des sages-femmes qui empruntent certains termes à la psychiatrie et à la psychologie tout en accommodant leur sens à l'accompagnement de la naissance. La seconde émicité consiste en l'utilisation de références empruntée à la vie de famille et qui font entrer l'accompagnement dans un registre de la tendresse.

Pour évoquer cette émicité de l'intime, j'utiliserai un langage simple, reflétant aussi précisément que possible ce que j'ai observé au cours des interactions entre les sages-femmes et les parents ou, entendu au cours des entretiens. J'ai pour objectif que la description du travail émotionnel et sentimental compose, au moins durant les citations directes, une capture proche de ces entretiens et observations. Ce registre lexical atypique pour les sciences sociales, apporte cependant de la précision, pour évoquer les attitudes adoptées par les sages-femmes à l'encontre des familles et, comprend des mots familiers et tendres. Ma crainte est évidemment que ce choix délibéré fasse confusion et suggère que je nourris une vision romantique, voire mièvre, de la naissance et du rôle des sages-femmes. Ce n'est évidemment pas l'impression que je souhaite donner. Choisir un registre plus abstrait, surtout dans les extraits du journal de terrain, m'aurait semblé une forme de trahison des scènes vécues. Aborder ce travail émotionnel et sentimental permet par ailleurs de mieux le comprendre, d'entrevoir ses rôles et de problématiser son usage dans la relation avec les familles.

J'ai choisi aussi d'effectuer de longues citations pour valoriser les partages des sages-femmes, car la parole qu'offrent les répondant-e-s au chercheur me semble être plus qu'un support de la réflexion de ce dernier. Un objectif des sciences sociales est de réinterpréter les données pour construire une réflexion théorique dépassant la portée des intentions des acteurs sociaux ayant accepté d'être observés ou écoutés. Cette relecture enrichit la compréhension des phénomènes étudiés et éclaire certaines dimensions laissées implicites dans le sens commun (Olivier de Sardan 2008). Cependant, ce travail de réinterprétation ne m'a pas toujours semblé indispensable. D'une part parce que les réflexions des acteurs observés dépassent souvent largement les prénotions de sens commun, constituant des interprétations ayant une valeur propre. D'autre part, parce que l'interaction entre le chercheur et l'acteur social construit également des interprétations ne nécessitant pas nécessairement une réélaboration plus abstraite. Par ailleurs, l'utilisation de citations relativement longues protège les données des tentations de surinterprétation, les détails apparaissent alors en tant qu'entités signifiantes préservées, et qui ne sont pas réincorporés de force dans des unités de sens plus larges (Piette 1996, Bensa 2006).

L'utilisation fréquente de citations courtes, rendue nécessaire par le format des articles scientifiques, semble, par ailleurs et parfois, faire figure de faire-valoir à la réflexion du chercheur, participant alors d'un pouvoir que s'octroie celui-ci en composant seul l'interprétation d'une réalité observée (Lende 2012). Cette mise en garde prévient une utilisation naïve des citations et invite ici aussi à une approche réflexive de l'écriture. Plusieurs questions se posent. Quelle est la place réelle des acteurs sociaux dans la construction de l'objet ? Quelles libertés s'octroie l'anthropologue lorsqu'il compose son récit ? Vu sous un angle éthique et impliqué, les entretiens et les observations peuvent apparaître comme des moyens de donner voix au chapitre à des acteurs sociaux (Ponterotto 2006, Lende 2012). Pour que cette voix soit entendue, il me semble nécessaire de la rapporter substantiellement par des citations *verbatim* laissant apparaître le travail des acteurs sociaux en tant que contributions essentielles au travail du chercheur. Ce choix n'annule évidemment pas la part de l'interprétation qu'il importe de reconnaître, puisqu'elle est la marque de fabrique l'anthropologie (Abélès 2004).

Enfin, à un niveau plus pratique, j'ai travaillé les citations pour qu'elles soient plus lisibles en enlevant généralement les répétitions, les énoncés incomplets marquant des hésitations, sauf lorsque je pensais nécessaire de faire ressortir ces hésitations. De la même manière, j'ai enlevé certaines onomatopées ou mots brefs qui soulignent eux-aussi des hésitations ou ont une fonction phatique tels que certains « quoi » ou « tu vois ? » ponctuant la fin de phrases. Bien que j'aie souhaité laisser toute leur place à mes interlocutrices, j'ai parfois également raccourci certaines descriptions, par souci de place, mais ceci en veillant à respecter absolument le fond de leur propos. Pour une question de lisibilité également, j'ai ajouté de la ponctuation qui permet de mieux suivre les réflexions des sages-femmes et ai renoncé à l'utilisation de crochets pour marquer les modifications effectuées.

Pour ce qui concerne les extraits d'observations, j'aimerais ajouter que le ton n'est pas toujours uniquement descriptif, mais qu'il comporte parfois certaines de mes réactions à chaud. Comme d'autres anthropologues, je reconnais que l'observation constitue *de facto* une forme d'interprétation qui retient certains détails plutôt que d'autres et réagit à certaines saillances, circonstances, ou attitudes étonnantes (Piette 1996, Geertz 1998, Denzin 2001, Ponterotto 2006). J'ai hésité à épurer les citations de ces interventions, puis ai préféré les laisser paraître, du moins à certaines occasions, ce qui montre aussi ce premier travail d'interprétation.

La naissance est l'objet de vécus intenses touchant non seulement les parents mais aussi les professionnel-le-s (Memmi 2014). Cette réflexion intègre par conséquent l'intensité émotionnelle et sentimentale qu'implique l'expérience des sages-femmes et des parents par l'usage d'un vocabulaire

parfois en décalage avec les normes académiques contemporaines. Aborder l'usage des émotions et des sentiments dans la construction des savoirs me semble d'autant plus important que l'usage contemporain de l'EBM tend à refuser cette considération dans la réflexion clinique, craignant son inhérente incertitude (Gordon 1988). Comme je l'ai montré ailleurs (Perrenoud 2014), la dénégation de l'expérience émotionnelle procurée par l'expérience professionnelle dessert plus qu'elle n'aide la réalisation d'une médecine basée sur les preuves, d'où l'importance de réintégrer le rôle des dimensions subjectives de cette expérience au sein d'une réflexion traitant de la construction des savoirs. L'anthropologie, par sa rigueur théorique et réflexive, mais aussi par son ouverture de principe, autorise de telles interrogations, qui ont leur sens aussi bien en sciences sociales que pour contribuer aux réflexions des professionnels de la santé.

## **Chapitre 4. L'Arcade Sages-Femmes : une association autogérée de sages-femmes indépendantes**

Ce chapitre introductif décrit l'Arcade sages-femmes<sup>114</sup>, le terrain principal de cette enquête, qui est une association autogérée comptant environ 40 sages-femmes membres actives, et qui bénéficie d'une subvention de l'Etat de Genève.

Cette association à but non lucratif a été fondée en 1994, suite à la réunion de 2 associations de sages-femmes indépendantes que divisait un désaccord idéologique autour de l'accouchement à domicile (Luisier, Masur et al. 2014). Si les unes, proches du mouvement féministe, jugeaient que cette prestation relevait des compétences et de l'autonomie de la sage-femme et permettaient aux femmes de reprendre le contrôle sur leur corps et d'échapper à une médicalisation jugée excessive, les autres, plus proches de la maternité hospitalière, estimaient que cette pratique présentait un risque trop important pour les femmes et leurs enfants.

Désireuses de gagner en visibilité vis-à-vis de la population, de leurs partenaires, et des autorités sanitaires cantonales, mais également d'offrir des prestations sans discontinuité, tous les jours que compte l'année civile, ces deux collectifs ont décidé de surmonter leurs différends pour ouvrir un espace ayant pignon sur rue.

Dès son inauguration, l'Arcade sages-femmes a mis en place une permanence téléphonique quotidienne et offert un accueil gratuit dans ses locaux destiné aux parents et futurs parents et offrant la possibilité de peser les nouveau-nés. Outre la réponse aux demandes des parents, la permanence téléphonique permettait aussi aux partenaires du réseau socio-sanitaire, hôpitaux et cliniques, de transmettre les demandes de suivi pour les femmes quittant leur établissement.

L'obtention d'une subvention par l'Etat de Genève n'ayant été accordée qu'une année après l'ouverture, les sages-femmes membres ont donc assumé entièrement les frais liés à l'installation et aux loyers de leurs locaux, et ont assuré à titre gracieux les permanences téléphoniques et d'accueil durant cette période initiale.

Fonctionnant entièrement en autogestion, l'Arcade prend ses décisions au cours des Assemblées générales, à vocation législative et qui se réunissent 8 fois par année. Le comité constitué de 7 membres et qui est à vocation exécutive, se réunit quant à lui 20 fois par année. L'Arcade dispose de statuts et d'une convention que les membres signent et doivent respecter. Reconnue d'utilité

---

<sup>114</sup> Nommée ensuite « l'Arcade » ou « l'association ».

publique, cette association est subventionnée par l'Etat de Genève avec qui elle a signé un contrat de prestations.

J'ai effectué l'enquête de terrain principale du printemps 2009 au printemps 2012, puis ai poursuivi les contacts avec l'Arcade en participant à un cercle qualité et en co-animant un groupe de supervision jusqu'à aujourd'hui. En complément à ce terrain principal, j'ai également interviewé et observé cinq autres sages-femmes indépendantes travaillant en dehors de cette association et dans deux autres cantons romands. Ces explorations complémentaires m'ont permis de saisir plus finement comment l'écologie de l'activité des sages-femmes intervient dans leur activité.

Afin de faire apparaître, plus loin, l'intrication existant entre l'organisation d'un lieu de pratique, son évolution, et la construction des savoirs, il m'apparaît important de m'attarder un peu pour planter le décor. Les sous-chapitre suivants présentent par conséquent les lieux, les organes, et le fonctionnement de l'Arcade plus en détails.

#### **4.1 Les locaux de l'Arcade : des sages-femmes en magasin**

Les locaux de l'Arcade sages-femmes consistent en deux arcades commerciales voisines séparées par l'entrée d'un vieil immeuble et sont situés dans le quartier de Plainpalais à Genève. Ces locaux ont été aménagés afin de constituer un lieu d'accueil agréable pour les parents et futurs parents. Ils sont formés de plusieurs pièces aux fonctions différentes décrites ci-dessous.

Le bureau des sages-femmes est au centre de l'organisation des soins à domicile. Cet espace de travail pour 2 à 3 personnes, donnant sur la rue, comprend un ordinateur, un photocopieur fax, des armoires et des tableaux d'affichage. Un grand comptoir, séparant l'espace de travail du couloir, contient du matériel en réserve utilisé lors des visites à domicile par les sages-femmes tels que : compresses, pansements, antiseptiques ou matériel pour effectuer des ponctions sanguines chez la mère ou l'enfant. L'ambiance de l'association se devine à travers les prospectus ou les coupures de journaux accrochés aux tableaux d'affichage pour informer les sages-femmes, les cartes à signer posées sur le comptoir pour féliciter et soutenir les collègues. L'Arcade se veut engagée pour une naissance respectueuse des femmes et des familles et suit les débats contemporains sur la médicalisation de la naissance.

Dans le couloir menant au bureau des administratrices, un tableau donne des informations sur les événements organisés par l'Arcade et sur les formations continues proposées en Suisse Romande. Les après-midi de formation dispensés par la maternité de l'hôpital cantonal y figurent. Les offres de

formation continue sont très variées, touchant autant des thèmes biomédicaux, psychologiques que des approches alternatives.

Côté cours, se trouve le bureau des deux administratrices. Chacune assume un rôle spécifique, l'une commande le matériel, organise le planning des sages-femmes pour les activités de santé publique et s'occupe de l'intendance de l'association. L'autre est responsable de la comptabilité et des ressources humaines. Ces deux employées ne sont pas sages-femmes et ont été engagées après de nombreuses années de fonctionnement entre sages-femmes uniquement. Aujourd'hui le collectif n'imagine plus se passer de leur collaboration et reconnaît l'importance de s'ouvrir à d'autres professionnel-le-s compétents pour assumer les tâches de gestion.

A côté de l'espace de travail des sages-femmes, une pièce est dévolue à l'accueil des familles et des futurs parents qui se présentent spontanément. Cette pièce comporte un canapé et des fauteuils, une bibliothèque où les parents peuvent emprunter des livres gratuitement. De nombreux dépliants, une cinquantaine en tout, concernant aussi bien des thèmes clefs de la naissance comme l'allaitement ou l'alimentation du nourrisson, que des informations sur les membres du réseau socio-sanitaire, sont à disposition des familles. Certains sont présentés en une dizaine de langues, par exemple la brochure sur l'allaitement publiée par Promotion Santé Suisse.

Dans le prolongement de cet espace, une deuxième pièce en enfilade accueille la permanence quotidienne et gratuite destinée aux parents et à leurs nourrissons. Les parents viennent y vérifier la croissance de leur enfant et poser différentes questions notamment sur l'allaitement et l'alimentation. Plusieurs fauteuils et un grand sofa aux couleurs chaudes, agrémentés de coussins d'allaitement, permettent aux femmes de s'installer confortablement pour allaiter ou discuter. Dans le coin, un lavabo permet de se laver les mains et de mouiller les lingettes pour le change des nourrissons. Une table à langer à deux places, avec en son milieu une balance pour nourrissons, forme le centre d'attention de la pièce, les rencontres avec les parents commençant souvent par une pesée. Quelques livres et jeux sont là pour aider les aînés à patienter.

La deuxième partie des locaux, séparée de la première par l'entrée d'un immeuble, a été louée dans un deuxième temps et comporte plusieurs pièces également. Une grande salle accueille les différentes séances de groupe destinées aux parents, dont la préparation à la naissance, l'information globale, la gym câline, les massages du nourrisson ou les groupes d'allaitement. Cette salle accueille également les Assemblées Générales. Cette *salle de prép'* est couverte d'un parquet clair en hêtre, ses murs sont blancs et ses rideaux orangés. Au mur, une reproduction de Modigliani montre une femme qui allaite. Une grande armoire murale contient des coussins de formes et tailles



variées et du matériel d'information. Plusieurs grosses balles en plastique, sur lesquelles on peut s'asseoir, sont rangées dans un coin.

Adjacente à la *salle de prép'*, se trouve une salle de consultation exigüe permettant juste à une sage-femme, un couple, son premier enfant et une anthropologue d'y prendre place. On y trouve une table bleue en forme de goutte, trois chaises et une table d'auscultation. Sur une étagère, sont placés les instruments nécessaires à une consultation de grossesse: un ruban métrique, un appareil à tension, un doptone<sup>115</sup>, un stéthoscope de Pinard en bois ou *cornette* pour écouter le cœur du bébé.

Enfin, une dernière pièce, polyvalente, permet de conduire des réunions en petits groupe ou d'effectuer des consultations.

Les locaux de l'Arcade sont un lieu de rencontre des sages-femmes avec les parents et des sages-femmes entre elles. Ils accueillent des prestations variées à la population et les activités associatives telles que les comités, les assemblées générales (AG), les formations continues et les cercles qualité. Ces locaux sont fonctionnels et agréables, ils sont accessibles en transports publics.

L'appartenance à l'association procure plusieurs avantages aux sages-femmes pour leur pratique privée, dont l'accès aux locaux et au matériel, mais implique également des devoirs. Le sous-chapitre section suivante décrit comment l'on devient membre de l'Arcade et ce que cette appartenance implique en termes d'avantages et de devoirs.

## **4.2 Devenir membre: intégrer les avantages et les engagements de la vie associative**

Les dossiers des sages-femmes demandant à intégrer l'Arcade sont examinés par les membres de la commission de recrutement élue par l'AG. Les candidates sont ensuite reçues par cette commission puis présentées par elle avec un préavis en AG, cette dernière statuant alors à bulletins secrets. Pour devenir membre, il faut être titulaire d'un diplôme de sage-femme reconnu par la Croix-Rouge Suisse ou étant de niveau HES, avoir obtenu un Droit de pratique auprès du médecin cantonal et avoir une expérience professionnelle d'au moins deux ans. Cette dernière condition est nécessaire pour obtenir un numéro de concordat auprès de santé-suisse qui permet d'obtenir le remboursement des prestations par les assurances maladies<sup>116</sup>.

Chaque nouvelle membre est introduite à l'activité indépendante et associative par une marraine qu'elle suivra pendant quelques consultations et qu'elle peut solliciter en cas de besoin. Lors de leur

---

<sup>115</sup> Un doptone est un petit appareil à ultrason qui permet d'écouter les bruits du cœur fœtal in utero.

<sup>116</sup> Les sages-femmes n'ayant pas effectué deux ans de pratique en milieu hospitalier peuvent entrer dans la pratique indépendante en effectuant un assistantat rémunéré de durée équivalente auprès d'une collègue expérimentée. Cette voie d'entrée dans le secteur indépendant est minoritaire.

intégration, les nouvelles membres signent une convention qui définit les activités qu'elles s'engagent à assurer : les AG, les réunions de zone<sup>117</sup>, les cercles qualité et les activités dites de santé publique. En cas de non-respect de ces engagements, le comité est compétent pour rappeler les membres concernées à leurs devoirs.

Appartenir au collectif plutôt qu'exercer en *free-lance* offre plusieurs avantages. La structure de l'Arcade centralise les demandes de suivi provenant des familles ou des institutions sanitaires et redistribue les situations en tenant compte des désirs de ses membres. Les sages-femmes membres n'ont ainsi pas besoin de chercher des clientes, ce qui améliore leur sécurité financière et représente un gain de temps non négligeable. La quantité de suivis n'est cependant pas garantie et les sages-femmes sont soumises à de grandes fluctuations de leur charge de travail. Si certaines périodes sont calmes, éveillant des inquiétudes en regard des rentrées financières, d'autres, dont les vacances d'été, sont particulièrement chargées et éprouvantes, impliquant d'enchaîner les activités sans jour de repos hebdomadaire pendant plusieurs semaines d'affilée.

Bien que membre d'un collectif, les sages-femmes indépendantes n'en sont pas moins seules quand il s'agit de prendre des décisions au cours des consultations à domicile. Ceci contraste avec l'expérience du travail en équipe propre au milieu hospitalier que la plupart de ces sages-femmes ont effectuée avant de devenir indépendantes. L'Arcade propose par conséquent plusieurs opportunités de rompre la solitude à travers les activités communautaires. Chaque sage-femme trouve ainsi un espace de parole et d'échange dans les cercles qualité, les journées de formation, les réunions de zone, les AG ou, de façon informelle, en passant simplement dans les locaux ou encore en appelant une collègue. Les sages-femmes indépendantes travaillant en dehors de cette association s'organisent également pour avoir des contacts entre elles et briser la solitude qu'implique le travail à domicile<sup>118</sup>. A l'Arcade ces opportunités sont cependant institutionnalisées et par conséquent régulières.

L'appartenance au collectif présente des avantages particulièrement en début de carrière indépendante. Débuter une activité indépendante impose en effet une série de démarches et de contraintes administratives auxquelles la formation initiale de sage-femme ne prépare guère. Les sages-femmes doivent ainsi contracter une assurance perte de gain, cotiser à l'AVS, demander un droit de pratique, puis un numéro de concordat pour être remboursées par les assurances maladies, contracter aussi une assurance responsabilité civile et tenir une comptabilité et des statistiques.

---

<sup>117</sup> Les visites à domicile sont divisées en plusieurs zones géographiques pour limiter les trajets que doivent effectuer les sages-femmes et faciliter l'attribution équitable des situations.

<sup>118</sup> Notes de terrain.

Travailler dans le collectif permet de profiter du soutien des sages-femmes expérimentées pour accomplir efficacement ces différentes étapes.

L'Arcade est aussi une ressource importante pour gérer des problèmes courants tels que les difficultés occasionnelles à obtenir le remboursement des prestations. Les modalités de prise en charge financière des prestations ont connus des régimes différents plus ou moins favorables aux sages-femmes au cours des trois dernières décennies. Dans les années 1980, en l'absence de convention avec les assurances maladies et d'obligation pour la population de contracter une assurance maladie, la rétribution n'était pas garantie<sup>119</sup>. Durant cette période du tiers garant, les parents assurés recevaient l'argent de l'assurance, puis devaient eux-mêmes payer les sages-femmes, ce qu'ils ne faisaient pas toujours. Les parents non assurés devaient quant à eux payer eux-mêmes les prestations. Avec l'entrée en vigueur de la LAMAL vint le temps béni du tiers payant<sup>120</sup>, au cours duquel les assurances remboursaient directement les prestations aux professionnel-le-s de la santé, sans prendre en considération que les familles aient ou non payé leurs primes. Ce système a ensuite été mis à mal pendant plusieurs années, les assureurs refusant alors de payer les prestations des parents n'étant pas à jour dans leurs primes. Gisèle et Léa, deux praticiennes ayant expérimenté les différents régimes d'assurance maladie, résumant dans un langage imagé l'évolution de ces politiques et leur effet sur le remboursement des prestations des sages-femmes indépendantes :

Moi, j'ai commencé quand le professeur nous a demandé en 1982. Des femmes qui venaient du Kosovo et tu sais que le papa devait presque un mois de salaire pour payer une journée de leur femme à l'hôpital. Parce qu'elle devait payer mille francs. L'hôpital faisait un forfait pour ces femmes où tout était compris, s'il y avait besoin d'intervention. Mais si elles dépassaient les 24 heures, elles devaient payer deux jours. Quand elles partaient, elles avaient personne qui vienne les voir. Le professeur nous a demandé, « vous qui travaillez à mi-temps, vous pouvez faire ça pour ces mamans quand elles sortent ? » et on a commencé et on s'est organisé. Quand on avait commencé, c'était gratuit tout ça. Tu faisais la facture à qui, quand ils avaient pas à manger ? Du bénévolat. En 95, les démarches ont été faites pour les assurances. Dans le temps, la facture allait chez la maman, la maman envoyait à l'assurance et elle était payée, et après elle nous remboursait. On envoyait un rappel, elle disait on peut pas, on a déjà dépensé l'argent. Et alors tu veux faire quoi ? Tu laissais tomber, on a fait beaucoup de bénévolat, une dizaine d'années. Bon j'ai eu 8 ou 9 mille francs de factures impayées. Après, on était bien payé, on envoyait la facture à l'assurance et l'assurance remboursait. Le système était idéal. Magnifique. Alors là maintenant, ça va beaucoup mieux parce qu'au moins tu es payé. (Entretien enregistré avec Gisèle)

Maintenant, certaines factures rentrent pas parce que les femmes n'ont pas payé leur caisse, c'est rien du tout [en comparaison]. Avant les caisses nous payaient et elles se débrouillaient. Maintenant, [si les femmes n'ont pas payé leurs primes] ils suspendent les prestations légales, depuis la Lamal. Alors on a de temps en temps une facture qui arrive en retour. Dans le lot y en a pas beaucoup. Mais c'est embêtant. Des fois, je me suis levée, j'ai été encore faire des urgences, le week-end et t'es pas payée, mais ça fait partie du jeu. Avant j'ai connu le tiers garant, où c'était autre chose, on t'envoyait la patiente, elle touchait l'argent et pis elle te payait pas. J'arrivais entre 5 et 10 mille francs non payés par année et il y a eu des années, où c'était le cauchemar, t'avais la boule au ventre. Ça va aujourd'hui.

<sup>119</sup> Entretien de recherche avec Léa et Jeanne.

<sup>120</sup> Source : <http://fr.comparis.ch/krankenkassen/info/glossar/tiers-payant.aspx> le 28 février 2012

J'ai sorti ce qui est pas remboursé depuis 4 ou 5 ans, il y a à peu près 5 mille francs, ça va. (Entretien enregistré avec Léa)

Pour pallier les conséquences de ces politiques, une sage-femme aguerrie de l'Arcade négocie chaque année avec les différentes assurances pour obtenir le paiement des factures en suspens. La réussite de ces négociations n'est jamais garantie, mais elle a abouti au cours des trois dernières années. Les sages-femmes du collectif, particulièrement celles qui débutent leur carrière indépendante, bénéficient de cet engagement de personnes expérimentées. Car si chacune devait entamer les tractations en solitaire, une perte d'énergie et un manque à gagner beaucoup plus important seraient à déplorer.

Être membre de l'Arcade permet également d'utiliser les locaux et le matériel sans coût supplémentaire. La convention insiste sur l'équité entre les membres dans l'accès aux infrastructures et aux avantages. La convention mentionne également l'importance du respect envers chacun, que ce soient les familles, les sages-femmes, les administratrices ou les femmes de ménage.

Par ailleurs, le collectif organise un programme annuel de formation continue gratuite, permettant de répondre aux exigences de la LAMAL, dont la vérification est déléguée à la Fédération Suisse des sages-femmes. L'un des cercles qualité est chargé de l'organisation d'une offre régulière faisant gagner du temps aux sages-femmes qui n'ont pas l'obligation de chercher des cours ou de se déplacer pour les suivre. Les propositions de formation sont *a priori* adaptées aux besoins des sages-femmes.

Enfin, l'appartenance offre aussi une sécurité symbolique. Le collectif *Arcade sages-femmes* s'est investi depuis ses débuts pour instaurer une collaboration de bonne qualité avec l'hôpital et ses partenaires du réseau de soins. Certaines sages-femmes estiment bénéficier de la bonne réputation du collectif<sup>121</sup> et cela est confirmé par des entretiens effectués auprès de médecins dans une autre recherche (Cavalli and Gouilhers 2014). Cette bonne réputation n'est cependant pas univoque. Les membres de l'association ont ainsi appris lors d'échanges avec certains médecins que ceux-ci regrettaient de ne pouvoir faire appel à des sages-femmes précises pour les femmes qu'ils suivent.

L'appartenance au collectif implique des devoirs qui sont inscrits dans la convention que signe chaque sage-femme à son entrée dans l'association. Les membres s'engagent premièrement à verser un pourcentage de 6.5%, pouvant varier d'une année à l'autre, sur leur chiffre d'affaire brut. Cet argent contribue au fonctionnement de l'Arcade et sert notamment à payer le matériel mis à disposition. Deuxièmement, les membres doivent donner du temps pour assurer la gestion de

---

<sup>121</sup> Entretien avec Caroline.

l'association, en participant aux AG et aux réunions, ainsi qu'aux activités de santé publique comme l'accueil et les séances d'information, décrites plus loin. Tant que les activités fonctionnent sans problème, une certaine souplesse prévaut et aucune pression n'est exercée sur les membres participant moins régulièrement. Lorsque des difficultés de fonctionnement surviennent, le comité rappelle leurs devoirs aux membres moins assidues. L'engagement dans ces différentes activités participe de la création de sens et d'identité collectifs, ce que soulignent particulièrement les membres fondatrices<sup>122</sup>.

Chaque sage-femme est ainsi tenue de participer aux réunions et à l'organisation de sa zone d'activité. Afin de faciliter la répartition des situations et de limiter les kilomètres à parcourir pour effectuer les visites à domicile, le territoire cantonal est divisé entre quatre zones principales auxquelles les praticiennes sont attribuées en fonction de leur lieu de domicile. Les membres des zones sont responsables d'assurer la présence d'un nombre suffisant de sages-femmes tout au long de l'année et doivent négocier leurs absences entre elles.

Depuis l'introduction de la LAMAL, les praticiennes ont également l'obligation de participer à un Cercle Qualité (CQ), soit un espace de réflexion autour de thématiques précises telles que la formation continue, l'accouchement à domicile, l'allaitement ou encore le suivi des situations complexes. Initialement prévus comme des espaces d'intégration de la recherche clinique à la pratique, leur fonctionnement est dans les faits adapté aux besoins concrets des sages-femmes. Le déroulement des CQ est ainsi varié, comprenant par exemple des activités d'organisation des prestations, des partages d'expérience et des réflexions à bâton rompu. Les modalités d'intégration de la recherche aux réflexions dépendent des capacités de traitement de l'information des sages-femmes. Si certaines sont à l'aise avec les banques de données spécialisées, d'autres préfèrent recourir à une tierce personne, par exemple un médecin de l'hôpital, pour se maintenir informées sur les actualités de la recherche en obstétrique.

Selon les activités privilégiées par les membres, il leur est plus ou moins facile de remplir les devoirs prévus par la convention signée. Lorsque plusieurs membres ont la sensation que les devoirs ne sont pas partagés équitablement, cela soulève des discussions, voire des conflits comme dans toute autre collectivité. Pour les sages-femmes qui s'identifient comme des personnalités très indépendantes, la participation aux activités collectives est parfois ressentie comme pesante, alors que pour d'autres la vie collective s'inscrit dans une recherche de sens.

---

<sup>122</sup> Notes de terrain.

En résumé, appartenir à l'association apporte de nombreux avantages notamment en termes de sécurité de l'emploi et de partage d'expertise. Cependant, les engagements communautaires sont également nombreux et prennent une place substantielle dans l'activité et la vie des sages-femmes.

### **4.3 Les prestations de l'Arcade à la population genevoise**

Afin de compléter le portrait de l'Arcade, je décris ici les prestations qu'offre cette association à la population locale. Le type d'activités variant en effet selon les institutions, il est donc important de les définir précisément, ceci d'autant plus qu'elles interviennent dans la construction des savoirs professionnels, ce que je montrerai dans la quatrième partie.

Les prestations des sages-femmes de l'Arcade peuvent être regroupées en trois catégories selon l'origine de leur financement:

- ✓ les prestations de pratique privée des sages-femmes qui sont remboursées par les assurances maladies, avec ou sans participation des familles.
- ✓ les prestations de pratique privée à charge des familles elles-mêmes.
- ✓ les prestations de santé publique qui sont intégralement subventionnées par le canton et sont donc d'accès gratuit pour les familles.

Les observations effectuées dans le cadre de ce travail ont essentiellement porté sur les prestations privées à charge des assurances, notamment les visites postnatales à domicile, et sur les prestations de santé publique gratuites et qui s'adressent à l'ensemble de la population.

#### **4.3.1 Prestations relevant de la pratique privée, à charge de l'assurance maladie : les consultations à domicile**

Les consultations à domicile, prestations principales des sages-femmes de l'Arcade, sont remboursées par l'assurance maladie de base selon la LAMAL. En 2010 et 2011, respectivement 3'215 et 3'433 femmes furent suivies par les sages-femmes pour un total annuel de respectivement 15'538, 17'045 et 17'142 (2012) consultations à domicile<sup>123</sup>. La majorité des consultations concerne la période du post-partum avec 12'199 consultations à domicile en 2011 pour les consultations jusqu'au 10<sup>ème</sup> jour de vie du nouveau-né, auxquelles s'ajoutent 2'756 consultations en allaitement et 1'047 consultations sur ordonnance médicale impliquant des complications soit pour la mère soit pour l'enfant. Le suivi post-partum peut être de courte durée ou se déployer sur plusieurs semaines en cas de besoin. La majorité des sages-femmes du collectif pratique des suivis post-partum.

---

<sup>123</sup> Voir: *Arcade sages-femmes (2010). Rapport annuel. Genève, Arcade sages-femmes (2011). Rapport annuel. Genève, Arcade sages-femmes (2012). Rapport annuel. Genève.* Le rapport 2012 ne donne pas le nombre de femmes suivies.

En principe, l'Arcade honore toute demande de suivi post-partum ou de grossesse concernant des familles vivant sur le territoire genevois. Chaque jour, les maternités faxent les coordonnées de femmes, souhaitant ou ayant besoin d'un suivi à domicile, et qui rentrent à la maison le jour même, après la naissance, ou suite à une hospitalisation prénatale. Ces demandes sont ensuite classées par les sages-femmes de l'accueil selon le domicile des familles, puis les sages-femmes actives dans ces zones sont contactées par téléphone pour leur demander d'assurer les suivis dès le lendemain. Dans les périodes surchargées où les demandes dépassent les possibilités des membres, l'association contacte des sages-femmes indépendantes travaillant hors Arcade, et garantit ainsi que chaque famille en demande reçoive l'assistance d'une sage-femme. En règle générale, les sages-femmes interviennent auprès des familles résidant à proximité de leur lieu de domicile. Cependant, les parents ont le droit de refuser une sage-femme, d'en changer ou d'en demander une en particulier. Le système est organisé pour être fluide, afin de répondre à toutes les demandes, de faciliter la répartition des situations et de satisfaire les parents.

Certaines sages-femmes assurent également des suivis dits globaux débutant pendant la grossesse, comprenant tout ou partie de l'accouchement et se terminant dans le post-partum. Ces suivis, 160 par année en moyenne<sup>124</sup>, sont également remboursés par la LAMAL, cependant ils impliquent souvent un nombre important d'heures non rétribuées, j'y reviendrai. La notion de suivi global se décline en plusieurs variantes. Il y a le *suivi plus*, le suivi avec une *sage-femme agréée*, l'accouchement à domicile et l'accouchement en maison de naissance. Le *suivi plus* comporte les consultations de grossesse, une présence durant le pré-travail avant le départ pour une maternité et le suivi post-partum à domicile. Le suivi avec une sage-femme agréée inclut l'accouchement dans une maternité publique. Quelques sages-femmes ont en effet le droit d'accompagner les femmes dont elles assurent le suivi à la maternité publique où elles bénéficient d'un contrat fixe à petit pourcentage<sup>125</sup>. Le suivi avec accouchement à domicile comporte les mêmes prestations pendant la grossesse et le post-partum, mais inclut *a priori* l'accouchement à domicile. Enfin, il existe un suivi global avec une possibilité d'accoucher à la maison de naissance la *Roseraie*, inaugurée en janvier 2012 et située à deux pas d'une maternité hospitalière publique, grâce aux efforts conjoints de sages-femmes de l'Arcade et au soutien de la ville et du canton de Genève.

Les consultations de grossesse incluses dans les suivis globaux comportent en principe les mêmes examens que ceux proposés à la maternité universitaire, à quelques exceptions sur lesquelles je reviendrai. L'atout du suivi de grossesse par une sage-femme est que chaque consultation dure

---

<sup>124</sup> Chiffres de 2008 à 2011. Arcade sages-femmes (2010). Rapport annuel. Genève, Arcade sages-femmes (2011). Rapport annuel. Genève, Arcade sages-femmes (2012). Rapport annuel. Genève.

<sup>125</sup> Cette prestation dont les parents sont très satisfaits est actuellement menacée. La maternité hospitalière ne souhaite pas renouveler les contrats des sages-femmes, invoquant des problèmes de sécurité dans la presse locale. Une pétition lancée par des parents est en cours.

environ une heure et que les couples ont la possibilité d'aborder plusieurs thèmes de discussion. Le désavantage est qu'en cas de pathologie avérée le suivi est interrompu et repris par une autre personne, en l'occurrence un gynécologue obstétricien. L'accouchement à domicile, le suivi plus et le suivi agréé impliquent 5 semaines de garde autour de la date présumée d'accouchement, ce qui est contraignant pour les sages-femmes. Par conséquent, certaines demandes de suivi sont refusées pour que les sages-femmes préservent quelques semaines sans garde chaque année et pour qu'elles n'aient pas à se rendre à deux accouchements en même temps.

Enfin, les séances de préparation à la naissance qui se font de manière individuelle ou en groupe sont partiellement remboursées par l'assurance maladie et font également partie des prestations privées des sages-femmes. Il s'agit d'une série de 6 à 8 rencontres comportant de l'information sur les différentes phases de la naissance et ayant également pour objectif d'offrir un espace d'écoute et de rencontre, ainsi qu'une préparation corporelle à la naissance.

#### **4.3.2 Prestations relevant de la pratique privée, à financement mixte: la préparation à la naissance**

Parmi les activités proposées par les sages-femmes, la préparation à la naissance a un statut particulier. L'assurance maladie rembourse en effet un montant forfaitaire de 100 francs pour cette activité, ne couvrant qu'une partie de son coût réel<sup>126</sup> et laissant par conséquent une grande partie à charge des parents. La préparation à la naissance est donnée sous la forme de séances individuelles ou en groupe. De nombreuses sages-femmes voient la préparation à la naissance comme une activité de promotion de la santé et de santé publique. Cependant, du fait de son coût, cette prestation attire avant tout des parents éduqués et ne rencontrant *a priori* pas de difficultés financières<sup>127</sup> (Luisier 1998). Afin de contourner cet écueil, une sage-femme a créé un groupe de préparation pour femmes *migrantes*<sup>128</sup> allophones animé en collaboration avec des interprètes communautaires. Cette version gratuite de la préparation à la naissance fait partie des activités de santé publique.

---

<sup>126</sup> Les prix demandés aux parents pour la préparation à la naissance par les institutions et les sages-femmes varient. Sur le canton de Genève, les prix demandés pour une préparation en groupe, comprenant 5 à 6 séances, varient de 250 à 360 francs. Source : sites Internet des différentes institutions offrant des cours de PANP dernière consultation le 16 décembre 2013.

<sup>127</sup> Notes de terrain.

<sup>128</sup> *Migrant-e* est le terme utilisé par les sages-femmes pour désigner les femmes ou les hommes issus d'une migration, en général récente. Ce terme est controversé, car il implique une réification potentielle des personnes désignées comme migrantes et comporte une connotation négative dans les media et l'utilisation de certains partis politiques. Ce terme pose également un problème parce qu'il insinue que les personnes migrantes sont toujours en mouvement, alors qu'elles souhaitent elles-mêmes le plus souvent s'établir en Suisse et y trouver une nouvelle stabilité. De plus, certaines des personnes dites migrantes sont *de facto* installées depuis de nombreuses années en Suisse ou dans d'autres pays européens. Ceci dit, lorsque les sages-femmes indépendantes parlent de femmes ou de familles migrantes, c'est avec une connotation positive, relevant parfois d'une touche d'exotisation de la relation. Travailler avec des femmes *migrantes* est assimilé à une forme de voyage. L'engagement envers les familles migrantes se remarque notamment par les initiatives qui sont montrées au chapitre 6, mais également par la création d'activités spécifiques comme la préparation à la naissance avec interprète. Au moment où je finis les dernières corrections de cette réflexion, plusieurs sages-femmes de l'Arcade se sont rendues en Grèce pour apporter plus de 200 kilos de porte-bébés, supposés aider les familles *migrantes* à cheminer avec leurs petits enfants vers l'Europe. Elles ont également effectué



L'objectif des séances de préparation à la naissance est d'informer les parents sur la grossesse, l'accouchement, mais aussi sur leurs droits et les possibilités qui leur sont offertes. Les sages-femmes souhaitent fournir un lieu d'écoute et de découverte et intègrent du travail corporel et des moyens de relaxation à leur animation. Elles conçoivent également la préparation à la naissance comme un moyen permettant aux futurs parents de se rencontrer et d'éventuellement tisser des liens. La préparation à la naissance est une activité complexe qui a, à elle seule, fait l'objet d'études anthropologiques. A noter que les moyens employés par les sages-femmes ne répondent pas nécessairement à leurs objectifs, lorsque les séances comprennent trop d'injonctions, ce qui a déjà été évoqué par une autre auteure (Maffi 2014).

Durant mes observations, j'ai suivi des séances de préparation à la naissance en groupes « standards ». Je reprendrai certaines observations effectuées au cours de ces séances parce qu'elles sont transversales à plusieurs prestations des sages-femmes. Je n'entrerai par contre pas dans une réflexion de fond sur cette prestation, ne l'ayant pas suffisamment observée.

#### **4.3.2 Prestations relevant de la pratique privée, financées par les parents ou les assurances complémentaires**

En complément aux prestations privées remboursées par l'assurance obligatoire ou subventionnées par l'Etat figurent toute une série de prestations dont le coût est soit à charge des parents soit à charge de leurs assurances complémentaires. Il s'agit d'approches individuelles ou de groupe ayant lieu durant la grossesse ou la période post-partum et qui globalement peuvent être rattachées au développement personnel. Ces prestations sont animées par des sages-femmes ayant généralement suivi des formations complémentaires de longue durée et obtenu une certification. Parmi ces prestations figurent notamment le yoga pré- et postnatal, l'hypnose, le portage des bébés, l'haptonomie et les massages ayurvédiques. Des consultations spécialisées en aromathérapie ou en homéopathie sont également à disposition.

Touchant le vaste thème de la pluralité thérapeutique et du recours aux médecines complémentaires et alternatives (Schmitz 2006), je n'ai pas inclus ces propositions de soins alternatives dans ma réflexion, car elles intervenaient peu au cours des visites à domicile. Par ailleurs, ces consultations représentent à mon sens un objet de recherche en elles-mêmes.

Parmi les prestations dont le financement est à charge des parents, j'ai néanmoins observé les cours de massage pour nourrisson, ainsi que des séances individuelles d'haptonomie. J'utiliserai ces

observations pour illustrer des questions qui sont transversales à l'ensemble des activités des sages-femmes.

#### **4.3.3 Prestations de santé publique : allier information, écoute, et relais vers le réseau sociosanitaire**

Les prestations de santé publique sont subventionnées par l'Etat de Genève et sont offertes à la population. Ces activités allient information, écoute et le cas échéant orientation vers le réseau santé-social permettant aux familles de rencontrer d'autres professionnel-le-s tel-le-s qu'infirmières, assistantes sociales, médecins, diététiciennes ou psychothérapeutes. Ces prestations consistent en un accueil destiné aux parents et situé dans les locaux de l'Arcade, une permanence téléphonique et différents groupes d'information et de partage.

Les sages-femmes de l'association sont tenues d'animer un certain nombre de prestations de santé publique tout au long de l'année afin d'assurer ces prestations à bas seuil d'accessibilité, faisant l'objet d'un contrat de prestation avec l'Etat de Genève. Pour ce travail, les sages-femmes sont rétribuées selon un salaire horaire, financé par les subventions étatiques. Avant l'établissement de la convention avec l'Etat en 2008, les sages-femmes finançaient ces prestations à partir du pourcentage restitué à l'association sur les gains issus de l'activité privée, les offrant en d'autres termes à la population (Luisier, Masur et al. 2014).

La principale prestation de santé publique consiste en une permanence gratuite, l'*accueil*<sup>129</sup>, ouverte 6 jours sur 7 et comprenant plusieurs prestations ciblées. Les femmes<sup>130</sup> accompagnées ou non de leur conjoint y viennent pour chercher des informations, demander conseil ou être écoutées durant la grossesse et surtout le post-partum. L'accueil a lieu dans une salle où les parents peuvent peser leur enfant, l'allaiter, aborder d'éventuelles préoccupations et échanger entre eux. Cette permanence est ouverte tous les après-midis de la semaine ainsi que le samedi matin et est animé par deux sages-femmes. Celles-ci gèrent en parallèle l'attribution des suivis à domicile demandés par les maternités du canton.

Animer l'accueil semble *a priori* une activité simple faite de pesées de nourrissons et d'échanges autour de l'alimentation. Cependant, ni la fréquentation de l'accueil, ni le nombre de situations à attribuer ne sont prévisibles, rendant cette activité souvent intense. La pesée du nourrisson est l'entrée en matière que choisissent le plus fréquemment les parents, mais ce contrôle sert souvent de prétexte pour d'autres demandes plus ou moins faciles à identifier et à traiter. Si certains parents

---

<sup>129</sup> J'ai participé à 25 accueils en tant que sage-femme supplémentaire, ce qui correspond à environ 90 heures d'observation participante.

<sup>130</sup> Les mères sont presque toujours présentes lors de visites à l'accueil ou de participation à d'autres activités de santé publique. Ce n'est que rarement que les pères se présentent seuls pour peser leur bébé ou discuter de problèmes spécifiques (Notes de terrain).

viennent pour peser leur enfant, parfois sans désirer de contact avec la sage-femme, la plupart ont des questions sur l'allaitement, le sommeil, la reprise du travail, le sevrage ou la diversification alimentaire. Des parents aux prises avec des problématiques plus complexes choisissent parfois l'accueil comme premier lieu pour aborder leur situation. Un divorce douloureux et conflictuel, une anxiété qui rend toute prise de recul difficile ou une marginalité douloureuse sont alors évoqués plus ou moins ouvertement. Il s'agit alors d'accorder suffisamment d'attention à ces familles pour valider leur démarche puis les orienter vers d'autres services plus adéquats. Ces situations complexes et douloureuses sont difficiles à gérer lorsque l'accueil est surchargé et que les poussettes font la queue dans l'entrée.

L'accueil offre aussi la possibilité de prolonger le contact entre les familles et les sages-femmes une fois les consultations à domicile terminées. Des familles viennent peser leur nourrisson, le montrer et poser quelques questions quand *leur* sage-femme anime cette permanence. L'accueil étant gratuit, les sages-femmes proposent aussi aux femmes vivant une situation d'isolement de passer quand elles le souhaitent.

Intimement liée à l'accueil, la permanence téléphonique constitue la seconde prestation de base de l'arcade, ouverte quotidiennement de 8h00 à 20h00 la semaine et selon des horaires restreints le week-end et les jours fériés. Les familles et les membres du réseau socio-sanitaire peuvent ainsi joindre les sages-femmes avec facilité chaque jour de l'année. Le matin et en soirée, la permanence téléphonique est assurée depuis le domicile des sages-femmes, alors que l'après-midi cette permanence fait partie des tâches de l'accueil.

La permanence téléphonique a pour objectif de répondre aux questions des parents concernant la naissance et plus particulièrement les besoins du nourrisson, son alimentation, ses pleurs et son sommeil<sup>131</sup>. Les questions sont très variées et peuvent nécessiter quelques secondes ou plusieurs minutes d'échange téléphonique. La permanence, tout comme l'accueil, est une activité complexe. En effet, la sage-femme doit être souple, accorder suffisamment d'attention aux parents tout en évitant de bloquer la ligne trop longtemps avec un même appel. La variété des thèmes abordés demande aux sages-femmes de connaître finement les limites de leurs compétences et de déléguer certaines questions à d'autres membres du réseau sociosanitaire, dont par exemple les pédiatres. Aline annonce calmement par exemple qu'elle ne connaît pas suffisamment la gale pour conseiller la mère d'un nourrisson qui a été en contact avec quelqu'un atteint par cette maladie<sup>132</sup>. Les sages-femmes ne doivent cependant pas être « frileuses » et renvoyer constamment les femmes vers

---

<sup>131</sup> Notes de terrain et entretiens de recherche.

<sup>132</sup> Notes de terrain.

l'hôpital ou les pédiatres, car cela créerait une avalanche de téléphone à double ou triple pour les familles. Ainsi, la personne qui appelait en raison d'un contact avec la gale en était à son troisième appel sans succès.

Le troisième type de prestations de santé publique subventionnées consiste en une série de rencontres gratuites et proposées aux parents sans inscription. Ces rencontres permettent d'aborder des thématiques variées en groupe, soit le projet de naissance, le rôle des pères, l'allaitement ou l'alimentation du nourrisson. Une information publique sur les possibilités de suivi de l'accouchement dans le canton de Genève est également régulièrement organisée.

Selon le prospectus et la page internet informant sur le groupe d'allaitement hebdomadaire, sont bienvenues les femmes qui ont des questions autour de l'allaitement, des pleurs, du sommeil de l'enfant, du sevrage et de la reprise du travail. Ce groupe fonctionne sur un mode ouvert, le nombre de femmes s'y présentant variant entre deux et six femmes. La population venant à ces séances est souvent très éduquée et comprend régulièrement des femmes expatriées germanophones ou anglophones. Parfois des femmes issues de milieux plus modestes participent, notamment des femmes latino-américaines.

Le groupe d'allaitement demande de solides compétences en animation, de par son statut de groupe ouvert. L'animatrice ne peut anticiper ni le nombre de personnes, ni le type de problématiques ou de personnes se présentant. Elle rencontre parfois des difficultés à gérer l'animation, lorsque le groupe est plus grand qu'à l'accoutumée ou lorsqu'une participante accapare le temps de parole avec son problème particulier. Ici comme à l'accueil, le thème d'entrée en contact est posé par l'institution, mais peut être instrumentalisé pour toutes sortes d'autres partages par les femmes. Parfois, quand le groupe est restreint et qu'une femme sent une ouverture de la part de la sage-femme, elle aborde des passages douloureux de sa vie et qu'elle sent interférer avec sa nouvelle situation de mère<sup>133</sup>. Dans ces situations, la sage-femme doit être accueillante tout en respectant les limites de ses compétences.

D'autres groupes ouverts et ne demandant pas d'inscription préalable s'adressent aux femmes enceintes. Il s'agit des groupes *sensibilisation à la naissance* et *plan de naissance* qui proposent de réfléchir au moment de la naissance afin d'établir des souhaits de prise en soins pouvant le moment venu être communiqués aux professionnel-le-s concernés. Un groupe de préparation à l'allaitement est également proposé aux femmes enceintes. Un groupe de parole réservé aux seuls pères traite aussi de préparation à la naissance.

---

<sup>133</sup> Notes de terrain.

Ensuite, un groupe de préparation à la naissance gratuit et faisant donc partie des activités dites de santé publique est proposé aux femmes allophones et est animé avec la collaboration d'interprètes communautaires. Ce groupe a été créé dans le but d'ouvrir la préparation à la naissance à un public plus large, n'ayant pas accès au format habituel, du fait de son coût et de l'absence de traduction. Les objectifs des sages-femmes proposant cette prestation sont analogues à ceux de la préparation à la naissance standard. L'animation en est plus complexe, car elle nécessite de prendre en considération la présence et l'activité simultanée de plusieurs interprètes communautaires. La sage-femme structure les séances afin que chaque femme puisse bénéficier d'un espace de parole et que chaque partage soit traduit à l'ensemble du groupe. Les séances sont conçues pour intégrer plusieurs langues dans un même groupe de préparation à la naissance, afin d'éviter de séparer arbitrairement les femmes en groupes ethniques essentialisés.

Ensuite encore, une importante activité de santé publique consiste en des séances d'information dénommées *naître à Genève*, qui ont lieu une fois par mois. Cette prestation renseigne les futurs parents sur les possibilités de suivi offertes sur le canton et répond à leurs questions. Les sages-femmes présentent les différents établissements et types de suivi, mentionnant aussi bien les cliniques privées, que la maternité publique, la maison de naissance ou l'accouchement à domicile. C'est vraisemblablement le seul lieu du canton où ces possibilités sont présentées sur un pied d'égalité. Les futurs parents ont souvent une idée précise de ce qu'ils souhaitent pour la naissance et l'une des difficultés de l'animation réside ici dans la présence de parents ayant des projets radicalement différents. Les sages-femmes doivent veiller à ne pas survaloriser les options pour lesquelles elles ont des préférences et accueillir les parents avec la même chaleur quelle que soit leur demande.

Enfin et depuis 2011, une activité originale a été instaurée, consistant en une marche hebdomadaire à partir de l'Arcade<sup>134</sup> pour les mères et les bébés. L'objectif est de promouvoir la reprise du mouvement, annoncé comme favorable à la santé, et de proposer une opportunité de rencontrer d'autres mères.

Les activités de santé publique sont donc nombreuses et variées aussi bien dans leurs formes que dans leurs contenus. Selon les sages-femmes, ces activités sont développées pour répondre à des besoins constatés à partir de l'activité à domicile et de connaissances sur les priorités de santé publique. Toutes les sages-femmes participent à plusieurs de ces activités en fonction de leurs préférences et compétences spécifiques. Toutes ces activités impliquent de collaborer avec des collègues et de chercher une homogénéité minimale dans les conseils ou les attitudes qui sont

---

<sup>134</sup> Un deuxième groupe existe également à Versoix, une petite ville du canton de Genève.

proposées aux parents. En ce sens, ces activités constituent des lieux importants pour la négociation des savoirs abordée dans la quatrième partie de ce travail.

#### **4.3.5 Prestations des sages-femmes : une synthèse**

Les prestations qu'offre l'association de sages-femmes à la population genevoise sont plurielles et concernent les différentes étapes de la naissance allant de la grossesse au post-partum. Reconnues d'utilité publique, plusieurs prestations non remboursées par les assurances sont subventionnées par l'Etat et sont donc d'accès gratuit pour les parents.

La population fréquentant l'association est variée tant socialement que culturellement, cependant dans de nombreuses prestations la classe moyenne et la classe moyenne supérieure sont surreprésentées. Des femmes issues de la population expatriée germanophone et anglophone se présentent régulièrement aux accueils et semblent surreprésentée dans la clientèle<sup>135</sup>. De nombreuses sages-femmes se rendent compte de ce décalage entre leur désir de servir toute la population et la réalité de la fréquentation, alors que d'autres ne remarquent pas ce paradoxe.

La prestation la plus équitable pour la population vivant à Genève est le suivi post-partum à domicile. Remboursé par l'assurance de base et proposé à toute femme accouchant dans le secteur public du territoire cantonal, ce service est pratiquement universel. Les sages-femmes facilitent l'accès aux soins postnataux, car ce sont elles qui se déplacent et non les familles. Cette prestation semble utile aux familles vivant dans des conditions sociales difficiles, ce que je discute au chapitre 11.

#### **4.4 Sages-femmes de l'Arcade : la diversité des formations et des expériences**

L'anthropologie des habiletés porte une attention particulière aux membres individuels des communautés de pratique, dans ce travail des sages-femmes aux trajectoires variées. Ce niveau microsocial de l'enquête permet d'envisager, notamment aux chapitres 7 et 9, comment ces personnalités et trajectoires influencent la vie de la communauté de pratique et la conception des savoirs et du rôle professionnels.

Il paraît évident d'accorder une importance aux trajectoires professionnelles en tant que processus constitutifs de savoirs. Il me semble moins communément admis que les trajectoires personnelles jouent un rôle tout aussi important à cet égard. Le travail de terrain, comme je le montre dans la deuxième partie, souligne comment les histoires de vie des sages-femmes, ainsi que leurs personnalités, participent nettement de la construction de leurs savoirs. L'être humain, à travers les

---

<sup>135</sup> Notes de terrain.

expériences vécues et les activités exercées, devient et se différencie tout au long de sa trajectoire de vie (Toren 2001, Ingold 2011), constituant le résultat d'un enchevêtrement inextricable entre inné et acquis (Marchand 2010, Lende and Downey 2012). Si l'être humain module son comportement en fonction de différents rôles ou intentions, il dispose d'une personnalité relativement stabilisée qu'il n'est guère possible de « laisser au vestiaire » selon la formule consacrée, d'où l'intérêt de prendre en considération les caractéristiques personnelles des professionnel-le-s pour penser l'accompagnement de la naissance et la construction de savoirs.

Comme je l'ai déjà évoqué, l'intégration d'une diversité de profils de sages-femmes a été l'une des pierres angulaires de la fondation de l'Arcade, qui a réuni deux groupes auparavant séparés par leur positionnement idéologique concernant l'accouchement à domicile (Luisier 2006, Luisier, Masur et al. 2014). Aujourd'hui encore, il y a des sages-femmes, certes minoritaires, qui pratiquent des accouchements extrahospitaliers, en maison de naissance ou à domicile, et d'autres qui ne s'y emploieront jamais, jugeant cette activité risquée et trop astreignante. Les tensions prévalant autour de cette différence fondamentale restent perceptibles, mais se sont amoindries.

La diversité des profils concerne de nombreuses dimensions de la trajectoire des sages-femmes. Premièrement, la durée de leur expérience joue un rôle important. Si certaines bénéficient de quelques années de pratique seulement, d'autres exercent depuis 2 voire 3 décennies et sont proches de la retraite. Ces dernières ont participé plus ou moins activement au mouvement social de mai 1968 et ont lutté pour l'obtention des droits politiques des femmes. Ces sages-femmes ont vécu l'introduction de la contraception hormonale et l'évolution du droit à l'interruption de grossesse.

La majorité des membres a une expérience en secteur hospitalier, que ce soit dans des maternités publiques ou privées. Certaines membres ont néanmoins préféré devenir praticienne indépendante dès l'obtention de leur diplôme et ont donc été les assistantes d'autres sages-femmes pendant au moins deux ans, jusqu'à l'obtention de leur numéro de concordat. Plusieurs membres ont travaillé à l'étranger, en Afrique, en Asie et en Amérique latine dans le cadre de projets humanitaires et parfois dans des environnements instables voire dangereux. Quelques-unes ont effectué une deuxième formation avant ou après leur diplôme de sage-femme, parfois de niveau universitaire. Certaines ont un diplôme de santé publique, ou en sciences de l'éducation et une sage-femme effectue des études d'ethnologie. Plusieurs sages-femmes ont une double formation professionnelle, en l'occurrence d'assistante sociale et de psychomotricienne. D'autres encore ont exercé dans le domaine de l'enseignement scolaire ou professionnel et plusieurs membres ont une expérience dans des fonctions d'organisation et de gestion de projets. Quelques membres ont initié ou participé à des recherches, ont écrit des articles voire, pour l'une d'entre elle, des livres. Enfin, plusieurs membres

ont effectué des formations complémentaires certifiantes concernant des approches corporelles telles que le Yoga, les massages, la gym mère-enfant, l'haptonomie ou la rééducation urogénitale. Cette liste non exhaustive souligne la diversité des parcours présente dans la communauté de pratique.

Les sages-femmes continuent à construire leur diversité en exerçant leur rôle selon des modalités variées. Au-delà des activités obligatoires, comme la participation aux activités de santé publique, les sages-femmes peuvent choisir entre de nombreuses options. Si elles doivent participer à un cercle qualité, elles ont le choix entre plusieurs thématiques : allaitement et accueil, suivi global, accouchement à domicile, suivi des situations complexes, construction des protocoles ou organisation de la formation continue. Les activités de santé publique sont aussi variées, avec notamment : les informations globales, les groupes d'allaitement, les informations sur l'alimentation du nourrisson, les accueils et les permanences. Certaines sages-femmes effectuent des suivis globaux de la grossesse au post-partum, en passant ou non par la naissance, alors que d'autres effectuent essentiellement des suivis post-partum. Ces choix modifient la clientèle rencontrée par les praticiennes. Le suivi global par une sage-femme restant marginal dans la prise en soins de la naissance en Suisse aujourd'hui, les parents doivent rechercher précocement et activement de l'information pour y avoir accès. Ces quelques conditions contribuent à ce que les suivis globaux soient essentiellement demandés par des couples de classe moyenne au moins. Effectuer des suivis globaux implique donc pour les sages-femmes de limiter les contacts avec les franges moins favorisées de la population. Enfin, selon leur zone géographique d'activité, les sages-femmes rencontrent des populations plus ou moins aisées et peuvent, ou non, constater la dureté de certaines circonstances de vie.

Sur un plan personnel, les trajectoires varient également et il n'est pas possible de décrire l'intégralité des événements ayant une pertinence dans la construction des savoirs. Le vécu d'une naissance, ou l'absence de son vécu, constituent évidemment des étapes importantes dans la vie des sages-femmes et qui influencent leur vie professionnelle. Ainsi donc, certaines sages-femmes n'ont pas eu d'enfants, alors que d'autres en ont plusieurs ou sont déjà grands-mères. Certaines ont expérimenté des naissances harmonieuses, alors que d'autres ont vécu des événements difficiles, telles que naissances avec complications, fausses-couches ou dépressions du post-partum. Certaines parlent volontiers de l'utilisation de cette expérience en pratique, mais aussi de ses limites ou des précautions prises pour en construire un usage éthique. D'autres refusent l'idée que leur expérience de la naissance s'invite dans leur profession et voient dans cet usage une intrusion inappropriée. Plus généralement, les trajectoires de vie des praticiennes peuvent être fort différentes. Si certaines ont



connu la pauvreté ou la violence dans leur enfance, d'autres sont issues de familles ayant toujours vécu dans des conditions confortables. Ces différentes circonstances influencent la conception de la vie et de la parentalité des sages-femmes, et jouent, qu'elles le veuillent ou non, un rôle dans la construction des savoirs. J'y reviendrai.

En résumé, les sages-femmes rencontrées au cours de cette recherche ont des trajectoires professionnelles et personnelles variées qui continuent d'évoluer durant leur activité au sein de la communauté de pratique. Chaque sage-femme approfondit certains aspects du rôle professionnel plus que d'autres. A travers le dispositif inductif de recherche, j'ai identifié, puis problématisé, comment ces différents éléments intervenaient dans les pratiques et dans les conceptions et négociations des savoirs individuels et communautaires, ce que je présente notamment aux chapitres 7 et 9.

#### **4.5 Une prestation emblématique : la consultation postnatale à domicile**

Parmi les différentes prestations proposées par les sages-femmes de l'Arcade à la population genevoise, les visites postnatales à domicile ont une place importante. Ce sont en effet les prestations les plus fréquemment offertes par les sages-femmes, qui constituent la plus grande partie de leur activité. Ces consultations sont en outre accessibles pour toutes les femmes accouchant en milieu hospitalier, car elles sont remboursées par l'assurance maladie de base et sont organisées par les sages-femmes des hôpitaux publics. Les séjours hospitaliers s'étant beaucoup raccourcis en une vingtaine d'années, ne durant plus que 2 à 3 jours en milieu public, une consultation à domicile est souvent nécessaire, laquelle permet, *a minima*, d'effectuer le guthrie, un dépistage de maladies métaboliques congénitales systématique, se pratiquant plusieurs jours après la naissance. Les visites postnatales sont par ailleurs les prestations que j'ai le plus observées au cours de l'enquête de terrain, et qui ont constitué une source essentielle pour découvrir et comprendre les processus et les contenus impliqués dans la construction de savoirs expérientiels.

Les consultations postnatales à domicile comprennent des séquences qui tendent à être répétées par les sages-femmes, même si celles-ci ne se voient d'ailleurs pas travailler entre elles. C'est le cas par exemple du moment que je qualifierais « d'écoute » et qui précède généralement l'examen physique de la mère et du nouveau-né, lorsque ce dernier dort en début de consultation. Ces consultations comportent également de subtiles variations, liées à l'expérience que la mère ou la famille fait de la naissance ou au style de la sage-femme. Beaucoup de consultations semblent globalement se dérouler bien pour la mère, la famille, et la sage-femme. Souvent cependant, une difficulté plus ou moins importante survient, qui doit être traitée sur une ou plusieurs visites. Par conséquent, j'ai choisi de résumer trois consultations à domicile, plutôt qu'une, ceci pour donner une petite idée de

certaines variations et pour ne pas considérer comme emblématique une consultation qui se déroulerait sans difficultés, ce qui ne correspond pas à la réalité. Dans ce passage, les consultations sont résumées pour donner une idée globale de leur déroulement. Dans la suite du texte, elles seront utilisées sous la forme d'extraits, plus détaillés, mais qui perdent cette vue d'ensemble.

Mon intention est de montrer l'activité des sages-femmes, certains détails auxquels elles font attention ou répondent. La description de l'environnement immédiat dans lequel vivent les familles, a par exemple souvent fait l'objet de commentaires des sages-femmes, avant ou après la consultation. Ceci dit les descriptions sont également le résultat de mes observations, de ce qui attire mon attention, reflétant donc mon regard d'anthropologue, mais aussi de sage-femme ou parfois de mère, qui est informée par les environnements, les attitudes des familles, des sages-femmes et, par leurs interactions. En d'autres termes, ces descriptions, qui sont au sens de Geertz déjà des interprétations (1998), contiennent une dimension auto-ethnographique, laquelle est utilisée par l'ensemble des anthropologues interrogeant la construction des habiletés.

#### **4.5.1 Deux consultations avec Pauline, une sage-femme indépendante expérimentée**

Pauline m'accueille deux fois avec elle, à quelques jours d'intervalle, me donnant l'occasion de voir deux visites consécutives dans la même famille. Au cours de ces consultations, Pauline adapte son organisation pour répondre à la demande d'une jeune mère et utilise différentes stratégies pour respecter les prérogatives des parents. J'utiliserai d'autres exemples de consultations avec Pauline, montrant ceux-ci que l'adaptation aux besoins ou préférences des parents n'est évidemment pas toujours réalisée.

Après avoir pris un long café matinal chez Pauline, nous rendons visite à une première famille qui habite un petit immeuble construit dans l'après-guerre, dans la banlieue de Genève. L'immeuble fait partie d'un ensemble serti d'espaces verts et comprend des jeux pour les enfants. Pauline me signale qu'elle a vécu dans un quartier de ce type avec ses enfants, qui pouvaient jouer en sécurité sur les gazons communs, sans barrières. Après avoir monté les deux étages à pied, nous sommes accueillies par Joséphine, une jeune femme énergique, maquillée et habillée de couleurs vives. Son mari est au travail. L'appartement est de taille moyenne, un trois pièces<sup>136</sup>. Il est clair, agréable, décoré avec un effort particulier pour assortir les couleurs. La télévision est allumée. Pauline demande à ce que le son soit coupé, s'excusant d'avoir de la peine à se concentrer avec. La maternité a transmis à Pauline que tout allait bien. Cette sage-femme s'en étonne, car Mia, le nouveau-né, pesait moins de 2500 grammes à la naissance, ce qui fait habituellement l'objet d'une attention particulière. Joséphine est une femme petite et très mince, son bébé semble proportionné à sa stature. En arrivant, Pauline et Joséphine prennent place au salon, sur le canapé. Joséphine tient Mia dans ses bras. L'enfant est éveillée, les yeux grands ouverts, et tourne lentement la tête pour suivre les différentes voix. Pauline dit « Ah c'est bien, toute éveillée et calme, c'est une enfant calme ». Elle demande à Joséphine comment elle va. Pauline est souriante, enthousiaste, semblant avoir du plaisir à voir Joséphine. Comme Mia a un poids en dessous des normes, Pauline pose rapidement une série de questions sur les mises au sein, sur la fréquence des tétées et sur l'espacement entre celles-ci. Elle se réjouit explicitement d'entendre que

---

<sup>136</sup> Le nombre de pièces ne comprend pas la cuisine. Au sens genevois, qui n'est pas utilisé ailleurs en Suisse, il s'agit d'un 4 pièces.

Mia tête régulièrement, au moins huit fois par jour. Joséphine dit à Pauline que son enfant est resté éveillé longtemps entre deux heures et trois heures et demie du matin, demandant à téter plusieurs fois. Pauline propose de faire des siestes durant la journée. Pauline demande ensuite à Joséphine comment sont ses seins, les mamelons, la suture d'une déchirure de 1<sup>er</sup> degré et, si elle a des douleurs. La sage-femme commente régulièrement les choix effectués par Joséphine pour elle ou son enfant en disant « c'est bien, c'est très bien ».

Pauline demande si Joséphine a des questions. La jeune mère en a plusieurs qui concernent toutes les soins à son enfant et demande s'il est possible de faire le bain avec elle ce matin. Elle a vu une démonstration de bain en maternité, puis l'a pratiqué une fois elle-même et dit qu'elle serait rassurée de le faire encore une fois en compagnie d'une sage-femme. Pauline acquiesce. Mia a mangé récemment, c'est donc un bon moment pour faire le bain selon la praticienne. Joséphine dit que la table à langer est dans la chambre de Mia, que cela n'est peut-être pas pratique et propose de la déshabiller sur la machine à laver de la salle de bain. Pauline rigole et dit que souvent on prépare les choses pour que tout soit joli pour l'arrivée du bébé et qu'après, confronté à la réalité, on met en place des habitudes pour que la vie soit pratique. Joséphine prend les effets nécessaires pour le bain, elle vérifie avec Pauline si les produits qu'elle a choisis sont adéquats. Il y a une gamme de produits vendus en pharmacie, au parfum agréable, mais qui sont chers. Pauline préfère les marques qui ont une réputation plus « nature », par exemple *Weleda*, mais elle n'en dit rien. Elle répond « Oui, vous pouvez tout à fait utiliser ces produits, vous les avez achetés parce qu'ils sentent bons et cela vous plaisir de les utiliser, c'est bien. ».

Mia est déshabillée et pesée, elle a pris une trentaine de grammes en un jour, « c'est bien » dit encore Pauline. En la testant avec son coude, Joséphine trouve la température de l'eau trop chaude. Avant de commencer à refroidir l'eau avec le tuyau de douche, elle demande à sa sage-femme de surveiller Mia. Pauline dit « volontiers » et prend le bébé dans ses bras. Elle lui parle doucement, utilisant un mamanais peu prononcé. Pauline tient l'enfant en berceuse, d'abord à une distance d'environ 30 cm, puis petit à petit le rapproche pour lui parler. Pour Joséphine, l'eau est maintenant à la bonne température, elle demande toutefois à Pauline de vérifier avec elle. La température est *parfaite*. Pendant le bain, Pauline donne beaucoup de conseils pratiques. Elle revoit avec Joséphine comment tenir le bébé dans l'eau. Elle passe sa main sous la tête de l'enfant pour aller attraper le bras qui est le plus loin de son corps, elle fait une pince avec le pouce et l'index, autour du bras, de manière à ce que l'enfant soit sécurisé et ne risque pas de tomber dans l'eau. La nuque et le début de la tête, une partie de l'occiput, reposent sur le poignet. Ici, l'hôpital s'invite à la maison par un geste qui s'y apprend, étant pratique et rassurant. Comme la baignoire de Mia est installée au fond de la grande baignoire, la mère et la sage-femme s'agenouillent toutes deux. Joséphine tient son enfant et Pauline distribue le savon à la demande de la mère et fait des commentaires encourageants. Mia s'est arrêté de pleurer une fois dans le bain et a les yeux ouverts. Joséphine le souligne, cela lui fait plaisir. Cela se passe mieux que la première fois. Pauline remarque que le bébé réagit ainsi parce qu'il se sent en sécurité et bien avec elle.

Après le bain, Pauline vérifie si Joséphine n'a pas de questions et propose un rendez-vous deux jours plus tard.

### Une seconde visite chez Joséphine :

Pauline frappe à la porte de Joséphine qui répond avec son bébé entrain de téter et visiblement sur le point de s'endormir. Joséphine nous invite à nouveau à nous rendre au salon et chacune reprend sa place de l'avant-veille. Joséphine et Pauline sont sur le même canapé, assises un peu « de coin », pour être tournées l'une vers l'autre, dans la même position. Je suis dans un fauteuil, un peu plus distante. Les locaux et leur aménagement changent tous les jours pour les sages-femmes à domicile, n'offrant pas la même « routine » qu'à l'hôpital. Dans une logique d'anthropologie des habiletés et de cognition incorporée, reprendre la même place est probablement un moyen de se mettre à l'aise, en produisant un début de familiarité avec l'environnement. Aujourd'hui, Joséphine a fait une queue de cheval, comme l'avait suggéré Pauline l'autre jour. Joséphine a de très longs cheveux, ce qui n'est pas toujours pratique lors de certains soins au bébé, comme le bain. Pauline parle calmement et dit « Dites-moi comment cela s'est passé ? ». Elle pose ensuite des questions précises sur l'allaitement, compte le nombre de tétées, puis fait un résumé des réponses de Joséphine. « Donc, ce matin elle a mangé à 6h30, puis maintenant

et reprendra une fois un peu avant midi, c'est ce à quoi vous vous attendez ? L'après-midi elle prend bien une fois. Puis en fin d'après-midi, elle mange tout à coup plusieurs fois, et c'est moins clair où commence et où finit la tétée, d'accord ? Et la nuit, elle a dormi cinq heures d'affilée.». S'en suit une discussion sur la durée du sommeil. Joséphine demande si l'on peut laisser l'enfant dormir autant étant donné son poids de naissance. Pauline fait le décompte des tétées, à peu près 10 tétées sur 24 heures, c'est donc possible selon elle. Elle demande ensuite si l'on peut peser Mia, ce qui donnera des éléments complémentaires pour répondre à la question. Joséphine parle des conseils de sa mère et de sa tante. Sur le chemin de la chambre du bébé, Pauline demande à Joséphine si elle a beaucoup de famille, Joséphine répond que oui. Pauline demande encore « Ce sont des gens qui vous font du bien ? ». Dans le ton de sa voix, il y a déjà quelque chose de positif, c'est une vérification pour la forme. Pauline a saisi dans l'échange précédent que les conseils de la mère et de la tante avaient rassuré Joséphine. Pauline ajoute « Alors appelez-les tant que vous voulez, c'est bien. ».

Mia est ensuite posée sur la table à langer et Pauline demande si elle peut la déshabiller. Joséphine acquiesce et dit qu'ainsi elle peut préparer la baignoire. Pauline ne s'attendait pas à refaire de bain, montre sa surprise en une phrase et une mimique étonnée, puis ajoute qu'il est possible de le faire, d'une voix douce. Pauline va prendre un peu de retard dans l'organisation de sa journée, elle le sait. Elle pourrait négocier de ne pas faire le bain, Joséphine étant à l'aise dans ses gestes, mais la sage-femme opte de répondre à l'attente de la femme. L'idée du bain m'apparaît comme une forme de répétition de la première consultation, une forme de structuration de la rencontre visant à rendre son déroulement prévisible par Joséphine. Cette mère prépare méticuleusement toutes les petites affaires et met l'eau à couler. C'est l'hiver, il fait très froid, et l'eau tarde à avoir la bonne température. Joséphine est un peu fébrile, elle cherche à faire vite, ayant compris que le bain n'était pas prévu par sa sage-femme. Pauline remarque l'empressement et dit qu'il y a le temps, pas besoin de se dépêcher. Mia est pesée, elle a pris beaucoup de poids en deux jours. Joséphine félicite joyeusement sa fille, lui dit qu'elle est une championne et lui donne un baiser. Pauline ravie elle-aussi, confirme que Mia peut sans autre dormir plusieurs heures d'affilée. La grand-mère avait bien raison dit-elle encore. Lorsque le bain est prêt, Joséphine prend son fille et la glisse doucement et sûrement dans l'eau. Elle est comme l'avant-veille à genoux à côté de sa baignoire. Pauline ne se met pas juste à côté, comme l'autre fois, mais plus loin, assise à l'extrémité de la baignoire. Comme si elle savait que Joséphine n'avait plus besoin de la sentir près d'elle. Joséphine semble dans une bulle avec sa fille, nous n'existons plus vraiment. Mia est calme et apprécie le bain. Joséphine demande du savon à Pauline. Comme la peau de l'enfant est sèche, Pauline suggère de ne pas trop en mettre. Joséphine en réclame une deuxième fois, « les fesses ne sont pas assez propres ». Joséphine nous tourne le dos, Pauline se permet alors de me regarder en écarquillant les yeux pour marquer que malgré son conseil, Joséphine affirme son point de vue. Pauline répond ensuite rapidement à la demande et fournit le supplément de savon demandé sans rien ajouter.

Après le bain, Pauline vérifie que Joséphine n'a plus de questions. Une autre visite est prévue quelques jours plus tard, probablement l'avant-dernière. Si Mia a un petit poids de naissance, elle se rattrape vite. Joséphine est à l'aise avec son enfant.

#### **4.5.2 Une consultation d'allaitement avant la reprise du travail avec Ludivine**

En fin d'après-midi, j'ai rendez-vous au pied d'un vieil immeuble avec Ludivine, une sage-femme qui a trente ans d'expérience et plusieurs formations continues à son actif. Avant la consultation, Ludivine m'informe que Léa et Marcel, le couple que nous allons voir, a eu des difficultés à avoir un enfant. Souhaitant leur offrir un accompagnement rassurant, leur médecin a proposé un suivi par une sage-femme, dès la grossesse. Ludivine connaît donc le couple depuis presque une année.

Nous montons à pied au quatrième étage sans ascenseur. Le couple nous ouvre en souriant et nous fait entrer dans un appartement comportant de nombreux livres, disques, et plusieurs instruments de musique. Ludivine a rendez-vous pour une consultation d'allaitement, planifiée avant la reprise du travail de Léa, trois mois après la naissance. Ludivine dit bonjour en souriant aux parents, puis dit bonjour à Lucien, un beau poupon de trois mois aux yeux brillants, et qui est dans les bras de sa mère.

Ludivine parle dans un mamanaïs très prononcé, mélodieux, et humoristique. Puis elle se reprend et dit à haute voix en se tournant vers les parents « mais pour qui est-ce que je suis là ? ».

Léa annonce à Ludivine que c'est bien qu'elle soit là, c'est la crise. Ludivine s'étonne. Lucien, l'enfant est attentif et calme. Quelle crise ? Laurence a tenté de tirer son lait pour faire des réserves avant la reprise du travail. Elle devrait récolter plus de 100 millilitres de lait et, seuls 20 millilitres sont sortis avec le tire-lait. Des larmes gonflent ses yeux. Léa trouve que ses seins sont moins tendus, cela la stresse. Elle se demande si son enfant n'obtient que 20 millilitres par repas lorsqu'il tète.

Ludivine l'écoute quelques instants, puis propose que l'on se pose d'abord, en désignant le canapé. Léa et Ludivine prennent place sur le canapé, tournées l'une vers l'autre. Ludivine écoute, dans une position qui la fait paraître plus petite qu'elle n'est, le dos un peu penché en avant, les coudes posés sur ses cuisses et les mains jointes. Marcel s'assied sur le rebord du canapé à côté de sa femme. Lucien, éveillé et attentif, est placé près de son père, dans un *baby-relax*. Ce sont avant tout Ludivine et Léa qui parlent, Marcel écoute et participe ponctuellement, montrant qu'il a du recul, qu'il sait que son enfant va bien. Au début du récit de Léa, Ludivine passe plusieurs minutes à écouter, elle acquiesce, elle regarde attentivement et n'interrompt pas. Elle ponctue parfois de la tête ou par un « Mmh Mmh » montrant son attention. Ludivine semble sérieuse, ce qui contraste avec son tempérament habituel, enjoué et plein d'humour. A un moment donné, elle résume la situation pour vérifier avec le couple ce qu'elle a compris, puis ajoute qu'elle n'est pas inquiète. Léa avait déjà pu tirer du lait sans problème. La difficulté semble être une baisse ponctuelle de lait. Ludivine vérifie ensuite : « Et toi, dans ce que j'ai compris de ce que tu souhaites, tu aimerais continuer d'allaiter un moment. C'est ça ? » Léa confirme, c'est bien ça. Ludivine explique aussi que Lucien est maintenant plus grand, peut-être dans un pic de croissance, avec des besoins augmentés, ce qui arrive à plusieurs reprises durant la première année. Les bébés tètent alors plus souvent, jusqu'à ce que la maman produise plus de lait. Ce n'est alors pas un moment idéal pour tirer du lait en dehors des tétées. Léa craint que Lucien n'ait pas assez, se sent coupable. Ludivine regarde Lucien. Avec sa jolie frimousse toute en lune, sa vigueur, on voit, dit-elle, que c'est un petit bonhomme qui va bien. S'il avait faim, cela se saurait, il manifesterait en pleurant fort. Marcel dit qu'au pire des cas, si Lucien en a besoin, on pourra acheter un paquet de lait en poudre, ce ne serait pas dramatique. Ludivine acquiesce et dit qu'en dernier recours c'est possible. Elle dit qu'il y a encore du temps pour tirer du lait, mais propose néanmoins une marque de lait, biologique, sachant que le couple préfère les produits biologiques. Elle explique ensuite que certains tire-lait imitent mieux la succion d'un bébé que d'autres, notamment les alternances entre rythmes rapides et lents que produit le bébé. Ludivine ajoute encore que l'allaitement, c'est aussi une histoire d'hormones, que l'enfant ce n'est pas la même chose que le tire lait, l'un étant tellement plus touchant et mignon que l'autre. Suite à la discussion, Ludivine propose de peser Lucien, ce qui permettra d'avoir toutes les informations nécessaires pour décider de la suite.

Lucien est déshabillé, sur un mode ludique et un peu brusque, par son père. Tout le monde admire les plis de ses cuisses, ses bourrelets. Marcel rigole en soulignant que son fils a même de la graisse sur le tibia. Ludivine le pèse, il a pris 600 g en un mois, 150 g par semaine c'est bien. Marcel est rassuré, Léa pas complètement. Après la pesée, Léa prend Lucien dans ses bras, avec tendresse, on voit qu'elle l'aime. Elle renifle au passage l'odeur de ses cheveux, sur le sommet de sa tête, comme font beaucoup de parents.

Chacun reprend ensuite sa place dans le canapé, sauf Lucien qui est maintenant dans les bras de sa mère. Ludivine résume la situation. Lucien a pris du poids, il est tout à fait dans les normes, il a assez mangé. Elle calcule la somme totale de lait qu'il prend par jour, puis en un repas, avec sa calculette. Marcel fait quant à lui le calcul de tête, il faudrait prévoir environ 180ml de lait pour chacun des deux repas hebdomadaires que Lucien prendra sans sa mère. Ludivine dit que 140ml feront aussi l'affaire, que Lucien peut se rattraper au repas suivant. Ludivine propose d'attendre quelques jours, que Léa soit plus tranquille, pour tirer à nouveau du lait. Ludivine demande si Léa souhaite qu'elle revienne avant la reprise du travail, pour une seconde consultation d'allaitement. Léa confirme que oui. Un rendez-vous est fixé une semaine plus tard. Le couple nous raccompagne vers la porte, remercie Ludivine et nous dit au revoir.

### 4.5.3 Une consultation ponctuée de questions avec Chloé

Durant cette consultation, Chloé qui a une expérience de quelques années en tant que sage-femme indépendante, rencontre des difficultés à établir le contact avec Naima la femme à qui elle rend visite pour la seconde fois. Malgré une pratique de l'approche *centrée* sur la personne très attentive, beaucoup de douceur, la relation semble quelque peu tendue.

Chloé travaille depuis deux ans en tant que sage-femme indépendante. Nous avons rendez-vous dans un immeuble d'un quartier populaire de Genève en début d'après-midi. Naima, une femme mariée et qui a accouché cinq jours auparavant, vit quelques temps chez sa mère pour que celle-ci puisse l'aider durant la période postnatale. Naima est originaire du Maghreb, mais a vécu depuis très longtemps en France, puis en Suisse. Elle a donné naissance à son deuxième enfant en maternité hospitalière, dans la région. Son premier enfant qui a huit ans était né au Maghreb. Le premier accouchement a été ambulatoire, c'est-à-dire que Naima est rentrée chez elle quelques heures après la naissance. Elle n'a pas eu de sage-femme à domicile et dit avoir gardé un excellent souvenir de cette période.

Naima s'assied sur son lit, Chloé au pied du lit, la consultation commence par une discussion. Chloé adopte une position qui la rend plus petite, le dos légèrement recourbé, les coudes et par moment les avant-bras posés sur les cuisses. Chloé demande à Naima « Comment ça va ? ». Naima répond « Bien. » et se tait. Chloé demande ensuite « Comment est-ce que cela s'est passé, depuis ma dernière visite ? ». Naima parle alors de son allaitement, des tétées trop fréquentes selon elle. Chloé demande quelques précisions, fait des reformulations et des hypothèses empathiques, disant par exemple « Pour vous, c'est fatigant ». Naima répond « Exactement ». Cette mère a l'air fatiguée, elle est pâle, cernée et elle semble un peu triste. Les traits de sa bouche sont tirés vers le bas. Ses questions, qui traitent de points très pratiques, sont dites sur un ton un peu sec. Naima parle un français parfait, clair et recherché. Elle dit au détour de la consultation qu'elle est allée à l'université. Chloé ne lui pose pas de questions à ce sujet, sur ce qu'elle a étudié. Naima s'inquiète sur la reprise du travail. Comment va-t-elle faire pour tirer le lait ? Aura-t-elle assez de lait ? Chloé répond à quelques questions sur les tire-lait, puis propose de se concentrer sur le présent, il y a encore du temps. Chloé propose de prendre rendez-vous environ un mois avant la reprise du travail, pour aborder concrètement l'organisation de l'allaitement, du tire-lait et du travail, vérifiant au passage si c'est acceptable pour Naima.

Naima s'inquiète car sa fille demande beaucoup à être dans les bras. Cette mère a peur de créer de mauvaises habitudes, que son enfant ne devienne trop demandeur. Chloé réagit avec beaucoup de calme, c'est l'une de ses caractéristiques dans cet entretien, une certaine lenteur relationnelle et discursive. Chloé dit à Naima que c'est normal, que les bébés demandent à être portés et à être en contact avec les parents, que cela les aide à devenir équilibrés et qu'il n'en deviennent pas dépendants pour autant. Naima n'est pas rassurée, elle redit son inquiétude que son enfant ne se calme que dans ses bras. Sa fille est posée devant elle sur le lit, depuis le début de la consultation. Eveillée et attentive, elle écoute les voix, son regard se fixant quand quelqu'un parle. Chloé évoque les compétences du nouveau-né. Naima pense que son enfant ne voit presque pas. Chloé lui dit que l'enfant voit net à une distance d'environ 30 cm. Naima aimerait savoir quand son enfant verra parfaitement, Chloé répond vers 3 mois. La sage-femme propose ensuite de peser la petite fille. Naima la prend dans ses bras et la caresse doucement. Elle change le bébé, juste avant la pesée avec des gestes précis et doux, manifestement à l'aise. L'enfant a pris du poids et cela semble autant réjouir Chloé que Naima.

Chloé vérifie que le cordon soit propre, dit que c'était le cas à Naima. La sage-femme demande à la mère si elle continue à le désinfecter et suggère de le faire jusqu'à la cicatrisation de la peau. Cette suggestion étonne Naima qui avait prodigué moins de soins au cordon lors de la naissance de son premier enfant. Pendant que Naima rhabille son enfant, Chloé est près d'elle, à genoux à côté du lit. Elle regarde le bébé d'un air très attendri, elle s'est rapprochée de lui et se trouve à la distance à laquelle un nouveau-né voit

net. Elle lui parle d'une voix encore plus douce, on l'entend d'ailleurs à peine. Une fois la petite rhabillée, Chloé contrôle l'involution de l'utérus et de la suture, je n'y assiste pas. Chloé effectue ensuite une prise de sang pour vérifier si Naima est anémique et si son taux de plaquettes sanguines est stable. Naima a un taux de plaquettes habituellement bas, en raison d'une maladie congénitale.

Avant de conclure la visite, Chloé demande à Naima si elle a encore des questions. Naima aimerait savoir quand elle peut reprendre le sport et surtout les abdominaux, pour retrouver la ligne. Chloé répond qu'elle ne connaît pas d'exercices que l'on puisse faire aussi tôt pour les abdominaux. Elle suggère d'attendre six semaines que les hormones de grossesse aient cessé leurs effets pour reprendre le sport. Chloé ajoute qu'elle peut aussi chercher le nom de collègues qui connaissent mieux la rééducation du périnée qu'elle. Elle mentionne qu'il est également possible de faire de la gym maman-bébé à l'Arcade sage-femme, que celle-ci est prévue pour permettre un moment d'interaction avec le bébé et une remise en forme en douceur. Naima demande si elle doit mettre une gaine. Chloé ne sait pas trop, hésite. Il fut un temps où beaucoup de femmes mettaient des gaines, puis elles passèrent de mode. Chloé explique que les gaines peuvent être portées au début, juste après l'accouchement, que parfois cela est plus agréable. A long terme par contre, leur usage nuit à la récupération des abdominaux. Elle propose de mettre un foulard autour des hanches, que cela aide à les stabiliser, car elles ont été fortement mises à contribution au cours de l'accouchement. Naima demande à sa sage-femme de se renseigner plus précisément pour la prochaine visite. Naima amène ensuite des jus de fruits et des biscuits. Parsemée de questions, la consultation dure un peu plus d'une heure. Lucide, Chloé me dit après la consultation qu'elle a encore un peu de peine à gérer le temps. Elle ajoute qu'il était difficile pour elle de finir un sujet sans qu'une nouvelle question aborde un sujet connexe. Pour Chloé, ce style de discours, si l'on n'y prête garde, fait parler dans tous les sens sans vraiment faire le tour d'une seule question.

Après avoir décrit l'Arcade, ses organes et ses activités, je propose de continuer la réflexion en analysant les différents processus, sources et contenus participant à la construction de savoirs expérientiels par les sages-femmes. Les extraits seront souvent plus détaillés, mais ne couvriront de ce fait plus l'ensemble de chaque consultation.

**2<sup>ème</sup> partie. Construire des savoirs issus de l'expérience: entre activité située et trajectoires personnelles**



## Introduction

Cette deuxième partie décrit et interroge les savoirs que des sages-femmes indépendantes construisent, négocient, et véhiculent au cours de leur pratique. Ces savoirs consistent en différents processus et contenus conçus pour accompagner les familles ou pour collaborer entre collègues et avec les réseaux interprofessionnels. En ce sens, les savoirs ne sont pas désignés en tant que tels à partir de leur pertinence pour les familles, mais bien en tant qu'initiatives des sages-femmes pour se rendre utiles. Souvent, et cela se perçoit au détour du texte, l'accompagnement est une aide concrète et bienvenue. Parfois cependant, l'intention de servir les besoins des familles ne se réalise pas ou pas complètement. Par conséquent et dans une logique d'anthropologie impliquée, les circonstances accompagnant la plus ou moins grande pertinence des interventions seront parfois interrogées.

Chacun des chapitres suivants aborde l'une des principales sources d'élaboration de savoirs expérientiels par les sages-femmes indépendantes. Le chapitre 5 évoque la communauté de pratique de l'Arcade en tant qu'entité partageant une même profession, une part d'expérience passée et présente, ainsi que des représentations et des pratiques. En d'autres termes, ce chapitre définit des savoirs localisés construits dans l'espace de la communauté de pratique. Le chapitre 6 explore la dimension contextuelle participant à la construction de savoirs par les sages-femmes indépendantes. Il dévoile comment le contact avec la ville et les situations des familles étoffe et modifie les représentations de la naissance, des besoins des familles, ainsi que du rôle professionnel. Le chapitre 7 aborde ensuite la construction de savoirs à partir de l'expérience et du style personnels des sages-femmes, et souligne comment cette dimension est inévitable, appelant à sa prise en considération dans l'évaluation et la problématisation des pratiques. Le chapitre 8 situe les savoirs des sages-femmes à l'intérieur du contexte social et désigne à travers plusieurs exemples emblématiques comment les sages-femmes reprennent à leur compte des représentations et des pratiques véhiculées plus largement dans la société. La conception de l'individualité et de l'autonomie, ainsi que celle du risque, seront plus particulièrement abordées. Enfin, le chapitre 9 revient à la communauté de pratique, pour discuter cette fois des dissensions et des négociations, qu'implique la présence de plusieurs segments professionnels dans l'espace communautaire. Les savoirs y sont montrés d'une part en tant que constructions en constante reconfiguration et d'autre part en tant qu'enjeux de pouvoir dépassant les objectifs professionnels des sages-femmes.

Le découpage de l'interprétation permet de décrire avec densité les sources et les processus participant à la construction de savoirs à partir de l'expérience. Dans le quotidien des praticiennes, les influences dialogiques entre ces différentes dimensions ont cependant lieu dans une constante

simultanéité, impossible à réellement décrire par écrit. Cette simultanéité apparaît dans les extraits de l'enquête qui ne sont jamais décrits sous un angle purement communautaire, contextuel, personnel, ou culturel.

Comme je l'avais déjà évoqué, les sources me permettant de poser ce premier niveau d'interprétation sont variées. Souvent, les réflexions des sages-femmes récoltées au cours d'entretiens élaborent concrètement leurs réalités, parfois avec beaucoup de recul. Dans ces situations et lorsque les entretiens ont été enregistrés, l'interprétation anthropologique est sous-tendue par des citations directes. Dans d'autres passages, les événements et circonstances interprétées sont issues d'observations et d'entretiens informels. Dans ce deuxième cas de figure, les interprétations sont soit sous-tendues par des notes de terrain soit construites sans citations. De plus, certaines interprétations sont rendues possibles par l'écoute et l'observation de l'ensemble et de la diversité des réalités des sages-femmes, ne pouvant en ce sens être construites qu'à partir de la posture distante de l'anthropologue et, par le travail d'interprétation. Dans ce dernier cas, concernant par exemple les réflexions sur la géographie de l'activité, l'interprétation constitue une synthèse et n'est pas nécessairement sous-tendue par des citations. Toutes les interprétations reposent cependant sur l'observation et l'écoute de circonstances, de discours, et de pratiques récurrents.

## **Chapitre 5. L'accompagnement des sages-femmes indépendantes: une praxis et un ethos partagés, construits par la vie en communauté de pratique**

L'enquête ethnographique avait pour objectif principal d'identifier comment les savoirs des sages-femmes se construisent, par quels processus et à partir de quelles sources. Plus simplement, ces deux questions peuvent se résumer ainsi : comment est-ce que le savoir se fait<sup>137</sup> et qu'est-ce qui fait savoir ? Dans toute communauté de pratique, la performance des activités implique de nombreuses possibilités d'imiter, d'incorporer, d'échanger, et de négocier des savoirs, en la présence d'autres membres de l'espace communautaire (Lave and Wenger 1991, Wenger 1998). En décrivant les locaux et les activités de l'Arcade dans la partie précédente, j'ai évoqué les opportunités offertes ou imposées aux sages-femmes de se rencontrer entre elles. Ces différentes opportunités participent à la construction, à la négociation, et à la circulation des conceptions de la naissance, des besoins des parents, et du rôle professionnel qui sont ainsi constamment remodelés. Chaque sage-femme entend régulièrement les discours de ses collègues concernant des valeurs, des normes, des représentations de la pratique et, observe certaines de ces pratiques, notamment celles relevant de l'accompagnement, lorsqu'elles sont performées dans les locaux communs. Ce premier chapitre montre comment la communauté de pratique fait savoir et inversement comment des savoirs font communauté, participant de l'identité associative des sages-femmes rencontrées.

L'enquête a fait émerger de nombreuses représentations et pratiques partagées, qui par leur répétition durant les observations font savoir et parfois norme, indiquant ce qu'est un travail bien fait dans la communauté de sages-femmes rencontrée. En d'autres termes, saisir les savoirs partagés revient souvent à identifier les moralités, les réflexions éthiques, ainsi que l'ethos des sages-femmes indépendantes. Tout acteur social construit au contact des différents environnements qui l'abritent des représentations de ce qui est « bien » ou « mal », constituant ainsi ses moralités, à savoir des expressions concrètes de sa morale, déclinées sous formes de valeurs et de normes de comportement (Massé 2015). Celles-ci peuvent être issues de délibérations éthiques, construites à travers une démarche réflexive ou émerger plus souvent de la pratique, implicitement, et former alors un ethos agi au quotidien. Les différences entre moralités, délibérations éthiques, ou ethos, ne sont pas absolues. Un ethos pouvant par exemple s'explicitier dans une réflexion éthique, sollicitée ici par l'entretien de recherche. Ce chapitre cerne donc en quelque sorte l'habitus des sages-femmes indépendantes, soit cet ensemble incorporé d'attitudes et de pratiques qui signe l'appartenance à la communauté de pratique et est porté par ses membres (Massé 2015). Le terme d'habitus est utilisé

---

<sup>137</sup> En référence au terme de « knowledge making » utilisé par les anthropologues des habiletés Marchand, T. (2010). "Making Knowledge : Explorations of the Indissoluble Relation between Minds, Bodies and Environment." *Journal of the Royal Anthropological Institute*: 1-21..

depuis Bourdieu pour souligner l'inscription corporelle des savoirs et de l'action, de leur dimension implicite, et relever l'importance des détails, par exemple ceux relevant de la position corporelle, *l'hexis* (Memmi 2009).

Me reconnaissant parmi les anthropologues qui soulignent l'importance des détails, de la variation, et restent prudents face à la construction d'idéaux-types (Piette 1996, Bensa 2006), je compléterai cette présentation de savoirs faisant communauté, par d'autres exemples qui révèlent les différentes logiques aboutissant quant à elles à une certaine diversité des représentations et des pratiques entourant l'accompagnement de la naissance. En d'autres termes, un corpus de savoirs partagé relatif à cet accompagnement cohabite avec un espace de diversité qui se construit par le contact avec le contexte de la naissance et par les trajectoires et personnalités des sages-femmes. Cette tension entre la cohésion et la diversité communautaires est d'ailleurs au cœur du fonctionnement des communautés de pratique décrit par Lave et Wenger (1991, 1998). Greg Downey a d'ailleurs souligné que le terme d'*habitus*, trop conceptuel et éloigné du concret à ses yeux, peut faire surestimer l'homogénéité d'un lieu de pratique (2010), qui comme tout espace de construction culturelle est dynamique et, comporte de l'hétérogénéité (Cuche 2004). Tout en partageant son point de vue, je conserverai ce terme d'*habitus* pour résumer, parfois, ce qui est partagé par les sages-femmes à l'intérieur de leur accompagnement des familles. Par ailleurs, ces savoirs qui font communauté peuvent être partagés par des sages-femmes hospitalières ou par des médecins. Ce n'est pas tant l'idée d'exclusivité qui est importante ici, mais le fait que la communauté se reconnaisse et s'agisse à l'intérieur de ces principes ou pratiques partagées.

Les savoirs construits par le vivre et travailler ensemble sont donc tour à tour explicites ou implicites, performés sciemment ou de manière impensée et, concernent des attitudes générales ou de menus détails de la consultation. Leur point commun est d'être acceptés et performés par une majorité des sages-femmes de l'association. Dans cette anthropologie des habiletés, la représentation est l'action, ce qui souligne qu'une proportion des savoirs incorporés, ineffables, ne se traduit pas en mots (Kleinman and Copp 1993, Davis-Floyd and Davis 1996, Clark 1998), appelant ce récit à être partiellement incomplet.

Les savoirs partagés sont abordés à partir de quatre thèmes principaux identifiés durant l'enquête :

- ❖ Les similitudes dans l'approche globale et biomédicale du suivi
- ❖ La temporalité de l'activité centrée sur les besoins plutôt que sur les moyens
- ❖ Les attitudes affectives et de valorisation à l'égard des familles
- ❖ Les attitudes cliniques et affectives à l'égard des nouveau-nés et l'usage du *mamanais*.

## 5.1 Un accompagnement global et sa dimension biomédicale: entre un suivi méticuleux et une éthique de la moindre empreinte

Dans les conceptions théoriques concernant l'activité des sages-femmes, le rôle de protection à l'égard de la santé physique maternelle et périnatale est mis en exergue<sup>138</sup>. La mortalité maternelle et périnatale est inégalement répartie dans le monde et l'accès à des soins de qualité durant la naissance est l'un des facteurs permettant de faire baisser cette mortalité (Tunçalp, Were et al. 2015). La persistance de régions où la mortalité est élevée rappelle par ailleurs l'importance de protéger la santé physique des mères et des enfants. Ceci dit, les sages-femmes sont sensibles à l'avènement d'une culture du risque autour de la naissance (Gouilhers 2010, Cavalli and Gouilhers 2014), et veulent éviter les gestes invasifs et parfois douloureux que la médicalisation et technicisation de la naissance imposent aux femmes (Scamell and Stewart 2014). Cependant, le suivi reste passablement centré sur la santé physique en vertu des enjeux mentionnés ci-dessus. Entre besoin de sécurité et volonté de limiter la médicalisation et technicisation de la naissance, les sages-femmes cherchent un équilibre entre un suivi méticuleux et une éthique que j'appellerais de la moindre empreinte, en référence à la notion écologique d'empreinte humaine sur l'environnement. Cette éthique, fait l'objet de nombreuses réflexions, dans les entretiens, mais également entre les sages-femmes, se traduisant en moralités, c'est-à-dire en normes de comportement. De plus et évidemment, la moindre empreinte est aussi un ethos, performé à travers de micro-pratiques impensées et, parfois contredit lorsque d'autres logiques sont à l'œuvre, j'y reviendrai aux chapitres 7 et 8.

L'intégration du suivi biomédical à une réflexion *a priori* focalisée sur l'accompagnement de la naissance ne va pas de soi et mérite d'être brièvement discutée en préambule à ce sous-chapitre. L'accompagnement proposé par les sages-femmes ne peut en effet réellement prendre son sens s'il est séparé des soins ciblant la santé physique. Quelle femme pourrait par exemple se satisfaire d'un accompagnement, certes sympathique, mais n'ayant pas protégé sa santé physique ? Par ailleurs, les prestations relevant de la santé physique intègrent constamment une dimension d'accompagnement des personnes soignées, participant du vécu des phénomènes de santé et des soins (Collière 1982, Rossi, Kaech et al. 2009, Guittier, Cedraschi et al. 2014). Les manières de proposer et de réaliser les surveillances et les gestes peuvent en effet être plus ou moins respectueuses et attentionnées, voire devenir intrusives ou anxiogènes, selon les attitudes des professionnel-le-s. Enfin, l'intégration de la santé physique et des soins corporels à une réflexion concernant l'accompagnement repose sur une

---

<sup>138</sup> Dans les descriptions génériques de la profession et les référentiels de compétence, dans les discours des ONG sur la profession, dans la loi, ainsi que dans les ouvrages professionnels.

épistémologie holiste typique de l'anthropologie (Downey 2010)<sup>139</sup>. Dans les représentations des sages-femmes, le rôle professionnel est vu d'ailleurs comme une attention globale à la personne incluant la santé physique, mentale, et sociale.

La place de la santé physique dans le suivi à domicile est paradoxale. Comme je l'ai relevé dans l'introduction, la dimension physique de la santé est mise en exergue dans les définitions internationales et nationales du rôle de la sage-femme. Dans les entretiens avec les praticiennes cependant, l'accompagnement des femmes et de leur entourage revient de manière plus saillante que la dimension physique de la santé.

C'est sûr qu'il y a des choses très concrètes, on va vérifier l'involution utérine, la suture. C'est technique et je vais me rassurer que tout soit en ordre à ce niveau-là, qu'il y a rien de médical qui m'échappe. Mais mon idée, c'est surtout accompagner la femme, la sécuriser au maximum pour qu'elle ait les outils, pour que ça se passe au mieux. C'est vraiment ça mon but. Je vais pas m'attarder à faire 36 mille contrôles, je vais de loin pas faire que ça. Je vais volontiers boire un café ou montrer comment elle pourrait s'organiser avec sa table à langer (Entretien enregistré, Lucie).

A première vue, l'on pourrait même croire que l'accompagnement fait l'objet de plus d'attention que les soins physiques à la mère et à l'enfant. Or, il n'en est rien, ce que montrent les observations des sages-femmes en activité qui sont par exemple très attentives à l'évolution de l'enfant, à son poids et, à différents signes.

Une fois Loïc déshabillé, Emilie regarde sa peau, sa couleur, sa sécheresse éventuelle ainsi que le cordon ombilical. La table à langer se trouvant dans une salle de bain petite et borgne, mal éclairée, elle demande à Silke et à Steven si elle peut aller jusqu'à la fenêtre de la cuisine pour mieux voir sa couleur. Elle porte l'enfant à la lumière du jour et observe sa couleur attentivement. Elle appuie avec son doigt sur le front, sur le haut de la poitrine, sur le bras, pour voir la couleur de base de la peau, dont le sang est chassé un instant par la pression du doigt. Jaune ou blanche ? Elle regarde aussi la couleur du blanc de l'œil et des gencives. Emilie demande ensuite si Loïc a bien mangé, s'il est allé régulièrement à selle et s'enquiert de la couleur des selles<sup>140</sup>. Revenant à la table à langer, Emilie désinfecte ensuite le résidu de cordon ombilical et le regarde avec beaucoup d'attention. Elle alterne les échanges avec les parents, commente ce qu'elle observe, des éléments rassurants. (Observation à domicile, Emilie)

Les sages-femmes s'enquèrent également auprès des femmes de leur sensations, vérifient régulièrement l'état des seins, de l'utérus, du périnée, que ce soit en posant des questions, en observant ou en palpant.

Pauline préfère ne pas palper les seins, si elle peut l'éviter, trouvant le geste intrusif, ce qu'elle m'explique après la consultation. Elle demande des nouvelles aux femmes et, comme elle assiste souvent à une tétée les premiers jours, observe les seins en même temps que le positionnement de la mère et de l'enfant. (Entretien non enregistré et observation à domicile, Pauline)

---

<sup>139</sup> Cette posture respecte par ailleurs également la conception holiste de la santé proposée par l'OMS dès 1948.

<sup>140</sup> La bilirubine, le pigment qui rend l'enfant jaune et fait l'objet d'une surveillance, s'éliminant par les selles.

Camille demande comment sont les pertes, si elles sont abondantes ou spécialement odorantes. Elle demande ensuite si la suture de l'épisiotomie, effectuée en raison d'une naissance difficile par forceps, fait moins mal. Lors des précédents contrôles, l'utérus était bien contracté, les pertes normales, et la suture propre. Une semaine après la naissance et en l'absence de signes, Camille propose de ne pas faire d'examen physique. (Observation à domicile, Camille)

Parfois les observations demandent à ce que des mesures complémentaires soient prises, par exemple au sujet de l'allaitement :

Lorsqu'Emilie arrive chez Silke et Steven la première fois, au troisième jour après la naissance, Silke allaite. Ses seins sont bien visibles. Emilie commence donc la consultation par l'allaitement, parle de la montée de lait manifeste, pose des questions, et remarque que les seins comportent des rougeurs, évocatrices d'un engorgement<sup>141</sup>. Elle demande à Silke si elle a mal ou a de la fièvre. Emilie demande ensuite l'autorisation de palper les seins, ce qu'elle fait avec douceur sur l'entier du sein, en incluant la zone sous les aisselles. Elle demande en même temps à Silke si cela fait mal. Emilie donne ensuite des conseils sur la prévention et le traitement de l'engorgement, parle de la fréquence des tétées et de la position du bébé. Emilie demande encore à Silke si elle a appris le massage du sein lors de son séjour hospitalier. Ce n'est pas le cas. La praticienne propose alors de le lui montrer. Silke est assise dans son lit, Emilie s'assied face à elle, en miroir. Plutôt que de réaliser le massage sur Silke, Emilie le montre sur elle-même. Silke effectue les gestes tout en observant Emilie. Cette dernière masse en trois cercles concentriques de l'extérieur du sein vers l'aréole, en faisant de petits cercles du bout des doigts. Puis elle fait un mouvement curieux, qu'elle annonce comme n'étant pas très élégant, une sorte de coup de sac, qui fait trembler le sein comme un flan, en gardant une main posée sous le sein pour le soutenir. Emilie montre enfin des effleurements, qu'elle effectue sur le bras de Silke pour montrer le peu de pression exercée, dans l'intention de ne pas provoquer de sensation embarrassante. (Observation à domicile, Emilie)

Ici, la minutie de l'observation, comme dans l'exemple de Pauline plus haut, montre l'attention accordée au suivi biomédical. L'ethos de la moindre empreinte est toutefois agi, simultanément, en observant ou en montrant sur soi, plutôt qu'en palpant ou massant le sein des deux femmes. Du point de vue de l'observatrice cependant, l'observation très attentive et proximale de Pauline avait quelque chose de gênant, apparaissant presque plus intrusive qu'une palpation proposée avec respect. Parfois aussi, les sutures de césarienne ou d'épisiotomie se ferment mal ou se surinfectent, demandant des suivis plus longs, par exemple quand les cicatrices s'ouvrent en partie et ne se ferment que par granulation, depuis le fond de la plaie, un processus long. Ces désagréments, parfois forts inconfortables, demandent à ce que les sages-femmes fassent des rinçages, des pansements et, des surveillances de plaies.

L'accompagnement, au-delà de son importance intrinsèque pour les sages-femmes, est par ailleurs l'une des clefs de la perception clinique permettant à leurs yeux d'identifier d'éventuels problèmes de santé :

C'est juste le contact, le relationnel, de pouvoir parler de tout et de n'importe quoi et de faire passer tout ce qui est plus technique comme des détails. Pour moi, l'important c'est pas de savoir combien

---

<sup>141</sup> Une congestion et inflammation du sein qui peut se surinfecter. L'engorgement se manifeste par une tension des seins, des rougeurs et parfois de la fièvre.

mesure son ventre, c'est de savoir qui c'est cette maman, comment elle se sent, qu'est-ce qu'elle a envie. Peut-être que si elle sent qu'on est à l'écoute de ça, elle va s'ouvrir plus facilement que, de chercher qu'est-ce qui va pas dans sa grossesse quoi. Est-ce que c'est quelque chose de pathologique ? Pour moi, ça, ça vient après. Qui elle est, cette physiologie-là, comment elle vit, qu'est-ce qu'elle a envie, de quoi elle rêve etc. C'est plus quelque chose d'humain que d'obstétrical. L'obstétrique c'est un détail là-dedans, un détail entre guillemets. C'est important de faire passer la patiente en premier. C'est comme ça que je peux voir, s'il y a quelque chose qui va pas au niveau obstétrical, en faisant en sorte que ces parents-là soient le plus transparents possible. Je vais pouvoir avoir des petits détails qui des fois semblent pas importants, si on sait pas ce qu'on cherche en fait. Quelque chose qui sort de la physiologie. De toutes petites choses, des petites sensations, des petites douleurs, des démangeaisons ou une perte particulière. Des détails qui peuvent mettre la puce à l'oreille. (Entretien enregistré, Cinzia)

Les observations et les entretiens montrent ceci dit que les questions touchant à la santé physique sont habituellement moins problématiques que ceux qui impliquent la santé mentale. Ces thèmes apparaissent par conséquent moins dans les récits de situations, semblant prendre un rôle secondaire. Comme l'a relevé Erin O'Connor, l'expertise consiste en une performance agie de la pratique, reposant sur une multitude d'expériences antérieures, qui construisent la capacité de gérer les inattendus sans nécessairement les problématiser explicitement (2005). Lorsqu'une sage-femme mesure une tension artérielle pathologiquement élevée, elle sait qu'elle doit référer la femme à un obstétricien, ce qui en soit ne pose guère problème. Par contre, la réaction de la famille à l'annonce d'un diagnostic et de ses conséquences est parfois difficile à appréhender :

Michelle suit Blerime qui a une tension artérielle élevée, une suspicion de pré-éclampsie<sup>142</sup>. Blerime et Dardan habitent depuis longtemps en Suisse et parlent tous deux français. En cours de consultation, Michelle se rend néanmoins compte que leurs connaissances des questions de santé sont limitées et qu'ils ont de la difficulté à comprendre ce qui se passe exactement. Dardan est inquiet, nerveux, il reste debout pendant la consultation, ne tenant pas vraiment en place. La provocation de l'accouchement est prévue dans une semaine. Dardan se demande pourquoi l'on n'attend pas simplement la date fixée. Les mains de Blerime sont gonflées, son visage l'est aussi. Michelle demande à Blerime de s'asseoir un moment, calmement, avant le contrôle de la tension, puis lui demande comment elle va, si elle a eu des signes évocateurs d'une aggravation de pré-éclampsie, maux de tête, mouches volantes devant les yeux ou bourdonnements d'oreilles. Blerime dit qu'elle aimerait que sa tension ne soit pas trop haute, pour éviter d'aller à l'hôpital aujourd'hui. Après avoir attendu un moment, Michelle prend la tension, aux deux bras, et répète la mesure deux fois. La tension s'avère très haute. Michelle effectue un stix urinaire, pathologique, avec deux croix de protéines, confirmant alors un diagnostic de pré-éclampsie. Michelle avertit Blerime et Dardan qu'ils doivent se rendre à la maternité. Blerime se met à pleurer et Michelle dit à plusieurs reprises qu'elle est vraiment désolée. Michelle reste encore un moment à côté de Blerime, puis prend congé en annonçant qu'elle prendra de leurs nouvelles. En retournant à la voiture, Michelle me dit qu'elle n'aime pas ce genre de

---

<sup>142</sup> La pré-éclampsie est une pathologie évolutive relativement courante de la grossesse, qui touche aux micro-vaisseaux et impliquent différents organes. Sur un plan clinique et paraclinique, elle se caractérise par une hypertension artérielle et une perméabilité anormale des reins aux protéines qui deviennent alors détectables dans les urines. Accompagnée ou non d'une prise d'œdèmes, notamment faciaux et qui entraînent alors une importante et rapide prise de poids, la pré-éclampsie est surtout redoutée pour ses complications systémiques dues aux lésions des micro-vaisseaux. Lorsqu'elle est aggravée cette pathologie peut provoquer des convulsions, soit une crise éclamptique, des troubles majeurs de la coagulation, du fonctionnement rénal et hépatique. Dans leurs formes graves, les complications de la pré-éclampsie peuvent aboutir au décès de la mère et du fœtus Cunningham, F., K. J. Leveno, S. L. Bloom and J. C. Hauth (2010). *Williams Obstetrics*. New York, McGraw-Hill.. Depuis que je suis sage-femme, plusieurs femmes et enfants en sont d'ailleurs décédés en Suisse romande.



situations, qui peuvent être stressantes pour les femmes, notamment la surveillance intrusive effectuée lors de pré-éclampsie. (Entretien non enregistré et observation à domicile, Michelle)

La formation professionnelle et les premières années d'expérience à l'hôpital permettent de rencontrer les principaux problèmes de santé physique survenant parfois durant la naissance, formant alors ce background sensori-moteur typique de l'expertise. Le travail indépendant implique cependant une plus grande solitude des sages-femmes face au diagnostic des problèmes de santé physique, particulièrement lorsque la situation clinique n'est pas limpide physiologique ou pathologique.

C'est pas un métier facile parce que tu dois tout régler avec toi-même. T'as pas un collègue à côté, le service qui prend le relais après. Une fois que t'as lâché ton patient, il faut être sûr de ce que t'as fait, c'est quelque chose qui se développe avec les années. C'est une sorte de défi quand même d'être sage-femme indépendante. Mais maintenant ça va bien, je suis tranquille, mais ça m'a pris beaucoup de temps. (Entretien enregistré, Rebecca)

La période du post-partum tardif, les semaines qui suivent la naissance, que les sages-femmes accompagnent à domicile, comprend, comparativement au post-partum précoce vécu en milieu hospitalier, des évolutions nouvelles concernant l'allaitement, les soins de plaies, la santé et le comportement de l'enfant. Durant leur première année d'activité indépendante<sup>143</sup>, les praticiennes complètent leur répertoire clinique, qui impliquait jusque-là le post-partum précoce, à travers leurs sens et apprennent à déterminer ce qui doit retenir leur attention<sup>144</sup>. Durant cette année, les indépendantes débutantes ressentent fréquemment du *stress* et hésitent sur les suites à donner à un état clinique limite. C'est le cas lorsque l'ictère physiologique du nouveau-né est marqué ou lorsque la prise de poids semble lente. Dans les situations ambiguës, le doute préoccupe ces sages-femmes au-delà des heures de travail, ceci jusqu'à ce que les nouveaux aspects du suivi soient maîtrisés dans leurs variations courantes. Suite à cette première période, ce sont surtout les problèmes physiques extraordinaires qui restent *stressants* et préoccupants. Les pathologies habituelles engendrent parfois de l'inconfort lorsqu'elles impliquent un problème d'emploi du temps, lorsqu'elles contribuent à la création d'une tension avec la famille, ou lorsqu'elles créent un doute quant au niveau de médicalisation à engager. Cette normalisation des situations intermédiaires ou pathologiques communes est explicitement évoquée par les sages-femmes et apparaît également par une moindre référence à la santé physique dans leurs discours.

La capacité à gérer les principales variations de la santé physique durant la période du post-partum, incluant les pathologies courantes, est une norme tacite de la communauté de pratique. Les sages-

---

<sup>143</sup> Les sages-femmes évoquent une année d'expérience dans le secteur indépendant pour se sentir à l'aise dans leur nouveau rôle et dans ses variations habituelles, quelle que soit par ailleurs leur expérience préalable en milieu hospitalier.

<sup>144</sup> Notes de terrain.

femmes attendent les unes des autres que ces pathologies ne fassent pas l'objet de *stress* et qu'elles soient évoqués avec calme dans les échanges entre collègues. Avoir des doutes et avoir besoin de les partager est considéré comme normal, les sages-femmes expérimentées soulignant l'importance de cette posture humble aux nouvelles arrivées ou, aux collègues ne questionnant pas suffisamment leur pratique à leurs yeux. Cependant, cette acceptation du doute comporte des limites tacites au-delà desquelles cette sensation et le *stress* en découlant sont considérés comme excessifs ; le *stress* ostensible interférant avec le vécu des familles. Cette attente du collectif à l'égard de ses membres peut sembler aller de soi, cependant les sages-femmes rencontrent fréquemment des situations ambiguës, dont le diagnostic n'est pas aisé à établir. Cette norme communautaire peut être difficile à acquérir pour certaines sages-femmes dont les compétences sont alors questionnées.

Le silence relatif concernant la santé physique ne doit pas être pris pour une méprise des sages-femmes quant à leur rôle professionnel. Ces praticiennes accordent une importance effective à la santé physique durant les consultations post-partum, comme cela sera montré par différents exemples à propos de l'examen du nouveau-né, de sa peau, de son ombilic. Elles observent attentivement, posent des questions pour compléter leur jugement clinique. N'ayant vu aucune infection du cordon durant les observations, ni mentionné aucun cas par les sages-femmes, j'ai trouvé étonnant que les observations de la peau et de l'ombilic du nouveau-né soient aussi systématiques et attentives. Par ailleurs, lorsque les sages-femmes qui effectuent des accouchements à domicile parlent de cette activité, elles soulignent toutes, ceci sans y être invitées, l'importance de la sécurité physique, la conscience du risque et le poids du doute<sup>145</sup>, j'y reviendrai au chapitre 8. Dans les situations d'accouchement à domicile, les questions de santé physique sont plus aiguës et se produisent dans une temporalité plus courte, sortant forcément les sages-femmes d'une sensation de routine, d'où le sens de parler de ces épisodes.

L'importance de garantir la santé physique de la mère et de l'enfant reste donc au cœur de l'activité des sages-femmes indépendantes et constitue l'une des normes centrales du groupe. Ces praticiennes adoptent par ailleurs une attitude circonspecte à l'encontre de leur rôle professionnel et des soins qu'implique la promotion de la santé physique. Elles considèrent que leur intervention, bien qu'elle puisse constituer un soutien, représente aussi une interférence dans la vie des familles. Ces sages-femmes ont conscience de l'existence d'une culture du risque et se reconnaissent comme des agents de la médicalisation de la naissance. La communauté de pratique partage ce que j'appelle par conséquent une *éthique de la moindre empreinte*, c'est-à-dire qu'elles ont pour intention d'assurer la sécurité de la mère et de l'enfant en interférant aussi peu que possible dans leur vie et

---

<sup>145</sup> En ce sens, les sages-femmes qui effectuent des accouchements à domicile sont au diapason avec les femmes qui choisissent ce mode d'accouchement. Les femmes considèrent et en pondèrent elles-aussi les risques, comme l'a montré Solène Gouilhers (2014).

en adaptant leur intervention aux besoins et préférences des familles. A cette fin, nombre d'entre elles mesurent chaque acte qu'elles proposent aux parents et ne feront pas un examen superflu pour se rassurer et se protéger.

Dans cette même optique, plusieurs d'entre elles sont particulièrement attentives au nombre de visites qu'elles proposent et vérifient que leur présence soit non seulement médicalement justifiée, mais également souhaitée par les parents :

Arrivant chez Esther pour une deuxième visite, Jasmine est accueillie par cette femme souriante qui dit que tout va bien et lui explique en quelques phrases comment elle a vécu et géré les jours précédents. Jasmine lui demande si elle souhaite maintenir la visite, soulignant que celle-ci n'est pas indispensable et qu'il serait complètement acceptable pour elle de s'en aller. Esther propose de maintenir la visite, puis confirme à la fin de celle-ci qu'elle n'a pas besoin de revoir la sage-femme. Esther appellera Jasmine si besoin. (Observation à domicile, Jasmine)

En n'agissant pas pour se protéger de reproches ou de remords, mais en cherchant à justifier les interventions dans une logique *formelle* pour reprendre les termes de Danièle Carricaburu (2005, p.1), c'est-à-dire en considérant les questions de santé dans leurs détails et en jugeant minutieusement le risque, ces sages-femmes exercent leur activité en acceptant le poids moral de l'incertitude inhérente à la pratique de la médecine (Fox 1989, Fox 2000). L'*éthique de la moindre empreinte*, norme communautaire exigeante, fait cependant figure d'anachronisme, cette posture n'étant pas en phase avec la culture du risque et l'accroissement conséquent de la médicalisation et de la technicisation de la vie et de la naissance (Lupton 1995, Le Breton 1999, Carricaburu 2005, Lupton 2012).

L'objectif communautaire d'une *éthique de la moindre empreinte* et d'une prise de distance face à la culture du risque est difficile à atteindre. L'habitus, se performant dans les activités quotidiennes, est partiellement impensé (Bourdieu 2000, Ingold 2010). Cette condition, la part de l'ineffable (Davis-Floyd and Davis 1996, Clark 1998, Pink 2009), implique une difficulté à orienter volontairement l'évolution des pratiques. De plus, l'habitus des sages-femmes rencontrées ne s'est pas uniquement formé dans la communauté indépendante de pratique. Avant d'être sages-femmes indépendantes, toutes les praticiennes ont exercé en milieu hospitalier, que ce soit durant leur carrière ou leur formation et ont acquis par conséquent de nombreuses habitudes issues de cette expérience. L'examen clinique de la mère et de l'enfant, la conduite de l'anamnèse ont été appris dans les locaux de maternités hospitalières<sup>146</sup>. Ces séquences de soin sont reprises dans la pratique indépendante

---

<sup>146</sup> Durant leurs études, les étudiantes sages-femmes effectuent essentiellement leurs stages dans des maternités hospitalières. Jusqu'au milieu des années 2000, les stages en milieu indépendant étaient l'exception et ne duraient qu'une à deux semaines « d'observation ». Devenus systématiques ensuite, ces stages restent courts et ne sont devenus des stages à part entière, avec une validation, qu'en 2012. Cette structure de la formation explique l'empreinte forte des pratiques hospitalières sur l'habitus des sages-femmes. La lente adaptation de la formation aux conditions contemporaines de la pratique, où le secteur indépendant a pris beaucoup d'importance, est liée aux lois des Hautes Ecoles Spécialisées très restrictives quant à la reconnaissance des lieux de stage.

lorsque les sages-femmes n'ont pas rencontrés d'exemples différents au cours de leur carrière, en voyageant par exemple. Plusieurs sages-femmes ont conscience de cette *importation de l'hôpital à la maison*, pour reprendre la formule de Jeanne, l'une des sages-femmes, ce qui interfère notablement avec leur intention de déranger le moins possible la vie des familles; l'hôpital fonctionnant plus univoquement dans une logique du risque et de la surveillance<sup>147</sup>.

L'expérience préalable en milieu hospitalier a néanmoins une fonction importante au début de la carrière indépendante. Lorsque les sages-femmes commencent les visites à domicile, les circonstances de leur activité changent énormément, ce que je montrerai au chapitre 6. Dans ces nouveaux débuts, une partie des habitudes prises à l'hôpital constituent un socle de savoirs en partie rassurants, en d'autres termes un objet transitionnel. Le passé partagé, les références théoriques apprises à l'école, et les traces laissées par les premières années d'expérience en maternité hospitalière, contribuent par conséquent à la construction de la cohésion communautaire. Ceci est probablement renforcé par le fait qu'une majorité des sages-femmes rencontrées a effectué sa formation dans la même école et ses stages dans les mêmes institutions hospitalières.

Le lien avec le milieu hospitalier dépasse cependant la perpétuation d'habitudes, apprises en formation et en début de carrière, dans le présent professionnel. La communauté de pratique est inscrite dans un contexte institutionnel plus large et est en relation régulière avec les maternités hospitalières de sa région. Continuer de pratiquer les suivis sous une forme qui soient apparentée aux normes hospitalières explicites et tacites constitue ainsi une étape nécessaire à la reconnaissance de l'association en tant que partenaire fiable et légitime. Bien que la loi genevoise, ainsi que les autres lois cantonales suisses légitiment le travail de sages-femmes indépendantes de la grossesse au post-partum, l'acceptation de leur présence par les autorités médicales et les médecins privés ne va pas de soi. Les sages-femmes rencontrent parfois des difficultés à établir une collaboration constructive avec le réseau socio-sanitaire, j'y reviendrai au chapitre 6 également. Elles sont ainsi rarement tenues au courant de l'évolution des situations, comme cela se ferait avec un médecin traitant, et leur avis, pourtant construit au contact des circonstances de vie des familles, n'est pas toujours pris au sérieux. Ces praticiennes doivent composer avec ces difficultés, leur légitimité et celle de leur communauté se méritant par des suivis au-dessus de tout soupçon<sup>148</sup>, les écarts envers les normes de pratique des institutions hospitalières devant être limitées et justifiables. L'unité de leur pratique clinique, les points d'attention de leur surveillance, servent le maintien de cette légitimité (Cavalli and Gouilhers 2014).

---

<sup>147</sup> Cette tendance qui connaît des exceptions, reste nettement observable. Notes auto-ethnographiques.

<sup>148</sup> Entretien avec Camille et notes auto-ethnographiques.

Adopter certaines pratiques de l'hôpital, qui deviennent des normes de la communauté de pratique, est parfois un choix délibéré et pragmatique, les praticiennes reconnaissant les compétences des médecins en regard de la synthèse d'informations issues de la recherche biomédicale. Et c'est ainsi, et en d'autres termes, que la plupart des sages-femmes pratiquent l'EBM, c'est à dire de manière indirecte. A quelques exceptions près, les praticiennes s'estiment en effet insuffisamment formées pour effectuer les tâches complexes de recherche et traitement de l'information qu'implique la pratique « directe » de l'EBM et, préfèrent consacrer leur temps aux familles. Quelques membres, déléguées par l'association, contactent l'hôpital lorsqu'un besoin en informations complémentaires est identifié ou lorsqu'une nouvelle prise en soins est proposée par l'hôpital. Par ailleurs, ces praticiennes utilisent également les *guidelines* produits par divers institutions, par exemple celles de la Société Suisse de Néonatalogie. Si une éthique de la moindre empreinte marque l'appartenance communautaire, ce principe est appréhendé avec pragmatisme, pour assurer la légitimité de l'association de sages-femmes à l'intérieur du système de santé cantonal.

Les *guidelines* construits par les institutions reconnues dans le système de santé local sont néanmoins remis en question, soit lorsque c'est le souhait de parents, soit lorsqu'une norme de pratique appelle une médicalisation et technicisation jugée superflue et évitable.

Plusieurs sages-femmes ont été mandatées pour se rendre à la maternité et discuter les nouvelles normes de dépistage systématique du diabète gestationnel<sup>149</sup> par une hyperglycémie provoquée. Le nouveau protocole ne convient guère aux sages-femmes, car il implique un examen de dépistage jugé fastidieux pour les femmes. Ces dernières sont supposées se rendre dans un centre effectuant des prélèvements sanguins, à jeun, y rester une matinée afin d'ingurgiter une importante dose de sucre puis subir plusieurs prises de sang. Ce sucre bu sous la forme d'un épais sirop, pris en quantité, donne des nausées à certaines femmes et provoque parfois des hypoglycémies réactionnelles particulièrement désagréables. L'ancien protocole impliquait une dose de sucre moins importante et une seule prise de sang, d'où le doute et la mobilisation des sages-femmes. Suite à la demande d'information à la maternité, les praticiennes apprennent que d'autres modalités de dépistage, moins contraignantes, sont possibles et sûres. Les femmes sans facteurs de risque pourraient subir une glycémie à jeun et n'effectuer l'hyperglycémie provoquée qu'en cas de valeur pathologique de cette mesure. Les femmes avec facteurs de risque devraient quant à elles continuer à subir le test complet. Cette version plus légère du dépistage a été adoptée par la communauté de pratique. (Entretien non enregistré, Camille)

---

<sup>149</sup> Le diabète gestationnel est un état d'intolérance au glucose, se remarquant par une hyperglycémie, survenant pendant la grossesse chez 5-14% des femmes. Les femmes atteintes tendent à mettre au monde des enfants plus gros et présentant des risques d'hypoglycémie dans les premiers jours de vie. Les femmes concernées par cette pathologie peuvent parfois gérer celle-ci par un régime ou doivent, d'autres fois, entreprendre un traitement lourd comprenant des injections d'insuline. Un pourcentage de femmes non négligeable est par ailleurs à risque de développer un diabète ultérieur en dehors de toute grossesse Bain, E., M. Crane, J. Tieu, S. Han, C. A. Crowther and P. Middleton (2015). "Diet and exercise interventions for preventing gestational diabetes mellitus." *Cochrane Database Syst Rev* 4: CD010443. Les normes de dépistage de cette pathologie ont fait l'objet de polémiques en raison du surcroît de médicalisation qu'entraînent les versions les plus strictes du dépistage du diabète gestationnel.

En négociant une alternative au dépistage du diabète gestationnel, les sages-femmes reconnaissent les prérogatives des experts, protègent leur légitimité dans le réseau soignant et, respectent le principe communautaire de moindre empreinte.

La dimension biomédicale du suivi des sages-femmes indépendantes fait l'objet d'un consensus concernant plusieurs points, attestant d'une production commune de savoirs. Ce suivi est premièrement largement partagé entre les sages-femmes, ceci jusque dans des détails précis. Des différences subsistent évidemment par exemple en regard du nombre de consultations proposées aux femmes. Ces différences sont cependant interrogées par la communauté lorsque le principe moral de la moindre empreinte ne semble pas respecté. L'unité du suivi atteste également de l'insertion de la communauté de pratique dans le système de santé cantonal et assure ainsi la légitimité de l'association en son sein<sup>150</sup>. Le suivi biomédical est généralement évoqué comme la partie plus simple du suivi par les sages-femmes indépendantes, l'expérience accumulée pendant la formation, les années de pratique à l'hôpital puis dans le secteur indépendant, ayant permis d'acquérir une sensation de sécurité à cet égard. Les aspects relationnels du suivi sont considérés comme plus complexes, prenant une place considérable dans les réflexions des sages-femmes, et sont présentés au sous-chapitre suivant.

## **5.2 Temporalité de l'activité : dimension essentielle de l'accompagnement des sages-femmes à domicile**

Prendre le temps lors des visites à domicile et des consultations de grossesse, constitue l'une des conditions permettant d'assurer un accompagnement personnalisé et de qualité selon les sages-femmes indépendantes rencontrées. La possibilité de prendre le temps forme par ailleurs l'une des motivations essentielles à devenir sage-femme indépendante. La relation au temps constitue en effet l'une des différences les plus importantes existant entre travail indépendant et travail hospitalier. Ce temps supplémentaire passé avec les familles, en fonction de leurs besoins, mais aussi du tempo de chaque sage-femme, comprend deux axes, l'un diachronique impliquant de suivre les familles dans la continuité et l'autre synchronique impliquant une durée suffisamment longue de chaque consultation. La temporalité autour de laquelle s'organise le suivi des familles est cependant sujette à des variations, qui concernent aussi bien le contexte de l'activité des sages-femmes que leurs circonstances familiales et financières, ce que je discute plus loin.

---

<sup>150</sup> Notes de terrain. Cette reconnaissance a été exprimée au cours d'entretiens réalisés avec des obstétriciens Cavalli, S. and S. Gouilhers (2014). *Gynécologues-obstétriciens et sages-femmes dans le suivi de la grossesse : une complémentarité sous contrôle médical ? Accompagner la naissance: terrains socio-anthropologiques en Suisse Romande*. C. Burton-Jeangros, I. Maffi and R. Hammer. Lausanne, BSN Press..

La relation au temps dans le secteur indépendant est souvent comparée à l'expérience antérieure en milieu hospitalier qui sert alors de contre-exemple, source de souvenirs marquants, d'où l'importance d'aborder cette influence d'une expérience passée sur la gestion du présent.

### **5.2.1 Un passé de frustration : la temporalité de l'hôpital**

Pour de nombreuses sages-femmes indépendantes, la relation au temps commence par l'expérience d'une intense frustration vécue en milieu hospitalier. Dans les maternités hospitalières et particulièrement dans les établissements de grande taille, il n'y a ni continuité des soins<sup>151</sup>, ni beaucoup de temps à disposition pour chaque rencontre avec les femmes. La charge de travail est élevée, entrecoupée par les tâches administratives et les routines de l'organisation, ce qui interfère avec l'accompagnement des familles. De plus, les sages-femmes sont attribuées à un service en particulier et ne voient donc les femmes et les familles que ponctuellement, pendant la grossesse, la naissance, ou la période postnatale. Dans les maternités hospitalières du secteur public en Suisse Romande, les femmes ne restent par ailleurs que 2 à 3 jours en maternité après une naissance sans complications, ce qui participe de la brièveté et de la discontinuité des suivis. Enfin, lorsque les sages-femmes travaillent en horaires de douze heures, ce qui est fréquent, ces praticiennes effectuent moins de journées de travail hebdomadaire et ne voient souvent qu'une à deux fois chaque femme.

L'expérience de cette temporalité hospitalière, qui limite la possibilité d'un suivi personnalisé des familles, n'est pas jugé satisfaisante et motive les sages-femmes à changer le contexte de leur activité.

J'ai quitté l'hôpital parce que je supportais plus le post-partum à la maternité. Je trouvais ça monstrueux, d'être obligée d'avoir des pensées, d'avoir des actions, qui n'avaient rien à voir avec le métier de sage-femme. D'être tout le temps à réfléchir, est-ce que j'ai rempli les bons papiers, est-ce que j'ai fait les bonnes commandes de matériel, pour la pharmacie. Des choses annexes qui ont pour la plupart lieu d'être, mais qui sont pas ton boulot. Un jour, je me suis retrouvée à calculer combien de temps j'ai passé auprès d'un couple maman/bébé sur mes 12 heures de garde et j'avais passé moins de 7 minutes auprès de chaque maman/bébé. Je m'suis dit, mais attends, t'es en train de travailler comment ? C'est pas du boulot ça. C'est pas normal. (Entretien enregistré, Delphine)

Prendre le temps est nécessaire pour se centrer sur les besoins réels des femmes et des nouveau-nés et cela est difficile en milieu hospitalier.

Avoir le temps. Pouvoir analyser qui on a en face de nous pour travailler au mieux, pour lui apporter au mieux ce dont elle a besoin. C'est-à-dire que la sage-femme doit s'adapter à chaque fois et en milieu hospitalier, on a pas le temps, même si on est là 12 h. C'est tout millimétré à l'hôpital. Et dans la nature, le bébé il a faim quand il a faim, la maman elle a envie de faire pipi, quand elle a envie de faire

---

<sup>151</sup> A quelques exceptions près. Certaines maternités ont introduit des suivis continus, accessibles à une minorité de femmes en raison de l'organisation des soins.

pipi. Elle veut prendre sa douche, prendre son petit déjeuner et l'hôpital c'est un peu l'armée. (Entretien enregistré, Laura)

Isabelle oppose le temps de l'hôpital à celui du domicile :

T'as tellement à faire à la maternité, tellement de dames à voir. Tu vas aller où? Tu vas aller à celle qui saigne, vers celle qui a vraiment un gros souci. Tu peux pas forcément donner du temps à tout le monde, tous les jours. Y a des jours où tu peux et puis des jours où tu peux pas. A la maison, quand je suis chez une dame, je me dis, maintenant je suis chez elle pour le temps où elle a besoin de moi. Dès le moment où elle m'ouvre la porte, je suis disponible pour elle. Ça c'est un luxe qu'on a pas forcément à la maternité, t'as une multitude de dames à contrôler, une qui saigne, un bébé qui va pas bien, tu vas être sonnée, tu vas être dérangée. (Entretien enregistré, Isabelle)

D'autres sages-femmes relèvent que l'efficacité demandée en milieu hospitalier est incompatible avec leur conception de la qualité des soins, ce qui constitue une double contrainte et une source de *stress* important. Bien effectuer son travail implique de prendre le temps d'accompagner ces processus de vie que sont la naissance et l'allaitement à leurs rythmes, d'être une présence bienveillante respectant les premiers contacts entre les parents et leurs enfants et n'agissant qu'en cas de besoin. La demande d'efficacité constante participant de la logique de gestion contemporaine est en rupture avec cette conception du travail bien fait. Partagées entre de nombreuses situations, empêchées d'agir selon leurs valeurs, les sages-femmes sont non seulement insatisfaites en milieu hospitalier, mais ressentent également un *stress* intense, fait de culpabilité et de crainte, car elles n'ont pas la sensation de bien travailler. Certaines praticiennes, alors qu'elles sont encore à l'hôpital, se distancent néanmoins du modèle de l'efficacité et prennent du temps avec chaque femme, retardant ainsi certaines tâches. Ces sages-femmes sont confrontées par leur équipe ou par la hiérarchie, leur attitude perturbant l'organisation institutionnelle et créant un surcroît de travail pour leurs collègues<sup>152</sup>. Cette voie dissidente, également source de stress et de culpabilité, peut interférer avec l'intégration des praticiennes concernées à leur équipe.

C'est difficile pour moi de trop cadrer le temps. C'était difficile pour moi d'être à la maternité, parce que j'arrivais pas à aller au bout des choses. T'as tant de temps par dame et tu y arrives pas. Il y avait un côté où je n'étais pas satisfaite de moi. (Entretien enregistré, Julie)

Quelques sages-femmes ont eu une expérience en clinique privée et en milieu public avant de devenir sage-femme indépendante, comme Isabelle qui ne conçoit plus de travailler en milieu public tant les conditions sont difficiles. Son témoignage atteste des disparités importantes semblant exister entre le secteur privé et le secteur public, dévoilant l'une des expressions de la médecine à deux vitesses:

---

<sup>152</sup> Notes auto-ethnographiques.



Le temps, c'était la chose royale en clinique. Le temps qu'on pouvait consacrer à la patiente, de pas être surchargée de travail, c'était un luxe infini, que j'ai beaucoup apprécié. J'aurais eu du mal à retourner en milieu universitaire, à être souvent obligée d'apporter les soins minimums techniques et plus avoir ce temps pour donner une information de base ou un accompagnement social. En milieu public, horrible, je me suis juré de ne jamais y retourner. Toujours être sur la production, les gestes, devoir faire tellement vite avec des enjeux qui sont tels, enfin si t'as deux femmes, t'en as une qui a mal, t'as pas envie de la laisser. Tu savais juste pas où donner de la tête dans le sens que les deux besoins qui t'attendaient, c'était des besoins auxquels tu aurais voulu répondre de manière immédiate. (Entretien enregistré, Isabelle)

Le besoin de rapidité, qu'impliquent les politiques du personnel et les difficultés à financer les prestations de santé, s'observe jusque dans les accouchements. Isabelle a été marquée par l'écart existant entre ce qu'elle avait appris à l'école et ce qu'elle a rencontré en pratique :

C'est quelque chose qui m'a toujours étonnée dans ma pratique de sage-femme. A l'école, on nous a dit, l'accouchement c'est une question de patience, une qualité principale de la sage-femme, c'est d'être patiente. Nos professeures sages-femmes disaient: « l'accouchement cela prend du temps, cela ça se passe, souvent on n'a rien à faire pendant des heures et des heures, sauf être là ». Être la plus transparente possible. Ça été le choc pour moi. Dans ces salles d'accouchement, c'est pas du tout ça, c'est pas du tout la qualité principale demandée pour être sage-femme. C'est au contraire de savoir-faire 5000 trucs à la fois. On devrait pouvoir être là dans un petit coin et apprendre à être transparente, que les gens savent qu'on est là, mais qu'ils puissent faire leur histoire à eux. Ils peuvent avoir leur rythme. Ce n'est pas à nous d'être là entrain de leur tourner autour, que tout leur accouchement est rythmé par quand est-ce qu'on va rentrer dans la salle d'accouchement pour faire un toucher vaginal. Argh ! Voilà, c'est 2, 3, 4 de dilatation. Ça m'a toujours donné envie de faire des accouchements à domicile. (Entretien enregistré, Isabelle)

En milieu hospitalier, il est par ailleurs difficile d'évaluer l'efficacité de ses actions, l'organisation du travail construisant une forte discontinuité des soins et empêchant souvent femmes et sages-femmes de se voir plus d'une fois.

Des fois à domicile t'es en situation d'échec, mais c'est pas l'échec que j'ai pu ressentir en milieu hospitalier. En fait, à l'hôpital c'est un échec parce que tu sais pas ce qui se passe, t'as pas de retour, tu mets en place quelque chose, tu reviens une garde suivante, la dame est plus là. (Entretien enregistré, Delphine)

Le manque de continuité est critiqué pour ses répercussions concrètes sur la qualité de l'accompagnement.

En milieu hospitalier, il y a plusieurs sages-femmes et tu entends plusieurs sons de cloche et cela est pas toujours aidant. La femme peut être perdue dans le flot d'informations. S'il y a un truc qui se vérifie, c'est que chaque sage-femme a son discours, cela peut vite être contradictoire. A domicile, on ne partage plus du tout cela. On est vraiment l'interlocuteur privilégié. (Entretien enregistré, Emilie)

Cette disparité des conseils, relevée par les sages-femmes, est également critiquée par les femmes<sup>153</sup> et dans la littérature (Delaisi de Parseval and Lallemand 1980, Delaisi de Parseval and Lallemand 1998, Razurel, Bruchon-Schweitzer et al. 2009, Razurel 2014).

La charge de travail intense agit sur la santé des sages-femmes qui souffrent des nouvelles politiques de gestion:

Quand j'ai commencé ils étaient à 900 accouchements, à la fin à 1000. Ces 100 en plus par année, mine de rien, tu les sens quand même passer et pas d'augmentation de personnel. C'est toujours pareil, tu cours plus, la qualité c'est bof, y a plus de tensions au sein de l'équipe. Pareil quand y en a qui sont malades. C'est toujours : « Ah c'est une petite chochette ». C'est jamais « Pourquoi la direction n'engage pas de temporaires ? » Pour le post-partum, tu peux engager des temporaires et bien non, ils le font pas et ça retombe toujours sur l'équipe. Ils fonctionnent en termes d'argent, mais je trouve qu'en termes humains, tu peux pas, c'est 2 choses qui s'opposent. Le burn-out c'est pas l'entreprise qui paie, on reporte les coûts ailleurs. En termes de souffrance humaine, c'est pas quantifiable. C'est ça une société de rentabilité. (Entretien enregistré, Francine)

Les rythmes de travail éprouvés lors de l'expérience hospitalière laissent un souvenir amer à de nombreuses sages-femmes. La structure est perçue comme une violence, une *maladie de la gestion* qui priorise constamment une logique des moyens au détriment des besoins et impose un impératif d'efficacité (Ehrenberg 1991, Gaulejac 2005, Aubert and Gaulejac 2007). Une majorité de sages-femmes ont ainsi choisi de devenir indépendantes, au début de leur carrière ou après quelques années de pratique, pour retrouver une meilleure adéquation entre leurs valeurs professionnelles et la temporalité de leur activité. Devenir sage-femme indépendante participe d'une stratégie adaptative pour retrouver une maîtrise du temps passé avec les familles et pour s'approcher de la conception de ce qu'est le travail bien fait. Cette valeur, explicitée dans la prochaine section, forme l'un des savoirs les plus partagés dans la communauté de pratique.

## **5.2.2 Personnaliser l'accompagnement : une temporalité des besoins plutôt que des moyens**

La temporalité particulière de l'activité indépendante est conçue selon deux axes. Le premier, diachronique, est représenté par la continuité du suivi. Les femmes et leur entourage sont accompagnés par la même sage-femme durant l'ensemble du suivi à de rares exceptions près. Cette continuité s'organise selon deux modalités alternatives. Dans les suivis globaux, la continuité comprend la grossesse, *a priori* l'accouchement, et le post-partum. Dans une majorité des situations cependant, la continuité du suivi ne concerne que le post-partum et s'étend, selon les situations, sur quelques jours, quelques semaines, voire parfois quelques mois après la naissance, faisant alors

---

<sup>153</sup> A l'issue des premiers jours post-partum, de nombreuses femmes s'attendent à la présence de ces contradictions lorsqu'elles posent des questions et disent leur désillusion et leur impuissance face à ce phénomène. Plus rarement, certaines mères ou pères prennent ces informations contradictoires comme autant de possibilités alternatives, en faisant alors des ressources (Notes de terrain).

l'objet d'une prescription médicale. Le deuxième axe conceptuel définissant la relation au temps est synchronique et concerne la durée de chaque consultation. Les sages-femmes considèrent que cette durée ne se définit pas *a priori*, mais qu'elle est dictée par la situation clinique et les besoins des femmes et des familles.

Prendre le temps dans ce double sens permet de personnaliser l'accompagnement. Quelle que soit leur situation, les sages-femmes indépendantes rencontrées conduisent des consultations à la temporalité souple, durant 1 heure en moyenne, mais parfois plus, leur permettant selon elles d'être à l'écoute des femmes et des familles. Comparé aux consultations standards en médecine durant entre 15 et 30 minutes, la disponibilité offerte par les sages-femmes constitue l'une des motivations principales des familles à demander des suivis continus par des sages-femmes<sup>154</sup> (Burton-Jeangros 2010).

Selon les praticiennes, le suivi continu permet qu'au fil des rencontres, femmes, familles et sages-femmes se connaissent mieux, ce qui participe d'un meilleur ajustement aux besoins et préférences de ces familles. La continuité ancre le suivi dans une relation personnalisée, laquelle implique une considération de la personne dans une globalité tenant compte de ses circonstances de vie. En d'autres termes, la continuité des soins est considérée comme un moyen de prodiguer des soins dits *globaux, holistes, ou bio-psycho-sociaux* – les trois termes coexistent chez les sages-femmes- et de se démarquer du modèle biomédical et de *l'anthropologie résiduelle* centrée sur la santé physique qu'il implique (Good 1994, Le Breton 2000, Helman 2001). La globalité dont parlent les sages-femmes réfère donc à une articulation entre la durée du suivi et l'attention holiste que recherchent ces praticiennes, laquelle se traduit souvent, mais pas toujours et j'y reviendrai, en une meilleure adéquation aux besoins des parents.

C'est très important le temps. Le temps d'écouter, le temps de réfléchir entre deux visites, amener quelque chose de nouveau la fois d'après sur une question qui s'est posée. (Entretien enregistré, Isabelle)

Prendre le temps permet aux sages-femmes de mieux faire connaissance avec les familles en vertu de la situation écologique des visites à domicile. Cet espace de la consultation constitue cependant un pas supplémentaire vers *l'intimité des familles*<sup>155</sup>, une potentielle intrusion, faisant de l'expérience des sages-femmes un privilège qui ne va pas de soi. D'où l'importance d'une éthique et d'un ethos communautaires de la moindre empreinte.

---

<sup>154</sup> Notes de terrain.

<sup>155</sup> Terme émique.

C'est la richesse de notre profession, aller chez les gens et s'adapter à ce qu'ils vivent, dans les conditions dans lesquelles ils vivent. J'adore quand tu frappes à la porte, quand t'as pas encore été et découvrir. Mais j'essaie de ne pas être inquisitrice. J'essaie de ressentir pour pas m'imposer, on a de la chance, on voit l'intimité des couples, des mères, physiquement, matériellement, et psychologiquement. Notre métier nous fait voir où et comment elles vivent. Des fois, c'est pas évident. A la mat', ben voilà, elles sont toutes en chemise blanche, pareilles. En plus tu touches à leur intimité, tu parles de ses seins, de son périnée, de son couple. Ça va loin et c'est pour ça que j'essaie de pas être inquisitrice, d'être le plus discrète possible, pas qu'elles se sentent jugées. On a envie de leur donner quelque chose pour avancer, pour qu'elles soient bien. Moi j'ai envie vraiment qu'à la limite qu'elles se souviennent pas de moi, dans l'idéal. C'est pas toi qui est importante. Des fois tu peux sentir cette réticence des mamans et en discutant elles s'ouvrent. De nouveau, c'est en prenant le temps, en s'asseyant, ça se fait pas tout de suite des fois. En ouvrant la porte, tu sens des fois qu'elles sont un peu gênées ou un peu froides, elles savent pas trop ce que tu vas faire avec elles. (Entretien enregistré, Corinne)

La temporalité souple, centrée sur les besoins plus que sur les moyens, est utilisée pour construire une consultation dont l'ambiance est calme. Cette condition permet de commencer et de finir les conversations sans interruption, ou presque, ce que ne permettent pas les conditions de travail à l'hôpital. Ce calme se perçoit à travers les déplacements, les gestes, la tonalité des discours et les soins aux nouveau-nés, performés par les sages-femmes. Ce faisant, les praticiennes semblent promouvoir, de manière incorporée et impensée, un climat détendu répondant au *stress* que ressentent parfois les parents durant les premiers jours à la maison. La temporalité permet aussi aux sages-femmes d'être concentrées pour considérer d'une part les différents éléments du suivi et, pour se souvenir, de l'autre, des partages effectués par les parents, ceux-ci pouvant être repris lors d'une visite ultérieure. Durant la consultation, les praticiennes proposent systématiquement un moment d'échange, d'écoute, et de disponibilité aux éventuelles questions des parents. La continuité des suivis post-partum prend ainsi sens dans la temporalité souple de chaque consultation.

La conviction, partagée par les sages-femmes de l'Arcade, que la temporalité de l'activité est une condition *sine-qua-non* pour parvenir à un accompagnement de qualité, fait savoir et fait communauté, distinguant ces sages-femmes de leurs consœurs hospitalières et surtout, des circonstances de l'activité de ces dernières. Le projet de personnalisation de l'accompagnement à travers la temporalité de l'activité se réalise fréquemment, ce que montre la satisfaction de nombreuses familles observées durant l'enquête et, qui expriment des marques de reconnaissance ou, de tendresse, envers leur sage-femme. Aux chapitres 7 et 8, je montrerai cependant que la personnalisation de l'accompagnement n'est évidemment pas toujours obtenue, ceci en fonction de diverses logiques.

La temporalité souple de l'activité est à ce point importante pour les sages-femmes indépendantes, qu'elle se traduit en de nombreuses heures de bénévolat. Certaines conditions cadres de l'activité

extrahospitalière contraignent par ailleurs également à cet exercice d'activités non rémunérées, abordé dans la section suivante.

### **5.2.3 Prendre le temps, la part du bénévolat**

Prendre le temps, suivre une logique des besoins plutôt que des moyens, conduit les sages-femmes indépendantes à effectuer du travail non rétribué. Ce temps bénévole est constitué par différentes activités, certaines sont régulières et prévisibles, alors que d'autres sont sporadiques et tributaires des circonstances entourant la vie des familles rencontrées et des besoins variés en découlant. La plupart des sages-femmes effectuent du travail bénévole, certaines plus que d'autres, en fonction de leurs circonstances de vie et de leur rapport à l'idée de travail non rémunéré. Le bénévolat constitue pour certaines un acte militant, une défiance face à la logique oppressante d'une société de la gestion. Pour d'autres, les heures bénévoles sont une contrainte, injuste, signe d'un manque de reconnaissance sociétal du rôle des sages-femmes. Cette section traite des différentes activités non rétribuées et du rapport au temps bénévole des praticiennes.

L'usage des nouveaux moyens de communication dans la relation entre les familles et les sages-femmes constitue une première source de travail non rémunéré. La plupart des praticiennes estiment normal qu'elles puissent être atteintes facilement pour répondre aux questions des familles. Cette disponibilité permet, selon elles, d'espacer les visites et de préserver ainsi l'intimité de la famille, s'inscrivant alors en cet ethos de la moindre empreinte. Par conséquent, durant la journée mais aussi en soirée, voire parfois au milieu de la nuit, les sages-femmes reçoivent des SMS, des appels téléphoniques, ou des courriels.

Si elle a une question, elle m'appelle et c'est important d'être disponible à ce niveau-là, parce que si elle ose pas m'appeler, parce qu'elle veut pas déranger, elle reste dans une situation pas terrible, qui aurait été réglée en 10 minutes de blabla, donc je les encourage vraiment. Je leur dis que je préfère qu'elles m'appellent et puis qu'on y passe même une demi-heure au téléphone, plutôt que de les retrouver dans 3 semaines avec un truc compliqué qui aurait pu être réglé. (Entretien enregistré, Mia)

Le temps bénévole, ce sont aussi les consultations qui durent plus longtemps en raison de problèmes d'ordres variés impliquant tant la santé physique que mentale ou sociale. Lorsqu'un examen sanguin est nécessaire, il implique par exemple que la sage-femme achemine l'échantillon au laboratoire, ce qui suivant la densité du trafic peut prendre passablement de temps. Lorsque les résultats sont pathologiques, la sage-femme contacte ensuite les médecins concernés, qui ne sont pas toujours faciles à atteindre. Lorsque les familles rencontrent des difficultés sociales et économiques, les contacts avec le réseau socio-sanitaire prennent d'autant plus de temps. Le temps bénévole permet d'écouter une femme ressentant le besoin de détailler son expérience de la naissance ou qui vit seule

avec son enfant et apprécie la visite de la sage-femme. Prendre plus de temps est parfois nécessaire pour aider la mise au sein d'un nouveau-né ne tétant pas encore « efficacement ». Souvent, le bénévolat est involontaire, ne portant alors pas bien son nom, par exemple lorsqu'une sage-femme est en difficulté devant une femme qui parle en continu et qui est difficile à interrompre poliment. Pour ces sages-femmes se démarquant d'une logique des moyens et d'une approche biomédicale de la naissance, de multiples raisons peuvent allonger la durée des consultations, particulièrement pendant les premiers jours après la naissance.

Le post-partum j'aime bien. C'est un moment important le post-partum, quand je vais chez les gens, je fais pas 45 minutes de *consult'*. Des fois je reste une heure et demie, des fois je reste deux heures. J'ai pas envie de bâcler, que je loupe quelque chose, donc c'est difficile pour moi de trop cadrer. (Entretien enregistré, Julie)

Ou encore :

Ça prend du temps et ça me prend du temps, de l'énergie. C'est pour ça que je prends pas trop de travail, je préfère avoir 2 visites et faire comme il faut, que d'en faire 4 ou 5 en train de regarder ma montre parce que j'ai pas le temps. Après ça me coûte, dans le sens où je serais pas contente de moi. Quand tu vas chez les gens c'est encore plus le cas. On a de la chance qu'elles nous ouvrent la porte, qu'elles nous accueillent et que suivant les sociétés d'où elles viennent, ces marocaines qui nous font du thé, tu te dis wahoo, c'est tellement chou. Si t'as pas le temps, si tu prends pas le temps, t'as pas tout ça. Mon métier, ça peut pas être juste une main sur l'utérus, peser le bébé, c'est pas ça. Je vais le faire, mais c'est pas ça la *priorité*. C'est tout le reste autour. (Entretien enregistré, Corinne)

Le temps bénévole correspond également à des prestations non prévues dans le remboursement des prestations, mais que les sages-femmes perçoivent comme utiles voire indispensables. Caroline rend visite à une mère hospitalisée et séparée de son enfant en raison d'une naissance prématurée.

J'ai suivi une maman qui a fait une pré-éclampsie, son bébé était en néonatalogie. Dans le service, la sage-femme s'occupait pratiquement pas d'elle et en haut, les infirmières ne s'occupaient pas d'elle non plus. Elle était perdue cette maman. Tout le monde a fait des efforts, les infirmières sont allées se former en allaitement et blabli blabla, mais la maman elle est toujours aussi paumée, hein. Chaque jour les médecins lui disent autre chose. Et c'est difficile. Alors ça c'est sûr que je la suis. Pendant que je vais la suivre là, elle est hospitalisée, donc c'est pour ma pomme. En même temps pour moi, c'est ça un suivi global. Alors c'est sûr que si j'étais seule avec mes enfants, bien sûr tu réfléchis comment tu vas les nourrir à la fin du mois. Mais j'irais quand même la voir cette femme-là. Tu rajoutes à ta journée tant pis quoi. Pour moi, c'est important. (Entretien enregistré, Caroline)

De manière elliptique, ces mots évoquent l'organisation des soins en milieu hospitalier qui aboutissent à un suivi réductionniste. Caroline a de nombreux contacts avec l'hôpital où elle a longtemps travaillé. Sa réaction ne marque pas un rejet de cette institution, mais relève plutôt d'une connaissance intime des conditions de travail hospitalières.

Marie, une sage-femme proche de la retraite, évoque la situation difficile d'une femme immigrée.

Elle est venue ici parce que son mari travaille dans le domaine international. Elle allait mal, je la trouvais déprimée et en difficulté avec son enfant. Un soir elle me téléphone, elle est allée voir un psychiatre. On avait beaucoup parlé, je lui avais proposé un numéro de téléphone. Elle m'avait dit je vais réfléchir, je crois que j'ai pas besoin d'aide, et le jour même elle a téléphoné, elle en avait besoin. Petit à petit, cela allait mieux, mais je l'ai suivie longtemps. J'avais plus de visites officielles, mais j'allais lui rendre visite. Elle se sentait bien, on parlait de son pays et du mien, on a créé une relation jusqu'à aujourd'hui, on se téléphone et ça fait déjà une année. Et petit à petit, ça s'est amélioré. (Entretien enregistré, Marie)

Marie effectue un fondu-enchaîné entre une relation professionnelle et une relation amicale, elle *mélange* les registres. Son initiative ne correspond pas aux stéréotypes de la relation d'aide où sphère professionnelle et sphère privée ne sont pas supposées se mélanger. Son action bénévole ne lui pèse pas, car rapidement elle retire elle aussi un plaisir dans cette relation, devenant réciproque et rappelant les récits de Jean-Claude Métraux au sujet de sa pratique de psychiatre (Métraux 2004).

Les actions bénévoles correspondent souvent à du temps passé en relation directe avec des femmes ou des familles. Parfois, leur nature est différente. Une sage-femme a par exemple construit entièrement à ses frais un site internet d'information sur la césarienne lequel reçoit plusieurs milliers de nouvelles visites chaque mois<sup>156</sup>. Cette sage-femme répond dans un délai très court (2-3 jours ouvrables maximum) et de manière personnalisée à chaque femme souhaitant témoigner de son expérience. Cette praticienne n'aime guère l'informatique, mais s'est contrainte à améliorer ses compétences pour réaliser ce projet. Je reviendrai plus en détail sur ces initiatives qui dépassent les définitions du rôle professionnel au sens strict, dans le chapitre consacré au contexte de l'activité. En effet, souvent ce sont les circonstances dans lesquelles vivent les familles qui appellent à des actions originales comme le montrent ici l'exemple partagé par Marie.

En sus du temps bénévole accordé aux familles, vient le temps administratif, celui de la facturation et des statistiques, lequel n'est pas rétribué. Il est un temps inhérent à la pratique indépendante et ne peut pas faire l'objet d'un choix. Par ailleurs, je rappelle que les sages-femmes sont tenues de donner du temps à leur association sous forme de réunions et d'activités de santé publique dont certaines ne sont pas rémunérées.

Dans le système actuel de rétribution des sages-femmes indépendantes, prendre le temps jugé nécessaire pour chaque consultation implique un manque à gagner. Les consultations sont payées sous la forme d'un forfait unitaire et il n'est pas possible de facturer un quart d'heure ou une demi-heure supplémentaire comme peuvent le faire les médecins. Lorsque la situation est extraordinaire et qu'une consultation dure deux heures, les sages-femmes ont la possibilité de facturer deux

---

<sup>156</sup> <http://www.cesarienne.net/>

consultations. Cependant, elles tendent à culpabiliser lorsqu'elles le font et préfèrent souvent perdre un peu d'argent que de ressentir un doute quant à leur probité. Par ailleurs, la LAMAL ne prévoit pas que les sages-femmes puissent établir une facture pour un téléphone, la réponse à des SMS ou à des courriels, alors que cela est possible pour les médecins.

Par contre je trouve vraiment bête qu'on puisse pas facturer ces téléphones parce que c'est quand même du boulot. Quand une patiente m'appelle, c'est pas une copine, on est pas en train d'échanger, c'est moi pour elle. C'est pas unilatéral, elle me donne aussi des choses, mais je lui rends un service, c'est une prestation. (Entretien enregistré, Mia)

Entre le temps supplémentaire accordé aux familles, le temps administratif et le temps collectif, ce sont de nombreuses heures de travail qui ne sont pas rétribuées. Par ailleurs, le point forfaitaire servant à calculer le remboursement des prestations aux sages-femmes n'a pas été augmenté depuis l'établissement de la convention entre assurances et sages-femmes en 1993<sup>157</sup>. De plus, les consultations ne sont pas toujours remboursées lorsque les familles ne sont pas à jour avec leurs cotisations d'assurance maladie, aboutissant parfois à du temps non rémunéré supplémentaire et ô combien involontaire. Suivant les aspirations des sages-femmes, ce temps bénévole est plus ou moins bien vécu. Certaines assument ces conditions et voient le bénévolat comme un acte militant, une forme de résistance à une société centrée sur le profit. D'autres sont en colère, car elles ont la sensation que leur travail n'est pas rémunéré à sa juste valeur. D'autres encore considèrent que le système de rémunération procède d'une injustice de genre ; les compétences des sages-femmes seraient naturalisées et banalisées comme autant d'aptitudes féminines, la complexité de ces compétences ne serait pas reconnue. D'autres sages-femmes enfin vivent une situation financière précaire et il leur est difficile de trouver un équilibre entre l'éthos « généreux » de l'association et leurs propres besoins. Globalement, les sages-femmes ressentent de l'injustice face à l'ampleur du bénévolat, cependant ce sentiment ne suffit pas à modifier leur conception du temps, faisant prévaloir une éthique et un ethos du travail bien fait, sur la préservation du temps et du budget personnels. En ce sens, la conception du bénévolat fait savoir et participe de l'identité communautaire.

Le temps pris pour chaque consultation varie cependant en fonction de circonstances relevant tant de la sphère professionnelle que privée des sages-femmes, ce qu'aborde la section suivante, montrant ainsi la relativité de certains partis pris communautaires.

---

<sup>157</sup> Plusieurs assurances ont concédé une augmentation du point en automne 2014, ainsi qu'un prolongement de la durée du suivi postnatal en 2015.



#### 5.2.4 Du quartier au canton : quand la géographie de l'activité s'invite dans sa temporalité

L'aire géographique couverte durant les visites à domicile est déterminée par le domicile et les activités spécifiques de chaque sage-femme. Cette aire d'activité influence la temporalité de l'activité, ainsi que plus globalement la conception des savoirs développés en pratique, ce qu'analyse ce sous-chapitre comportant quelques témoignages de sages-femmes issues d'autres cantons romands. En d'autres termes, l'aire d'activité fait ici figure *d'affordance*, c'est-à-dire de condition cadre à la perception et à l'action, modulant ce qui peut être perçu ou agi par les sages-femmes (Gibson 1986, Marchand 2010).

Selon la densité d'habitation de la zone géographique dans laquelle travaillent les sages-femmes, celles-ci doivent plus ou moins se déplacer durant leur activité. Certaines travaillent dans des quartiers denses et populaires de la ville où les naissances sont nombreuses et les demandes en suivi élevées. Ces praticiennes habitent généralement dans leur zone d'activité et se déplacent peu pour effectuer leurs visites, en général à vélo ou à pied. Par conséquent, elles ont la possibilité d'être souples dans l'organisation temporelle de leur suivi et laissent les familles décider du moment de la journée auquel aura lieu la visite à domicile. Lorsqu'une femme a un doute lié à l'allaitement, à son enfant, voire à sa santé, il est même possible pour la sage-femme de revenir ne serait-ce que brièvement dans la même journée.

D'autres sages-femmes sont actives sur plusieurs communes d'un canton et se déplacent en scooter ou en voiture.

Disons ici y a pas assez de patientes, j'en ai pas assez. Le gros du travail c'est quand même dans les petites villes qui font la banlieue de Genève, où y a beaucoup de monde. Donc je suis pas mal par là et je vais aussi des fois dans les villages en France voisine, des mamans qui sont assurées sur Suisse mais vivent en France. Donc la voiture est importante, parce que j'ai souvent entre 12 et 15 kilomètres aller-simple pour aller chez la patiente. Je circule pas mal. Donc j'essaie de mettre les rendez-vous en fonction d'où elles habitent pour pas aller à Dardagny et après à Meyrin et retourner à Chalex. Je suis un petit peu plus ferme quoi. Je dis que je peux venir aujourd'hui, mais pas le matin, je peux à partir de telle heure. En général ça va. (Entretien enregistré, Francine)

Ces sages-femmes-là n'ont donc pas la même souplesse que les sages-femmes « de quartier » et proposent une ou deux possibilités d'horaire pour leurs visites. Les sages-femmes qui comme Anne-Catherine travaillent dans des cantons plus grands, effectuent encore plus de déplacements.

Je travaille de Genève à la Vallée de Joux, en passant par Lausanne en gros. En ce moment, j'ai des femmes qui sont à terme dans un mois et elles sont à Orbe. Là j'ai une dame qui est à Coppet, pendant 3 semaines. Je fais beaucoup de kilomètres, c'est le truc le plus pesant dans le métier, le temps que je passe sur les routes. Je me suis acheté une nouvelle voiture, une occase, et j'ai déjà fait 16'000 kilomètres avec en 4 mois. Ce qui me fait sourire, c'est quand on dit qu'une sage-femme indépendante

choisit ses horaires et fait comme elle veut. C'est pas du tout ma réalité. (Entretien enregistré, Anne-Catherine)

Anne-Catherine souhaite être souple mais ne le peut guère, en raison de la superficie du canton dans lequel elle travaille et des kilomètres qu'elle parcourt chaque mois dans sa voiture. Francine, Anne-Catherine, ou Lise prennent en considération les fluctuations du trafic pour planifier leur activité.

Quand tu vas à Chalex ça circule bien, mais quand tu vas à Meyrin avec les travaux, c'est sûr que ça bouchonne. Je sais que si je dois y aller le matin tôt, ça bouchonne donc je prends du temps. J'essaye d'éviter le matin trop tôt et d'éviter à partir de 4 heures, car je sais que ça bouchonne. (Entretien enregistré, Francine).

Ces sages-femmes sont plus strictes quant à la durée des consultations afin de limiter les effets des impondérables, telle que la circulation, pour ne pas faire attendre les familles suivantes.

Les activités exercées par les sages-femmes interviennent dans leur gestion du temps et limitent parfois leur capacité à protéger leur consultation d'interférences. Les praticiennes faisant des suivis globaux et des accouchements, qu'ils soient intra- ou extrahospitaliers, recourent généralement à un système de gardes. Ces sages-femmes bloquent ainsi des semaines, voire des mois entiers au cours de l'année durant lesquels elles sont constamment joignables pour les accouchements.

La réalité c'est que les accouchements ça se prévoit pas, donc je suis atteignable et disponible 24 sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par année. Je suis quasiment jamais au calme. Quand tout à coup je peux poser mes téléphones portables quelques jours sans me préoccuper de savoir où ils sont, c'est juste le Nirvana. J'ai presque l'impression qu'il me manque un truc, les premiers jours ça me stresse. Je suis pas addictive dans le sens où je ne rêve que d'une chose, de m'en débarrasser de ces trucs. Mais ça fait partie de mes accessoires que j'ai tout le temps avec moi, c'est comme si j'avais pas mes clés, tout d'un coup je me dis houp il me manque un truc. (Entretien enregistré, Anne-Catherine)

Ces sages-femmes négocient avec leurs collègues les périodes auxquelles elles seront disponibles pour les accouchements et couvrent à ces périodes une zone géographique plus large que les sages-femmes indépendantes n'effectuant pas d'accouchements<sup>158</sup>. Durant les périodes de garde, ces praticiennes gardent constamment leur téléphone portable allumé.

La consultation a commencé par une discussion au salon. Anne-Catherine est assise par terre, joyeuse malgré la très courte nuit qu'elle vient de passer, en raison d'une naissance à domicile. Interrompant la discussion, le téléphone portable sonne. Anne-Catherine interrompt la discussion, plonge la main dans son panier pour vérifier qui l'appelle. Une femme qu'elle accompagne pour une naissance à domicile est à terme, un deuxième enfant, cela pourrait aller vite *si elle se met en route*. Ce n'était pas elle et la conversation entre le couple et la sage-femme peut donc reprendre. (Observation à domicile, Anne-Catherine)

---

<sup>158</sup> Les suivis post-partum sont répartis en fonction de la zone géographique et de la disponibilité des sages-femmes de ces zones, alors que les suivis dits globaux, intégrant l'accouchement, sont répartis en fonction des périodes de garde des sages-femmes. C'est ce qui explique que la zone géographique couverte soit alors plus étendue.

Lorsqu'une sage-femme souhaite terminer l'ensemble de ses visites avant la mise en travail d'une femme, les visites sont plus pressées. Offrir un suivi global, sur la continuité du cycle de la naissance, en incluant l'accouchement pour offrir un accompagnement aussi personnalisé que possible, implique paradoxalement que la sage-femme soit moins souple en regard de la programmation des visites et soit parfois interrompue au cours de celles-ci.

La fluctuation de la quantité de travail est par ailleurs davantage aléatoire pour les sages-femmes qui accompagnent des accouchements. En effet, ces praticiennes acceptent de suivre un certain nombre d'accouchements pour une période donnée, mais ceux-ci peuvent se déclencher à n'importe quel moment du terme qui dure 4 semaines. Il se peut donc que plusieurs accouchements aient lieu à quelques jours d'intervalle, ce qui implique de nombreuses heures de présence et déstructure la planification des suivis post-partum. Dans les périodes les plus intenses, ces sages-femmes sont parfois amenées à effectuer les visites en soirée plutôt que pendant la journée. Ces aléas sont expliqués aux familles qui les comprennent généralement bien.

J'ai montré en début de chapitre que le temps, celui de la continuité des soins et de la disponibilité souple au cours de chaque consultation, était une dimension essentielle qui, selon les sages-femmes, permet de personnaliser les soins. Cette section montre quant à elle que les circonstances entourant l'activité des sages-femmes, dont le lieu de leur domicile et les activités spécifiques qu'elles entreprennent, interviennent directement sur la disponibilité à l'égard des familles. Les sages-femmes effectuant les suivis continus, supposés être les plus personnalisés, ne sont pas les plus souples, à l'exception de celles qui, vivant des circonstances financières le permettant, limitent volontairement le nombre de suivis. L'offre en suivi continu est par ailleurs inférieur à la demande des familles. Certaines femmes adoptent par conséquent un suivi « standard » chez un obstétricien, offrant nettement moins de disponibilité temporelle<sup>159</sup>, alors que d'autres femmes, peu nombreuses, bénéficient d'une disponibilité presque absolue. La temporalité des suivis dits continus est paradoxale à plusieurs égards et participe de l'inégalité d'accès à des soins de qualité.

La géographie de l'activité, imposée par le lieu de domicile et par l'activité des sages-femmes, contribue à la construction de savoirs concrets. Les sages-femmes qui habitent depuis plus d'une dizaine d'années dans le quartier où elles travaillent, y ayant parfois élevé leurs propres enfants, connaissent particulièrement bien les ressources locales à disposition des familles.

On a des connaissances par notre travail dans les quartiers, on a aussi des connaissances de quoi est constitué le terrain. De quoi sont faites les aides et où elles sont, des aides qui sont pas forcément médicales, qui sont pas forcément institutionnelles. Une mère peut trouver de l'aide en allant à la

---

<sup>159</sup> Ce que rapportent des femmes ayant bénéficié des deux types de suivi (Notes de terrain).

ludothèque de son quartier, en allant au petit groupe de rencontre de son quartier, et ça c'est vraiment des connaissances que les sages-femmes hospitalières peuvent pas avoir, les choses de proximité dans les terrains. Je montre le Cerf-volant<sup>160</sup>, les lieux d'accueils mère-enfant près chez elles. (Entretien enregistré, Camille)

Les praticiennes indiquent aux parents les boutiques de seconde main, les centres de quartier et les différents lieux dédiés aux parents et aux petits enfants et connaissent les procédures en vigueur pour l'accès aux crèches. Dans les contacts avec les familles en situation de vulnérabilité sociale, ces savoirs locaux, écologiques, sont d'une grande utilité, j'y reviendrai au chapitre 6. En ce sens et avec le temps, ces sages-femmes indépendantes deviennent de véritables « guides touristiques » de leurs quartiers. Les praticiennes devant exercer sur une aire géographique plus importante n'atteignent pas ce niveau de détail dans leurs informations, car elles ne font que traverser les quartiers ou les localités où elles travaillent. Par contre, elles savent très bien s'orienter sur le réseau routier et établir des horaires efficaces en tenant compte des variations en partie prévisibles du trafic, ce qu'évoquait Francine plus haut. Ces savoirs organisationnels sont utiles aux familles, indirectement, car ils contribuent à la ponctualité des sages-femmes. Ils trouvent une correspondance en milieu hospitalier, où ils font l'objet d'une grande attention de la part des sages-femmes et de leur hiérarchie<sup>161</sup>, et correspondent aux multiples tâches nécessaires à l'organisation et à la coordination de l'activité.

Si la géographie de l'activité des sages-femmes influence fortement la temporalité de leur accompagnement, celle-ci varie également selon d'autres modalités. La fluctuation de l'activité est ainsi grande au cours de l'année civile, car elle suit le rythme aléatoire des naissances. De plus, les sages-femmes indépendantes organisent leurs vacances de manière plus souple qu'en milieu hospitalier pour passer plus de temps avec les enfants en âge scolaire. Par conséquent, la temporalité idéale de l'activité, qui fait figure de ciment communautaire, souffre de quelques exceptions discutées ci-dessous.

### **5.2.5 Vacances scolaires, situations personnelles, et fluctuations de l'activité : quand la temporalité idéale est mise entre parenthèses**

L'un des attraits de la pratique indépendante est de donner une emprise sur leur emploi du temps aux sages-femmes. Cet avantage ne concerne cependant pas toute l'année civile, car la charge de travail globale fluctue substantiellement. Le nombre de naissances varie de semaine en semaine et n'est ni complètement prévisible, ni maîtrisable, d'où le nombre irrégulier de suivis postnataux à

---

<sup>160</sup> Le Cerf-volant est un lieu d'accueil ouvert l'après-midi en semaine sur le mode des maisons vertes instituées par Françoise Dolto. Les parents peuvent y venir et jouer avec leurs enfants jusqu'à 4 ans, échanger entre eux et avec des professionnel-le-s, dont un-e psychanalyste, s'ils le souhaitent. <http://www.ville-geneve.ch/themes/petite-enfance-jeunesse-loisirs/petite-enfance/accueil-parents-enfants/>

<sup>161</sup> Les capacités d'organisation sont par exemple spécifiquement évaluées durant la formation.

répartir entre les sages-femmes indépendantes chaque jour. Le nombre de sages-femmes disponibles dans la communauté de pratique observée, ou dans un canton donné, fluctue lui aussi. Typiquement, pendant les mois d'été et les vacances scolaires en général, une proportion importante des sages-femmes est absente, entraînant une augmentation massive de la charge de travail. La fluctuation de l'activité a également un impact financier, certaines périodes étant alors plus rémunératrices que d'autres, ce qui suivant les situations familiales et sociales des sages-femmes a toute son importance. Ce sous chapitre présente tout d'abord comment cette fluctuation s'invite dans la conception de la temporalité, puis montre ensuite comment les contraintes personnelles vécues par les sages-femmes interviennent elles-aussi à ce niveau. Ici, la conception communautaire théorique de la temporalité est bousculée par différentes contingences, ne pouvant pas toujours être maintenue, du moins pas idéalement, en pratique.

Dans sa convention interne, l'association de sages-femmes statue que chaque membre doit être disponible durant la moitié des vacances scolaires. Par ailleurs, les quatre zones géographiques déterminées par l'association et qui découpent le canton doivent en permanence compter sur la présence de la moitié des sages-femmes leur étant attribuées. Les absences se négocient lors des réunions dites *de zone* afin d'aboutir à une planification respectant les statuts. Malgré ces garde-fous institutionnels, la situation reste tendue durant les mois d'été. Les sages-femmes présentes augmentent alors le nombre de leurs visites quotidiennes et sont amenées à dépasser leur zone géographique habituelle. Souvent, les praticiennes ne parviennent pas à prendre un jour de congé hebdomadaire et travaillent une quinzaine de jours, voire plus, sans repos.

Durant ces périodes de surcharge, les traits des sages-femmes sont tirés, leurs visages pâles, malgré le soleil qui brille dehors, et la motivation est entachée. Le temps passé avec chaque famille doit être maîtrisé pour parvenir à effectuer la totalité des visites à domicile prévues. Les loisirs se font rares. En été, j'ai surtout rencontré les sages-femmes lors de leurs passages dans les locaux communs de l'association, alors que j'y faisais de l'observation participante. Les praticiennes acceptaient alors plus difficilement les entretiens ou les observations à domicile considérés comme des charges supplémentaires. Lors des périodes de surcharge, les sages-femmes ne parviennent vraisemblablement pas à construire la même qualité de relation et à offrir la même disponibilité qu'habituellement. La temporalité idéale de l'activité, habituellement revendiquée et faisant savoir communautaire, est mise entre parenthèses.

Dans d'autres cantons, les sages-femmes sont parfois moins fédérées qu'à Genève. Lise se plaint du manque de coordination de sa région lequel implique un important surcroît de travail pour les praticiennes voulant que la population conserve un accès aux soins durant toute l'année civile. Lise

effectue de nombreux kilomètres supplémentaires durant les vacances scolaires. Elle souhaiterait vivement que la répartition des vacances se négocie pour aboutir à plus d'équité entre les sages-femmes et à une meilleure continuité de l'offre en soins. Plusieurs praticiennes de sa région ne semblent pas prêtes à cette négociation.

Les sages-femmes peuvent en principe choisir de faire fluctuer le taux de leur activité selon leurs besoins et leurs préférences, tant que les besoins de la communauté de pratique sont respectés. L'organisation de chaque journée est plus souple qu'en milieu hospitalier, les sages-femmes pouvant choisir d'effectuer leurs visites en une ou plusieurs traites. Jasmine, Mia, Delphine et Corinne prennent systématiquement le temps de rentrer à midi et de manger avec leur mari, enfants, petits-enfants ou petits voisins. Prendre une longue pause permet à Jasmine de garder son sens de l'écoute intacte et de se sentir disponible lorsqu'une visite doit être allongée. Être disponible et attentive demande autant d'énergie que d'être rapide et efficace<sup>162</sup>, et complexifie souvent l'accompagnement. L'écoute laisse parfois émerger des problèmes qui doivent ensuite être traités, d'où la nécessité, selon Jasmine, d'effectuer des pauses dans la journée. Caroline et d'autres préfèrent quant à elles effectuer leurs visites en une fois et finir leur journée tôt.

Le temps à disposition de l'activité professionnelle est tributaire de la vie personnelle de chaque sage-femme et le cas échéant de la composition et de la santé de sa famille. Certaines sont mariées avec des enfants, d'autres seules, séparées ou divorcées, aidées ou non par leur ex-conjoint. Quelques sages-femmes sont aidées par leur mère pour la garde des enfants, alors que d'autres ne le sont pas et, jonglent difficilement entre leurs différentes responsabilités. Jeanne et Léa aident plusieurs personnes de leur voisinage et sont socialement très investies. Plusieurs sont grands-mères, et gardent régulièrement de petits enfants. Lise s'occupe de sa mère qui a nonante ans et vit seule. L'éthique féminine du Care, soit le soin et la prise en compte des plus vulnérables (Jouan and Laugier 2009, Bonvin 2013, Gerber, Haldimann et al. 2013), est très présente chez les sages-femmes indépendantes. C'est-à-dire qu'elles ont appris à être responsables de leurs proches. Par conséquent, le temps mis à disposition des visites à domicile se négocie avec les autres engagements familiaux ou sociaux de ces praticiennes.

Financièrement, des variations importantes distinguent les situations sociales des sages-femmes. Leur activité fournit parfois l'unique revenu du foyer ou forme un complément indispensable au revenu du conjoint. Corinne et Jean travaillent à temps partiel pour passer du temps ensemble et avec les enfants. Le salaire est parfois un appoint assurant un minimum d'autonomie financière à la

---

<sup>162</sup> Être rapide est particulièrement valorisé à l'hôpital et participe de la définition d'une bonne professionnelle. Être à même de considérer, que prendre le temps soulève d'autres complexités et consiste de ce fait en une forme de rigueur professionnelle, nécessite une prise de recul en regard des normes hospitalières, acquises durant la formation pratique et les premières années d'expérience.

sage-femme dans son couple, mais n'est pas indispensable à la famille. Ainsi, Julie et Caroline prennent le temps qui leur semble nécessaire avec chaque femme, car elles ne ressentent pas de pression financière, d'où cette liberté plus grande dans leur organisation temporelle<sup>163</sup>. Les sages-femmes dont le revenu est un appoint à celui de leur mari assument généralement la logistique familiale et ont de ce fait besoin de limiter leur engagement temporel en tant que sage-femme. D'autres sages-femmes ressentent une pression financière importante et demandent à effectuer de nombreuses visites. D'autres enfin ont autant besoin d'argent que de temps et sont prises dans des dilemmes liés à leurs situations socio-économiques. Ceci dit, les conditions financières explicites ne structurent pas complètement le temps des sages-femmes. Le besoin d'argent est en partie subjectif et vouloir gagner plus ou moins varie selon l'interprétation que chaque sage-femme fait de ses besoins financiers<sup>164</sup>.

Les sages-femmes n'hésitent par ailleurs pas à thématiser la compatibilité entre vie professionnelle et vie familiale. Evoquer les contraintes familiales et y répondre est accepté, ce qui contraste avec l'activité en hôpital, où les difficultés d'ordre privé sont supposées « se laisser au vestiaire » et ne pas intervenir dans le rôle professionnel. Ceci dit, en fonction des besoins ponctuels de la communauté de pratique, certaines demandes sont mieux acceptées que d'autres. Durant les vacances scolaires, en période de surcharge, les sages-femmes prenant facilement des situations supplémentaires sont appréciées, alors que celles qui tendent à moins travailler font l'objet de pressions. L'organisation des sages-femmes qui prennent beaucoup de temps pour chaque situation est critiquée dans ces périodes. Le collectif a alors besoin d'efficacité. Dans les périodes creuses, c'est exactement l'inverse qui se produit et des voix questionnent la qualité de la prise en soins des sages-femmes prenant beaucoup de situations. Les négociations aboutissant à la répartition du travail sont parfois tendues dans les périodes où le nombre de situations est inhabituellement bas où élevé. Il est alors difficile d'accepter les besoins particuliers de chacune et les limites de l'indépendance à l'intérieur du cadre associatif sont questionnées.

La temporalité communautaire idéale, impliquant de prendre le temps de bien faire son travail et d'être à l'écoute des familles, interfère fréquemment avec la vie familiale des sages-femmes qui se sentent parfois prises dans des conflits de loyauté entre leurs différents rôles sociaux. Les stratégies,

---

<sup>163</sup> Les sages-femmes indépendantes disent généralement, que leur activité à domicile leur donne plus de liberté et, permet une meilleure compatibilité entre travail et vie de famille. Anne-Catherine fait cependant exception, en étant presque constamment disponible, prenant très peu de vacances et de temps libre. Sauf dans les situations où prévaut une pathologie, elle ne délègue le suivi de familles qu'en cas d'empêchement majeur. Anne-Catherine n'aime d'ailleurs guère refuser un suivi et n'éteint jamais son téléphone portable. Elle trouve que sa clientèle est raisonnable et estime qu'elle n'est contactée que pour des motifs valables. Travaillant dans une zone géographique étendue, elle sent que son travail prend énormément de place dans sa vie. Cette organisation lui convient, car c'est une passionnée énergique ; mais elle prévoit un équilibre différent entre sa vie privée et sa vie professionnelle d'ici quelques années.

<sup>164</sup> Entretien avec Jasmine.

les organisations, les concessions varient d'une sage-femme à l'autre. Julie dit qu'au début de son activité, elle se faisait *manger toute crue*, s'étant épuisée à force d'être disponible :

C'est un peu trop. Enfin c'est ce que dit mon mari. Quand je dis à mon mari je serai là vers 7 heures et je rentre à 8 heures et demie. Voilà quoi. C'est bien d'être généreux, mais des fois je me dis que peut-être que je devrais aussi me préserver. Pour dire tellement je suis dans mon truc, ça m'est arrivé que l'école m'appelle en me disant « c'est midi, vos enfants y a personne qui est venu les chercher ». J'ai pas vu l'heure passer et j'étais encore chez la patiente. Quelle horreur ! (Entretien enregistré, Julie)

La disponibilité extrême de certaines sages-femmes est critiquée par d'autres appréciant le travail très organisé. Prendre beaucoup de temps dans une logique absolue des besoins provoque des retards et rend l'horaire de la sage-femme imprécis. Certaines familles doivent alors attendre leur visite plus d'une heure, leur sage-femme s'attardant chez la famille précédente. Prendre beaucoup de temps avec les familles, en leur rendant visite souvent, en faisant un suivi sur plusieurs semaines et en restant longtemps auprès d'elles à chaque visite consiste aussi en un manquement à l'éthos de la moindre empreinte.

Entre deux visites à domicile, Delphine évoque avec moi l'importance de ne pas créer de dépendance dans la relation avec les familles, en faisant trop de visites, trop longtemps. Elle souligne le besoin de confiance en la capacité des parents et le travail du temps. A son avis, certaines de ses collègues offrent trop de présence, ce qui peut être contre-producteur, sous-entendant que sans sage-femme les familles ne s'en sortiraient pas. (Entretien non enregistré, Delphine)

Prendre le temps, avoir du temps ou en manquer est ainsi tributaire de multiples circonstances de vie et des conceptions culturelles du rôle des femmes au sein de la famille et de la société. Les activités professionnelles des sages-femmes s'intègrent à une logique du Care qui englobe la vie privée de ces praticiennes et leurs responsabilités auprès de leur entourage. Le travail bénévole, typique du Care et peu reconnu dans les sociétés occidentales (Modak and Bonvin 2013), touche donc à de nombreuses activités des sages-femmes indépendantes. Normalisées par leur récurrence, les activités relevant du Care et du bénévolat vulnérabilisent la situation économique des sages-femmes, en cas de séparation ou au moment de leur retraite<sup>165</sup>.

## 5.2.6 Synthèse

Le cadre théorique de l'anthropologie des habiletés considère que toute circonstance significative entourant les activités de praticien-ne-s contribue à la construction des habiletés et des savoirs. Les circonstances, qu'elles soient ou non contraignantes, participent des *affordances*, les stimuli et opportunités intégrés à la perception et à l'action des praticiens (Gibson 1986, Gibson and Pick 2000,

---

<sup>165</sup> Notes de terrain.



Marchand 2010). L'environnement temporel de l'hôpital<sup>166</sup> diffère grandement de celui des sages-femmes indépendantes, ce qui implique des rencontres fort différentes entre sages-femmes et familles. Dans une logique de l'anthropologie des habiletés et en vertu de ces *affordances* différentes, l'expérience de la temporalité des sages-femmes indépendantes doit être prise en considération pour définir leurs savoirs en tant que processus et contenus situés.

Les sages-femmes participent activement à la modulation de l'une des principales *affordances* de leur activité. Elles rompent avec le système hospitalier, qui du point de vue de la relation au temps impose un environnement non satisfaisant, voire aliénant à leur yeux, ne leur permettant pas de déployer et cultiver leurs capacités d'accompagnement. En d'autres termes, la logique gestionnaire et l'enchaînement d'activités et de tâches administratives qu'elle implique (Modak and Bonvin 2013, Graeber 2015), ce *zapping*<sup>167</sup>, contribue à une perte ou au non développement de savoirs. En devenant indépendantes et en intégrant une association autogérée, renonçant au passage à intégrer une structure étatique, ou privée et à but lucratif, et leurs horodateurs, les sages-femmes créent des conditions de travail compatibles avec leurs valeurs professionnelles.

Le temps de l'hôpital est cependant difficile à oublier, il habite les corps. Emilie relève qu'au début de son expérience à domicile, elle faisait des consultations plus courtes qu'au moment de notre rencontre. Emilie avait si bien intégré les normes hospitalières d'efficience qu'elle les avait importées à domicile. Elle ne savait par conséquent pas comment habiter la nouvelle liberté temporelle qu'impliquait le travail indépendant. L'expérience aidant, elle a peu à peu trouvé du sens à prendre le temps<sup>168</sup>. Dans la même logique, une sage-femme hospitalière m'a confié avoir de la difficulté à prendre le temps lorsqu'une garde est étonnamment calme. La surcharge de travail et le *zapping* en résultant ont été intégrés en tant que circonstances normales de l'activité. Les savoirs se construisent dans l'action et englobent l'expérience sensorielle illustrée ici par la temporalité. Lorsqu'une expérience habituelle et maîtrisée se produit, les simulations neuronales anticipent la séquence d'activité, convoquant les expériences précédentes et donnant la sensation de fluidité et de familiarité que sentent les experts (O'Connor 2005, Adenzato and Garbarini 2006, Sennett 2008). Lorsque les circonstances de l'activité changent substantiellement, celle-ci reprend le goût des débuts impliquant incertitudes et hésitations (O'Connor 2005). Emilie était décontenancée, car la

---

<sup>166</sup> La temporalité de l'activité des sages-femmes indépendantes diffère également de celle des soins à domicile étatisés. Les services étatiques de soins à domicile ont introduit depuis plusieurs années des compteurs mesurant le temps pris pour les visites des infirmières et des autres professionnel-le-s à domicile. Ces systèmes comptabilisent les tâches à l'unité et non le soin dans son ensemble et semblent particulièrement contraignants tant pour les soignant-e-s que pour les soigné-e-s Dupont, S. (2014). "Employés aux soins à domicile, ils en ont ras-le-bol du minutage." *Le Courrier* (29 mars)..

<sup>167</sup> Terme utilisé par plusieurs sages-femmes pour signifier le rythme rapide de passage d'une situation à une autre.

<sup>168</sup> D'autres sages-femmes, à l'opposé d'Emilie, prennent beaucoup de temps à leurs débuts, rencontrant des difficultés pour respecter les horaires convenus avec les familles et se retrouvant devant des journées interminables. La liberté qu'implique l'activité à domicile demande une période d'adaptation pour construire une temporalité équilibrée, respectueuse des familles et de leurs besoins et, qui soit vivable à long terme pour les sages-femmes.

nouvelle temporalité de son activité n'était pas encore alimentée par les traces mnésiques que constituent les simulations.

En choisissant de s'établir dans les soins à domicile, en créant une association autogérée, les sages-femmes indépendantes s'assurent d'une certaine maîtrise de la temporalité de leur activité. Cette liberté, même partielle, contribue à ce que les savoirs, en tant que représentations et pratiques concernant l'accompagnement de la naissance soient réinventés quotidiennement au contact des familles. En ce sens, ces sages-femmes créent et entretiennent un savoir, qui dans la culture gestionnaire contemporaine (Massé 1993, Pouvoirville de 2002), pourrait soit disparaître, soit ne jamais être élaboré. Cela ne signifie pas que les prestations des sages-femmes soient irréprochables. Cependant, les circonstances temporelles de leur activité font de ces savoirs des productions originales, un laboratoire de l'accompagnement ou, en d'autres termes, un patrimoine immatériel à protéger.

### **5.3 Valorisations des familles et expressions affectives des sages-femmes: un ethos situé de l'accompagnement**

Ce troisième sous-chapitre traitant des savoirs construits et partagés par la communauté de pratique de sages-femmes aborde le style de relation que ces praticiennes établissent avec les familles. Ce sous-chapitre définit lui-aussi un savoir commun, soit ici un ensemble d'attitudes qui par leur régularité forment une norme relationnelle communautaire. La caractéristique de plusieurs de ces attitudes est qu'elles ne font pas partie de recommandations explicites données durant la formation<sup>169</sup> ou se trouvant dans la littérature professionnelle francophone. Ces savoirs émergent et sont agis dans la pratique, lors des rencontres entre sages-femmes et familles.

Globalement, les sages-femmes indépendantes adoptent un cadre de référence décliné de l'approche centrée sur la personne (ACP) fondée par Carl Rogers (Rogers 1968, Haugh and Merry 2001). Dans les entretiens, elles évoquent fréquemment leur souhait de respecter les familles dans leurs choix, leur intention de les aider à définir leurs besoins et leurs préférences et se réfèrent au concept d'empathie. En pratique, la capacité à s'adapter aux femmes et aux familles varie évidemment d'une sage-femme à l'autre, mais les attitudes que je regroupe sous le terme de valorisation positive constituent par leur fréquence et leur intensité un savoir communautaire clairement identifiable. Ces attitudes ne font pas partie du cadre classique de l'approche *centrée* sur la personne, car elles impliquent un jugement, certes positif, de l'aidant envers l'aidé, et peuvent

---

<sup>169</sup> Jusqu'à récemment, les sages-femmes n'ont pas reçu de cours théoriques ciblés directement sur ces attitudes et n'ont pas participé à des ateliers avec des patient-e-s simulés pour apprendre à valoriser les parents dans leur rôle. Ces attitudes sont travaillées plus directement depuis quelques années, particulièrement dans l'une des écoles de sages-femmes romandes.

apparaître comme infantilisantes (Rogers 1968, Chalifour 1989, Chalifour 1993, Simonet, Salzer et al. 2004, Bioy and Maquet 2007, Héту 2007). L'ACP repose en effet sur un projet de facilitation de l'autonomie de la personne aidée, lequel implique que cette personne construise elle-même son jugement sur ses actions. C'est en ce sens que le recours des sages-femmes à une valorisation active des mères et, dans une moindre mesure des pères, correspond à un savoir original marquant l'appartenance communautaire.

En préambule de ce sous-chapitre, je souhaite émettre deux réserves. La première concerne le langage utilisé pour décrire les comportements des sages-femmes impliquant un vocabulaire affectif et positif sortant du vocabulaire académique usuel. En usant de ce vocabulaire, je n'ai pas pour intention de donner une représentation forcément positive de l'attitude des sages-femmes, ce que je montrerai par plusieurs commentaires critiques, mais je vise à rendre compte au mieux des attitudes de valorisation observées. La seconde réserve concerne la temporalité des observations et son influence sur les données récoltées. Je n'ai guère pu observer les sages-femmes durant les périodes estivales de surcharge de travail, car elles ne le souhaitent pas pour des questions d'organisation du travail. Durant ces périodes, j'ai croisé brièvement les sages-femmes dans les locaux de l'association et elles apparaissaient alors plus fatiguées et moins motivées que durant le reste de l'année. Par conséquent, il est vraisemblable que les attitudes de *valorisation* décrites dans ce sous-chapitre soient moins répandues et moins intenses dans ces périodes difficiles.

Je nomme *valorisation* un faisceau d'attitudes implicites et explicites adoptées par les sages-femmes dans leur relation avec les femmes et les familles. La première attitude de valorisation, implicite, se compose de l'accueil particulièrement chaleureux offert aux familles par la plupart des sages-femmes indépendantes, dans une attitude que je nommerai « quel plaisir de vous voir »<sup>170</sup> :

Zoé commence ses visites de bonne humeur, en souriant, en ayant les yeux qui pétillent et en montrant un plaisir manifeste à rencontrer chaque femme. Son plaisir semble spontané et sincère, vraiment ressenti. Elle adopte également cette attitude avec moi, en prenant un café avant de commencer les visites et c'est très agréable. Durant la première consultation, Anika, une femme allemande immigrée en Suisse depuis quelques années, a des problèmes d'allaitement. Zoé change d'attitude pour écouter Anika, assise à une petite table en face d'elle, elle devient moins « guillerette », plus posée et attentive, le regard tourné vers son interlocutrice, elle effectue des hochements de tête. (Observation à domicile, Zoé)

L'accueil « quel plaisir de vous voir » peut à mon sens être compris comme une forme spécifique d'acceptation inconditionnelle, correspondant au cadre théorique posé par Rogers (1968) et disant en quelque sorte: « je vous aime tel que vous êtes ».

---

<sup>170</sup> Cette attitude est habituellement tempérée lorsque les parents ne se sentent pas bien, la sage-femme se mettant alors au diapason de ce que ces derniers expriment.

L'accueil « quel plaisir de vous voir » est accompagné d'énoncés explicites consistant en opinions évaluatives positives émises à l'encontre des parents et du nourrisson et en leur présence. L'expression de ces énoncés valorisants s'intègre dans la représentation de la période postnatale que les sages-femmes ont construit avec leur expérience. Selon elles, et ce que confirment de nombreux parents durant les observations, la période postnatale est vécue selon des modalités très variées et n'est pas toujours lisse et agréable. Certains parents n'ont par exemple guère eu de contacts avec des nouveau-nés avant la naissance de leur enfant et se sentent parfois déstabilisés lors du retour à domicile après la naissance. L'allaitement est souvent déconcertant à son début, causant des douleurs aux mamelons ou aux seins lors de la montée de lait. Le nouveau-né pleure parfois bien plus que ce à quoi les parents s'attendraient et se réveille plusieurs fois la nuit. Ces différents événements sont communs, ils se résolvent le plus souvent sans poser de problème, mais ils sont parfois sources d'inconfort et d'anxiété (Battersby 2009). La culture du risque étant largement présente dans le suivi de la naissance (Carricaburu 2005, Carricaburu 2007, Scamell 2011, Scamell and Alaszewski 2012), il est vraisemblable qu'elle influence le vécu de nombreux parents, suscitant de l'anxiété durant la période postnatale. En réponse à ces aléas communs de la période postnatale et à leurs implications dans l'expérience des parents, les sages-femmes marquent par leur joie et par des énoncés valorisants les petites victoires du quotidien. Ces énoncés évoquent l'objectif des sages-femmes qui est de renforcer la confiance des parents en eux<sup>171</sup>.

La valorisation est ensuite utilisée pour souligner les événements positifs observés au cours du suivi. Classiquement, les sages-femmes commentent les comportements du nouveau-né remarquant son bien-être, ses compétences ou ses comportements précoces d'attachement<sup>172</sup>, dans l'objectif de souligner l'importance des parents pour le nouveau-né. Ensuite, les sages-femmes explicitent les événements positifs et les améliorations de la situation de santé de l'enfant et de la mère principalement. Par exemple, lorsque l'allaitement commence bien et que l'enfant prend du poids ou qu'un ictère néonatal diminue après quelques jours. Les sages-femmes valorisent ces événements positifs par leurs attitudes corporelles et leurs mimiques, le ton de leur voix et les mots qu'elles emploient. Lorsque des difficultés substantielles se résolvent, la valorisation reflète par ailleurs le soulagement que les sages-femmes ressentent pour elles-mêmes. Voici un premier exemple observé lors d'un contrôle de tension à domicile, effectué sur ordre médical :

---

<sup>171</sup> Entretien avec Corinne et Caroline.

<sup>172</sup> Au cours de la première année de vie, puis durant sa petite enfance et son enfance, l'être humain développe un attachement envers ses parents ou leurs substituts. Ce phénomène a fait l'objet d'innombrables recherches en psychologie et constitue l'un des courants les plus importants de cette discipline Pierrehumbert, B. (2003). *Le premier lien : théorie de l'attachement*. Paris, Odile Jacob.. Dès sa naissance, l'enfant développe des compétences sensorielles et comportementales variées lui permettant d'une part de reconnaître sa mère et son père et, d'autre part, d'activer progressivement l'interaction avec eux. A quelques jours de vie, le nouveau-né reconnaît ainsi sa mère par l'olfaction, l'ouïe et la vue *ibid.* et à son premier mois, il se positionne différemment selon la personne qui le porte Widmer, C. and R. Tissot (1981). *Les modes de communication du bébé: postures, mouvements et vocalises*. Lonay, Delachaux et Niestlé.. Ces savoirs issus de la recherche permettent aux sages-femmes de montrer « l'engagement » de l'enfant envers ses parents.

Isabelle demande à Anaïs comment elle va, si elle a des signes d'aggravation de pré-éclampsie, - maux de tête, mouches volantes devant les yeux ou bourdonnements d'oreilles. Elle regarde les mains, la face, les jambes et demande en même temps à Anaïs si elle se sent moins gonflée. Ce qui est le cas. Anaïs n'a plus mal à la tête, elle a pu se reposer et se sent mieux. Isabelle sourit lorsqu'elle entend ces réponses, pleinement, ce qui illumine son visage. Isabelle alterne les moments sérieux, montrant qu'elle effectue un suivi « comme il faut », avec ceux où elle se réjouit « des bonnes nouvelles ». Elle semble véritablement touchée par ce qui arrive à Anaïs. Suite au dialogue, Isabelle prend la tension, qui est plus basse qu'au contrôle précédent. Pas de protéines dans les urines, tous les éléments sont rassurants. (Observation à domicile, Isabelle)

Voici un exemple concret, observé lors d'une visite à domicile au 10<sup>ème</sup> jour post-partum chez une famille accueillant son deuxième enfant. La première expérience post-partum avait été difficile en raison de problèmes d'allaitement, ce que relèvent tant la mère que Delphine la sage-femme durant la visite. Cette mère craignait que les difficultés ne se répètent et avait manifesté de l'anxiété à ce sujet au début du suivi de Delphine. Durant la consultation, Delphine se réjouit de la bonne santé du nouveau-né et de la réassurance conséquente pour sa mère :

En arrivant, Delphine demande comment va la famille et comment s'est passé l'intervalle depuis la dernière visite. La jeune femme, soulagée et souriante, répond que tout se passe bien, beaucoup mieux que lors de la naissance précédente. Comme elle se raconte à la sage-femme, son nouveau-né qu'elle porte dans ses bras en berceuse, se tourne vers elle et l'observe. L'enfant est éveillée, calme et attentive. Elle est à une distance d'environ 20 centimètres à laquelle les nouveau-nés, dont le cristallin ne s'accommode pas encore et dont la profondeur de la vision est encore restreinte, voient net (Stern 1977). Delphine, remarquant l'attitude du nourrisson, la mentionne à la mère : « Regardez-la, elle vous suit du regard, elle vous mange carrément du regard, vous avez vu ? » Delphine rit avec tendresse, touchée par le bébé, par ses compétences et son rôle dans la relation avec sa mère. Elle affirme qu'après 20 ans de métier, elle ne se lasse pas de rencontrer des familles et de voir des nouveau-nés si touchants. Delphine remarque aussi dans une envolée admirative que la petite fille a de *bonnes*<sup>173</sup> joues. Elle demande à la mère si elle a envie de peser son enfant laquelle répond « Oui, volontiers ». Nous nous rendons dans la salle de bain où est installée la table à langer. La mère déshabille sa fille. Au moment où elle ouvre le body, Delphine s'exclame « Oh le joli estomac de bébé qui mange bien ». L'enfant est menue, mais son petit ventre est convexe, plein. Delphine et la mère regardent le cordon tombé quelques jours plus tôt, il est *joli* maintenant, moins protubérant. Son apparence inquiétait les parents qui ne voulaient pas que leur enfant ait un ombilic atypique. Soulagement. Quand Delphine fait un commentaire à la femme, elle demande son acquiescement, elle dit : « Quel joli ombilic qui est bien rentré, hein ? Vous avez vu ? ». On pèse le bébé. L'enfant a pris du poids et au moment où elle voit cela, Delphine s'exclame « C'est bien ma poupée, génial ! ». Plus tard dans la consultation, cette sage-femme et la jeune mère échangent quelques mots à propos de la fin du suivi. L'enfant a fini de téter, elle est maintenant appuyée contre sa mère, la face tournée vers nous. Elle est repue, très détendue et passe en sommeil paradoxal, dans cette attitude de *bébé plein de lait*, dans une béatitude qui fait plaisir à voir, ce que relève Delphine. Au milieu de l'échange entre Delphine et la mère, la petite fait un sourire de nouveau-né, un de ces sourires qu'ils font au début lorsqu'ils sont endormis, un « sourire aux anges ». Delphine le voit et dit que l'enfant se sent bien dans les bras de sa mère et qu'elle en sourit. La mère est d'accord, c'est si beau que d'assister à ces premiers sourires. Elle note cependant que c'est là un sourire réflexe. Delphine reprend en disant qu'il n'est pas volontaire, mais qu'il signale néanmoins un moment de bien-être de l'enfant avec sa mère. (Observation à domicile, Delphine)

---

<sup>173</sup> Les termes en italique reprennent les paroles exactes de la sage-femme.

L'attitude de Delphine qui montre ostensiblement son attendrissement est composée de plusieurs éléments mis en action simultanément. Premièrement, elle a développé un regard clinique fin lui permettant d'anticiper la prise de poids et de communiquer plusieurs fois qu'elle se réjouit de l'évolution de l'allaitement. Elle voit les joues plus arrondies, le ventre convexe, elle entend l'enfant déglutir lorsqu'il tète et lit le chiffre donné par la balance. A chaque étape, elle se réjouit explicitement. Elle remarque ensuite l'ombilic qui change et devient plus *joli*, se souvenant de l'inquiétude que son aspect avait suscité lors d'une visite précédente. Elle voit aussi, alors qu'elle est en train de parler et est concentrée sur autre chose, que l'enfant suit sa mère du regard. Lorsque la discussion est animée, que la sage-femme est centrée sur la mère, remarquer et commenter le mouvement fugace du nouveau-né demande de l'attention. Il ne s'agit en effet pas de surveiller les compétences du nouveau-né, mais de les voir au détour de la conversation. Delphine n'a pas l'air de rechercher des événements positifs à valoriser, elle a appris à les repérer en un clin d'œil lorsqu'ils émergent durant les interactions.

Il est difficile de rendre compte précisément de l'attitude de Delphine par écrit. Le portrait dressé peut donner la sensation que cette sage-femme a un style emphatique, exagéré. Ici comme dans l'attitude « quel plaisir de vous voir », il me semble essentiel que l'émotion positive montrée à la famille soit éprouvée et sincère, qu'elle ne soit pas surjouée. Cette attitude, sa dimension émotionnelle et expressive, est impensée, mais agie et répétée au quotidien. Elle n'est pas mentionnée dans les entretiens par les sages-femmes lorsqu'elles abordent l'accompagnement ou la santé mentale des mères. Les sages-femmes parlent de leur souhait de renforcer, le cas échéant, la confiance des parents en eux-mêmes. Elles mentionnent à cette fin la temporalité de leur activité, le besoin d'écoute, disent leur intention de valoriser. Par contre, les sages-femmes n'évoquent pas leur attitude corporelle ou leur état émotionnel comme des outils de la relation d'aide. Ces praticiennes ne saisissent pas explicitement l'intégralité des attitudes professionnelles participant de la valorisation, notamment lorsque ces attitudes s'expriment en des termes dépassant le langage professionnel courant. La joie éprouvée et démontrée à la vue de familles, qui vont bien ou qui vont mieux, constitue un savoir incorporé implicite, un ethos agi par les membres de la communauté de pratique dans les contacts avec les familles.

L'extrait de consultation ci-dessus est emblématique, montrant l'activité de la sage-femme comme un tout qui implique aussi bien les aspects biomédicaux, une attention au vécu de l'autre qu'un engagement personnel et émotionnel. En se laissant être qui elles sont, dans une mesure raisonnable, ce n'est pas une soirée entre amis, ces praticiennes donnent à l'échange un caractère authentique et impliqué. Même si cela reste impensé, le rôle professionnel ne se joue pas dans un

clivage avec la personnalité civile. Ces praticiennes contredisent ici un lieu commun en usage parmi les professionnel-le-s de la santé lequel voudrait que l'on laisse sa personnalité au vestiaire<sup>174</sup>. En milieu hospitalier, certain-e-s professionnel-l-e-s en viennent à se cacher derrière une façade sérieuse, parfois agressive tant elle distante, donnant l'impression d'une absence de *contact* humain *réel*<sup>175</sup>.

Les attitudes d'accueil et de valorisation montrées par les sages-femmes comportent par ailleurs des tonalités variées représentatives des personnalités des sages-femmes. Certaines sont plus ou moins énergiques ou plus ou moins introverties. Jeanne est accueillante, mais reste sérieuse et calme, malgré son sourire. L'attitude est habituellement ajustée au vécu des parents dans une mise au diapason empathique. Au cours de l'observation d'une visite à domicile, Jeanne a ainsi exprimé de la tristesse et de la compassion face à plusieurs situations socialement difficiles. La fatigue ou le stress ressenti par une sage-femme peuvent empêcher l'attitude d'accueil de s'exprimer. Justine était par exemple peu souriante lorsqu'elle a repris son travail après un long arrêt maladie.

Parfois, l'attitude « quel plaisir de vous voir » ou les énoncés « valorisants » sont en décalage avec ce qu'éprouvent les couples et donc en rupture avec le principe d'empathie. Cette attitude, consistant en une recherche active de compréhension de l'autre et de ce qu'il est en train de vivre, implique non seulement le registre verbal et cognitif, mais également le corps et ses postures, le visage et ses mimiques, ainsi que les émotions de la personne aidante (Barsalou 2008, Barsalou 2010). Les recherches sur les neurones miroirs et sur l'anticipation que produit la simulation neuronale indiquent que l'empathie se vit en partie dans un mimétisme des attitudes corporelles et faciales (Barsalou 2008, Barsalou 2010). Les humains montrent par exemple un visage triste lorsqu'ils comprennent quelqu'un qui éprouve de la tristesse. Lorsqu'une sage-femme accompagne une femme qui ressent une anxiété élevée, l'attitude « quel plaisir de vous voir » et les valorisations ne répondent pas nécessairement aux besoins de cette femme, marquant parfois une rupture du contact entre l'accompagnant et l'accompagné, et selon l'approche centrée sur la personne, une interruption au moins momentanée de la relation d'aide (Wyatt and Sanders 2001). Line, une sage-femme très enthousiaste et énergique, a parfois de la difficulté à être attentive à l'autre, prise dans son « tourbillon », elle ne module pas toujours ses attitudes en regard des émotions de ses interlocutrices. « L'excès d'optimisme », est compris comme un manque de sérieux par certaines femmes et, peut être une raison pour demander à changer de sage-femme. Les attitudes de valorisation, savoirs développés dans l'action et par le contact avec les familles, semblent donc utiles lorsqu'ils sont en adéquation avec les ressentis et les besoins des familles.

---

<sup>174</sup> Notes auto-ethnographiques.

<sup>175</sup> Notes auto-ethnographiques, à partir de mon expérience de sage-femme et de personne soignée.

Par ailleurs, l'accueil « quel plaisir de vous voir » induit parfois en erreur. Lorsqu'une sage-femme a un comportement particulièrement amical et qu'elle rencontre une femme se sentant seule durant la période postnatale, cet accueil peut être pris pour une promesse d'amitié. Certaines femmes demandent à continuer à voir leur sage-femme au-delà de la relation professionnelle délimitée temporellement par les remboursements prévus dans la LAMAL. Cette demande est généralement évincée avec le plus de tact possible, les sages-femmes n'ayant ni le désir, ni le temps, d'augmenter les contours de leur réseau social. Exceptionnellement toutefois, des sages-femmes continuent à voir des femmes. Ces relations amicales peuvent être teintées par la relation de soins et positionnent ces sages-femmes en prestataires de soins gratuits. C'est par exemple le cas lorsqu'une femme propose de boire un thé à Mia en dehors de toute consultation, « comme des copines », mais continue de poser des questions en lien avec la naissance. Par ailleurs, par humilité et probablement parce qu'elles n'y ont pas réfléchi, les sages-femmes ne perçoivent pas toujours l'importance de leur attitude accueillante dans la relation établie avec les familles.

Après un accompagnement particulièrement prenant, commencé par une consultation pleine de larmes, dans une forme de désespoir, Armelle termine sa dernière consultation avec un couple apaisé. Comme me le dit le couple, le soutien d'Armelle et de l'obstétricien contacté, ont été essentiels. Étonnamment, Armelle prend congé de manière un peu désinvolte, comme si ce n'était pas la dernière fois. Remarquant les larmes qui gonflent alors les yeux de Josefina, elle se ravise et, prend plus de temps pour dire au revoir. (Observation à domicile, Armelle)

La valorisation s'exprime également par les attitudes favorables des sages-femmes à l'encontre des comportements et des choix adoptés par les parents. Cette posture qui du point de vue du sens commun peut sembler normale, ne va pas de soi. Durant leur formation et leur carrière, les sages-femmes apprennent que certaines pratiques, par exemple d'allaitement, sont plus favorables à la santé que d'autres. Par conséquent, elles construisent des *a priori*, positifs ou négatifs, au sujet des pratiques entourant la naissance. La capacité à se distancer de ses représentations pour mieux respecter les choix des parents varie selon les sages-femmes, certaines y parvenant plus facilement que d'autres, j'y reviendrai au chapitre 7. Ici Jasmine, puis Corinne montrent comment cette acceptation et valorisation est mise en œuvre. Le niveau de cohérence avec l'approche centrée sur la personne exprimés par ces sages-femmes, qui s'observe dans les détails de leurs formulations, ne se retrouvent pas chez toutes les sages-femmes. La valorisation est un ethos partagé, mais qui varie en fonction des trajectoires et des capacités personnelles des sages-femmes. Dans cet exemple, Jasmine rencontre une jeune femme pour la première fois durant son post-partum, voici donc comment elle gère des pratiques parentales en décalage avec les recommandations officielles :

Esther parle de son premier allaitement qui lui a laissé des souvenirs difficiles, car son enfant ne prenait pas assez de poids. Elle ne veut pas revivre les mêmes inquiétudes au cours de cette seconde expérience. Par conséquent, cette mère a choisi d'utiliser d'emblée un tire-lait, qui lui semblait utile et



qu'elle a demandé à l'équipe soignante. Ainsi, Esther peut donner le sein et compléter régulièrement les tétées avec du lait tiré. Elle utilise également une tétérèlle, petit embout en silicone fabriqué pour protéger les mamelons, lorsque ceux-ci sont douloureux ou lésés. Le tire-lait et la tétérèlle sont deux instruments dont les sages-femmes tendent à limiter l'utilisation en situation de physiologie, car ils interfèrent avec la lactation ou le vécu de celle-ci. Le tire-lait, qui est proposé lorsque la stimulation de la lactation est insuffisante, peut être vécu comme une expérience désagréable, voire douloureuse. De plus, le temps passé à allaiter est conséquent, tirer son lait empiète d'autant plus sur le peu de temps qu'ont les femmes à leur disposition. La tétérèlle quant à elle rend souvent la succion du bébé moins efficace. Son usage peut donc d'une part interférer avec la production de lait et de l'autre diminuer l'efficacité de la vidange des seins, contribuant à la création d'engorgements mammaires (Riordan 2009). Pour certaines sages-femmes, ce sont aussi des artifices, des outils de la médicalisation, employés dans notre société où il est devenu difficile de croire qu'un allaitement suffise à nourrir un nourrisson. En d'autres termes, ces objets participent de la médicalisation et de la technicisation de la naissance, de *l'Adieu au corps* qui l'entoure (Le Breton 1999). Jasmine ne cherche cependant pas à influencer la jeune mère. Bien au contraire, par son écoute attentive, elle vérifie que le système mis en place convienne à cette femme. Elle pose quelques questions et effectue des reflets empathiques pour vérifier sa compréhension. Au cours de l'observation, je ne perçois aucune opinion à propos de la tétérèlle ou du tire-lait dans les attitudes de Jasmine. Cette sage-femme respecte les représentations et pratiques de la mère rencontrée, ainsi que l'équilibre que cette dernière a su construire dans ces premiers jours du retour à domicile. Jasmine valide les choix et souligne que la jeune femme a réussi à atteindre son but : ne pas revivre une intense inquiétude. Se décrivant comme une féministe, Jasmine se méfie des préconceptions romantiques que ses collègues nourrissent parfois en regard de la naissance et de ses suites. Cette sage-femme désapprouve les purismes et les rigidités, les images d'Épinal faisant de l'absence de médicalisation une valeur galvaudée. (Observation à domicile, Jasmine)

Je ferai deux autres visites avec Jasmine ce jour-là. Dans les trois situations, elle a trouvé des familles qui employaient soit un tire lait, soit un complément lacté. Dans chacune des situations, elle a observé comment la famille s'était organisée, a estimé si les moyens en place convenaient à cette famille avant de se faire une opinion. Chez une famille asiatique avec un début d'allaitement sans problème particulier, elle découvre des biberons de complément<sup>176</sup>:

Depuis leur rentrée à domicile, la famille a instauré un système d'allaitement mixte. Zhang a du plaisir à allaiter, cela se passe bien, mais elle donne des biberons de complément. Jasmine croit que pour cette famille chinoise, le biberon fait simplement partie de la vie avec un nourrisson et n'est pas perçu comme contradictoire avec la poursuite d'un allaitement maternel. Jasmine n'a pas cherché à influencer cette organisation convenant aux parents et aux grands-parents présents. Si elle était puriste, elle suggérerait de diminuer puis éliminer petit à petit les compléments. Jasmine a pour objectif d'interférer le moins possible dans les choix parentaux et ne se sent pas légitimée pour intervenir à tout propos. Elle considère essentiel de valider et respecter ce que font les parents afin de contribuer à la consolidation de leur sentiment de compétence, ce qu'elle me confie entre deux consultations. (Observation à domicile, Jasmine)

---

<sup>176</sup> L'utilisation de compléments de lait en poudre modifie la flore intestinale du nouveau-né et interfère avec la protection immunologique que confère l'allaitement complet, d'où la motivation des sages-femmes à recommander un allaitement complet lorsque la femme souhaite allaiter Kuhn, L. (2010). "Milk mysteries: Why are women who exclusively breast-feed less likely to transmit HIV during breast-feeding?" *Clin Infect Dis* 50(5): 770-772..

Être à l'écoute, accepter l'autre sans avoir de projet pour lui, sans se permettre de savoir mieux que lui ce qui lui convient participe de l'éthos de la moindre empreinte des sages-femmes. Jasmine, Corinne, Mylène l'habitent jusqu'à dans les détails de la consultation. Ces sages-femmes valorisent les parents en étant plus proches de la théorie de l'approche centrée sur la personne que d'autres praticiennes. Leur acquiescement est discret, parfois il est simplement une non réaction à des choix parentaux, - une capacité à se décentrer et à faire abstraction de leurs propres représentations. Jasmine, l'une des sages-femmes parvenant à la plus grande cohérence sur ce point m'étonne par son attitude tranquille :

Pour la naissance de Zhao, les grands-parents maternels sont venus de Chine et resteront deux mois pour aider leur fille Zhang. La jeune mère nous informe qu'elle retournera avec ses parents en Chine pour un à deux mois, avant de revenir en Suisse. Dewei, le père, explique que son enfant fera une partie de sa scolarité en Chine et qu'elle grandira partiellement ici et partiellement là-bas avec ses grands-parents. Jasmine écoute et ne réagit pas à ce propos. Je ne perçois pas une once d'étonnement, de jugement, ou de tristesse sur son visage. Elle continue d'écouter le couple. Quand je vois le regard doux de ces parents sur cet enfant, je m'imagine cette séparation douloureuse. Cela me rend triste pour Zhang, que je vois si attendrie. Au cours de l'échange, je pense aux travaux de Kleinman, à l'importance de l'harmonie et des liens familiaux qu'il décrit à partir de son expérience en Chine (1988b). Beaucoup de choses m'échappent dans cette situation, ma compréhension n'est que partielle et appelle à la prudence. Je vois des gens qui vont bien, qui ont de l'énergie et des projets, aucun élément de la situation ne légitime qu'une sage-femme sème du doute. Ce raisonnement ne change cependant pas les émotions que j'éprouve. A la sortie de l'immeuble, j'évoque avec Jasmine mon étonnement et ma difficulté à l'égard du partage des parents. Jasmine me répond avec tranquillité que cette petite fille sera probablement élevée en grande partie par sa grand-mère. Elle respecte la légitimité des parents à prendre leurs décisions et se décentre de sa vision de la famille pour comprendre d'autres points de vue. (Observation à domicile, Jasmine)

Pauline, une sage-femme énergique, a également pour intention de valoriser les parents et de respecter leurs prérogatives. Très spontanée et volubile, Pauline fait des efforts substantiels pour se taire parfois et valoriser les choix des parents:

Pauline demande à Agnès, qui est à 37 semaines de grossesse, comment elle va. Agnès a mal au dos, une douleur chronique qui a récemment empiré. Elle a beaucoup de difficultés à rester longtemps assise et trouve que socialement c'est ennuyeux. Elle n'aime pas devoir se lever au milieu du repas pour soulager son dos, lorsqu'elle est en famille. Pauline propose de lui faire un massage à sa prochaine visite. Agnès refuse poliment, son compagnon, un masseur hors pair, n'ayant pas réussi à la soulager. Pauline allait continuer son argument, ouvre la bouche, mais se ravise pour accepter la réticence d'Agnès. Elle n'insiste pas, évitant ainsi de se prétendre meilleure masseuse que le compagnon de cette femme. Cette dernière confie que son médecin traitant lui a recommandé de consulter un ostéopathe, ce qu'elle a refusé. Agnès a souffert d'importants problèmes de santé récemment et ne veut pas de contact avec un soignant supplémentaire. Une lassitude est visible sur les traits de son visage et dans le ton de sa voix. Pauline regrette ouvertement que l'ostéopathe n'ait pas été consulté, étant persuadée de l'efficacité de sa pratique. Son insistance est cependant mesurée, énoncée une fois avec un ton doux, puis abandonnée devant le refus réitéré par Agnès. (Observation à domicile, Pauline)

L'intention de valorisation passe par l'attention portée aux parents afin de comprendre leur expérience, leurs besoins, et leurs préférences. Pour comprendre les parents, les sages-femmes entrent logiquement dans une attitude d'écoute, parlent peu et, adoptent une position corporelle très semblable. Les moments d'écoute ont souvent lieu dans le salon ou la chambre à coucher. La femme rencontrée est assise sur le canapé, son mari souvent présent est sur un fauteuil ou sur l'accoudoir à côté de sa femme. La sage-femme est sur le canapé elle-aussi, proche de la femme à un mètre cinquante environ, ou sur un fauteuil en face. Si la discussion a lieu dans la chambre à coucher, la femme est assise dans son lit, la sage-femme sur le rebord du lit ou sur le sol. Les deux femmes sont tournées l'une vers l'autre et adoptent une position en miroir montrant le contact entre elles.

Au cours de ces moments de dialogue et d'écoute, la sage-femme adopte le plus souvent une position corporelle qui diminue sa stature apparente. Son buste est un peu penché en avant faisant un angle aigu entre l'axe de la colonne vertébrale et le bassin. Elle pose ses avant-bras ou ses coudes sur ses cuisses, la position des bras formant quelques variantes de cette attitude corporelle « petite ».

Isabelle et Anaïs prennent place sur le canapé d'angle, en étant assises en face l'une de l'autre. Isabelle est un peu penchée en avant, elle a posé ses avant-bras sur ses jambes ce qui la fait à la fois se tourner vers Anaïs et apparaître un peu plus petite qu'elle ne l'est. Ses deux avant-bras sont croisés au niveau des poignets et ne bougent pas lorsqu'elle écoute. Lorsqu'elle fournit une explication, elle soulève ses avant-bras, bouge les mains, puis les repose lorsqu'elle se remet à écouter. (Observation à domicile, Isabelle)

Ludivine écoute Laurence en étant assise sur le canapé, tournée vers Laurence et légèrement en avant, en position « petite ». Ses avant-bras sont posés sur ses jambes, ses mains sont jointes et immobiles lorsque Laurence parle. Quand Ludivine se met à parler, ses pouces se séparent et se rapprochent plusieurs fois, puis se rejoignent pour être à nouveau immobiles quand Laurence ou son compagnon parlent. (Observation à domicile, Ludivine)

Sembler plus « petite » marque le désir d'instaurer une relation horizontale avec les femmes et les familles et de s'affranchir de l'expérience hospitalière, du paternalisme lui étant historiquement rattaché. Cette position souligne aussi la géographie de l'activité, la sage-femme exerçant au domicile des familles, elle se sent à la fois privilégiée et intimidée par cette condition. L'attitude signifie une forme de respect du territoire et des prérogatives de l'autre chez lui. Les meubles, notamment les canapés confortables, qui, plus que les chaises, facilitent la courbure du buste sur le bassin, essentielle pour apparaître plus petite, jouent également un rôle. Il existe quelques exceptions à l'adoption de la posture « petite ». Par exemple, plusieurs sages-femmes ont des problèmes de dos et font attention à se tenir droites. Une sage-femme ayant fait de la danse adopte en permanence une posture très droite, caractéristique de cette activité. A la fin de l'enquête de terrain, ayant si souvent observé cette position, je m'étonnais lorsqu'une sage-femme ne l'adoptait

pas. Line s'était par exemple entretenue avec une femme encore couchée alors qu'elle était debout, reproduisant ainsi la posture inégalitaire fréquemment observable en milieu hospitalier. Apparaître « petite » par l'adoption d'une posture corporelle spécifique participe à mon sens de l'idéal de valorisation des parents par les sages-femmes.

Je souhaite aborder une dernière attitude qui participe de manière plus ambiguë de l'intention de valoriser les parents et qui souligne l'originalité de certains savoirs construits et véhiculés par les sages-femmes. Durant l'enquête, ces praticiennes m'ont fréquemment et spontanément parlé des situations, soit pour m'informer avant la consultation, soit pour revenir sur une impression donnée par le contact avec une famille. Au cours de ces partages, les sages-femmes recourent de manière récurrente au terme *chou* ou *chouchou* pour décrire les parents. Ce terme affectueux et porteur d'un jugement positif se situe en porte-à-faux avec le cadre théorique de l'approche centrée sur la personne puisqu'il contient une évaluation de l'autre (Rogers 1968, Chalifour 1989, Simonet, Salzer et al. 2004). Par sa tonalité familière, *chou* détonne par ailleurs avec le vocabulaire professionnel et biomédical, supposément sérieux et factuel. Ce qualificatif n'est-il pas condescendant, évoquant une forme de paternalisme soignant ? S'il y a des parents *choux*, y en a-t-il qui ne le sont pas ? Ce qualificatif est-il l'évocation à peine masquée d'attentes implicites à l'égard des parents, l'expression plus ou moins pensée de velléités de contrôle social ? Les parents souhaitent-ils être qualifiés de *chouchou* ? Ces questions soulignent toute l'ambiguïté que pose l'usage de *chou* et méritent d'être relevées. Cependant, et malgré cette ambiguïté, l'utilisation de ce terme constitue une intention agie de valoriser des familles. *Chou* dit le plaisir de la rencontre, dit un amour des sages-femmes envers les familles, évoque une sentimentalité incorporée à l'habitus s'exprimant dans les sourires et la joie discutée plus haut.

L'usage du terme *chou* illustre les chemins inattendus et informels que prend parfois la construction des savoirs, loin de la solennité biomédicale. Ce terme bref résume en effet de très nombreuses informations et résume un tableau clinique précis et dense. Lorsqu'elles me préparaient à l'observation d'une consultation, les sages-femmes me disaient « *Tu verras, ils sont choux* » ou « *Elle est chou cette maman* ». Une famille *chou* est souvent une famille nucléaire. Le père est impliqué auprès de sa femme, intéressé par le déroulement de la naissance et souvent présent au cours des visites à domicile de la sage-femme. Les parents sont calmes, ils dialoguent entre eux et avec la sage-femme, ils ont des envies et des préférences explicites en regard du déroulement de la naissance et des soins. Ces parents vont bien et ne ressentent pas d'anxiété particulière à l'encontre des différentes phases de la naissance. La joie qu'ils éprouvent à devenir parents est manifeste, on la lit sur les traits de leurs visages attendris et sur leur manière de se comporter et de parler à leurs

enfants. Les parents donnent parfois de petits noms doux au nouveau-né, par exemple *nounours*. Ils sourient et parlent au nouveau-né quand ils le prennent, le changent ou le baignent, semblant alors oublier la présence de la sage-femme. Les gestes sont tendres et ne montrent pas d'empressement, les mains enveloppent le petit corps et sont harmonieusement posées. L'amour et la tendresse entre les deux parents est manifeste, lorsque l'un regarde l'autre ou parle de lui, les yeux brillent. Dans ces couples, aucune atteinte à la face n'est observable (Goffman 1974). Le père parle du courage de sa femme, montre son admiration pour sa force et se dit impressionné par ce qu'elle a traversé. Il montre aussi de la compassion lorsque sa femme traverse et évoque des difficultés, par exemple à entendre son enfant pleurer. Les traits du visage paternel évoquent alors tristesse et attendrissement. Les pères *choux* ont compris l'intensité de la naissance et du post-partum et estiment que dans cette période ils doivent être présents et protecteurs. Les mères *choux* valorisent explicitement le soutien de leur conjoint de la grossesse à la période postnatale.

Après quelques mois d'enquête et lorsqu'une sage-femme mentionnait une famille *chou*, je m'attendais à rencontrer un couple dont l'attachement adulte était sécure (Milijkovitch 2001, Pierrehumbert 2003), vivant dans un modèle de famille *compagnonnage*<sup>177</sup> (Kellerhals and Widmer 2007), visiblement amoureux, s'entraîdant et se soutenant mutuellement et étant heureux et en amour avec leur enfant. Sous l'apparence d'un terme déplacé, se cache en une concision peu commune un sens beaucoup plus vaste. Les sages-femmes effectuent ainsi un diagnostic multisensoriel, largement implicite et impensé, le terme *chou* résumant un tableau clinique détaillé. Ce diagnostic, lorsqu'il est posé, influence par ailleurs la vigilance clinique des sages-femmes. Lorsque le couple est *chou*, en d'autres termes plein de ressources et se sentant bien, le vécu de la période postnatale en sera facilité. Le suivi est alors plus simple et serein, *chou* sortant l'activité de la sage-femme du registre du risque. Plusieurs auteur-e-s ont montré la difficulté extrême des professionnels de la naissance à sortir de la logique et du lexique du risque (Scamell 2011, Scamell and Alaszewski 2012), l'usage du terme *chou* méritait donc d'être soulevé pour évoquer l'existence d'espaces de la pratique échappant à cette logique et à ce lexique. Il peut être plus difficile pour les chercheurs en sciences sociales et de la santé d'identifier des attitudes sortant de la logique du risque, lorsque celles-ci sortent des acceptions habituelles du rôle et des savoirs professionnels. Cet exemple montre que la définition et problématisation des attitudes professionnelles doit partir d'une conception

---

<sup>177</sup> Suite à une recherche effectuée sur un échantillon de plusieurs centaines de sujets, les auteurs ont défini différentes catégories de couples, selon leur degré de fusion, d'ouverture sur les autres et de partages des tâches ménagères et des activités de loisir. Le couple de type *compagnonnage* repose sur une base égalitaire, partage de nombreuses activités communes, ainsi qu'une vie sociale active. Ces couples, plus que les autres, communiquent et négocient activement, ce qui dans les faits les rend plus solides face aux aléas de la vie. Les couples de type *compagnonnage* sont plus représentés dans les catégories de la population ayant effectués des études Kellerhals, J. and E. Widmer (2007). *Familles en Suisse : les nouveaux liens*. Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes..

ouverte, inductive, soit d'attitudes concrètes exercées au quotidien, pour être complète, ce qui a permis dans ce cas d'identifier des alternatives à la logique presque totalisante du risque.

Les parents *choux* entrent par ailleurs facilement en contact avec les sages-femmes et sont « faciles » à aider. Par exemple, les problèmes survenant parfois dans ces familles sont partagés avec les praticiennes lorsqu'ils entrent dans son champ de compétence spécifique. Les sages-femmes ont alors l'impression de se centrer sur les aspects classiques de leur rôle professionnel, tel que l'allaitement et les échanges autour de la santé de l'enfant. Souvent, ces parents et la sage-femme partagent des représentations similaires en regard de la naissance et des soins à l'enfant, ce qui facilite le rôle de la sage-femme et éloigne les dissonances cognitives. Certaines praticiennes disent ne pas avoir l'impression de travailler dans ces situations. Le contact avec les familles choux est considéré comme un privilège, une expérience qui apaise et ressource. Les praticiennes éprouvent alors elles-aussi du bonheur et de la tendresse, involontairement, par une activation empathique multimodale et incorporée. En d'autres termes ces contacts relèvent d'une réciprocité s'exprimant fréquemment entre professionnel-le-s de la santé et personne soignées (Métraux 2004), ce qui permet aux sages-femmes de vivre un équilibre entre situations paisibles et situations difficiles.

Je n'ai pas observé de terme qui serait le pendant négatif de *chou*, c'est-à-dire qui serait aussi précis quant à son contenu. Les sages-femmes indépendantes rencontrées critiquent peu les familles<sup>178</sup>. Lorsqu'une famille ne peut pas être désignée par le terme *chou*, ses problèmes spécifiques sont évoqués. Les sages-femmes parlent du stress<sup>179</sup> ressenti par les femmes et décrivent les circonstances contribuant à rendre difficile le vécu du post-partum. Certaines sages-femmes diront par exemple « *elle est chou, mais elle est stressée* », signifiant que le qualificatif n'est pas vraiment approprié puisque l'une des conditions du tableau clinique implicite n'est pas remplie.

Les parents *choux* rencontrés durant l'enquête provenaient souvent des classes moyennes et de familles nucléaires, mais pas uniquement. Ces parents *choux* sont aussi immigrés, parfois réfugiés et, ne parlent pas toujours bien le français. Cet adjectif désigne aussi des mères seules, comme cette femme de 19 ans qui nous dit être amoureuse de sa fille et ne détache pas ses yeux d'elle. Le terme désigne avant tout un état physique, relationnel et émotionnel, une forme de bien être entre soi et avec les autres, une capacité d'agir et d'organiser un minimum la vie autour de soi. En d'autres

---

<sup>178</sup> Durant ma carrière de sage-femme hospitalière, j'ai rencontré des professionnel-le-s, si l'on peut les nommer ainsi, qui critiquent fréquemment les femmes et les familles et utilisent des termes particulièrement déplacés pour qualifier certaines d'entre elles. Le terme « chiant-e-s » est parfois utilisé pour évoquer une personne sollicitant beaucoup l'équipe et ressentant de l'anxiété. Le terme désigne des situations qui mériteraient plus d'attention et de tact, mais recouvre un tableau moins précis que le terme « chou ». Par ailleurs, ce terme ou des termes analogues n'ont aucune utilité pour les femmes et les parents, puisque ces qualificatifs s'accompagnent de soins de moins bonnes qualités.

<sup>179</sup> Stress est un terme émiqque fréquent employé pour parler tant de l'attitude des sages-femmes que des familles. Lorsqu'il désigne les familles, *stress* correspond en grande partie au terme médical d'anxiété ou à l'une des dimensions de la détresse prenant naissance dans les réalités sociales, d'après l'ethnoépidémiologie effectuée par Massé (2008).

termes, cet usage reflète en partie une norme sociale, mais évoque également les conditions sociales permettant ce bien être, l'entourage d'une famille de réfugiés, la famille bienveillante de la jeune femme sans compagnon par exemple. *Chou* souligne cependant la préférence que marquent les sages-femmes pour les familles de type *compagnonnage*, familles que les sociologues auteurs d'une typologie des familles en Suisse, considèrent par ailleurs comme les plus outillées pour négocier les aléas du quotidien (Kellerhals and Widmer 2007).

Les attitudes regroupées sous le terme de « valorisation » sont principalement constituées par l'accueil chaleureux des sages-femmes, par leur attitude joyeuse accompagnant les événements positifs survenant dans le quotidien des familles et par la valorisation explicite des attitudes parentales. Ces attitudes correspondent en partie aux représentations et usages de l'approche centrée sur la personne et peuvent être rattachées soit à de l'acceptation inconditionnelle soit à une forme d'empathie. Cependant, les attitudes de valorisation se démarquent substantiellement de l'ACP par le recours marqué à des jugements positifs explicites soulignant soit les qualités des parents, soit la pertinence de leurs choix. Dans les descriptions théoriques de l'ACP, ces jugements devraient être effectués par les parents eux-mêmes afin de respecter leur autonomie ou de faciliter son développement. L'ACP et ses déclinaisons ont cependant été créés pour la psychothérapie et sont orientées vers le changement de la personne à partir d'elle-même<sup>180</sup>, dans une logique de l'individualité contemporaine et de la promotion de l'autonomie et de la responsabilité conséquente (Rose 1998, Rose 1999, Otero 2003, Otero 2005, Otero 2005). Les sages-femmes mentionnent souvent l'autonomie en tant qu'objectif du soin, j'y reviendrai au chapitre 8, néanmoins elles ont un rôle différent du psychothérapeute. Ces praticiennes accompagnent la naissance, remarquent ses aléas occasionnels et l'intensité de cette période de la vie, et considèrent en conséquence que les parents ont besoin de tact et de réassurance, exprimés sous la forme de valorisations explicites et implicites. En ce sens, les sages-femmes adoptent une philosophie proche des théories du Care considérant l'inhérente vulnérabilité de la condition humaine et le besoin de l'autre dans la construction du soi (Jouan and Laugier 2009).

J'ai aussi rencontré des attitudes de valorisation durant ma carrière professionnelle en milieu hospitalier ou durant les nombreux contacts entretenus avec des professionnel-le-s de la relation d'aide, mais rarement avec la même constance et intensité<sup>181</sup> que chez les sages-femmes indépendantes. J'ai vu de l'engagement, du respect, de l'amabilité, des sourires polis, de la

---

<sup>180</sup> J'ai expérimenté ces principes au-delà de la théorie, lors de nombreux stages de développement personnel et de formation. J'ai notamment effectué un certificat de psychodramatiste, correspondant à près de 1000 heures de formation pratique et théorique, et utilisant l'approche centrée sur la personne.

<sup>181</sup> J'ai réalisé tardivement que ces expériences pouvaient constituer un terrain alternatif, tant elles ont été nombreuses. Entre les beaux-parents âgés, les enfants, voire le chien, j'ai eu de multiples contacts avec des professionnel-le-s de la santé et du social durant mes années de thèse.

gentillesse, de l'attention et beaucoup de sérieux, parfois même de la gravité. Souvent ces relations étaient pressées, strictement centrées sur des aspects biomédicaux. Parfois même, moi et mes proches, dont mes enfants alors qu'ils étaient encore très petits, avons été mal accueillis par des professionnel-le-s de la santé. L'amabilité, le sens de l'accueil et la proximité affective, sont loin d'être la règle dans le monde de la santé.

Dans ce sous-chapitre, j'ai montré comment un registre linguistique et des attitudes relationnelles incorporées étaient partagés par les sages-femmes indépendantes. Ces attitudes participent d'une intention globale de valorisation des parents dans leur rôle. Si les pratiques verbales sont souvent délibérées, elles deviennent spontanées avec le temps, s'incorporant à l'habitus des sages-femmes. Ces praticiennes ne construisent par ailleurs pas de discours « méta » sur la corporéité de leur prestation, leur joie et leur tendresse restant impensées et ne faisant pas l'objet d'une élaboration stratégique. Dans les discours, les termes génériques d'écoute et d'empathie reviennent régulièrement, l'acceptation inconditionnelle n'est quant à elle presque jamais mentionnée. En ce sens, ce qui est explicitement communiqué à propos de la relation d'aide au cours des entretiens relève souvent d'un sens commun professionnel. Ici, la triangulation des méthodes et le recours à des observations permet de distinguer savoirs explicites et savoirs implicites et dévoile par ailleurs l'étendue des savoirs impensés agis dans la communauté de pratique.

Je propose maintenant d'explorer la relation que les sages-femmes établissent avec les nouveau-nés et de continuer à explorer les savoirs communautaires tacites impliquant notamment les émotions et les sentiments des sages-femmes.

#### **5.4 Mamanais, tendresses, et perception clinique: une relation multimodale avec les nouveau-nés**

J'ai montré ci-dessus comment les sages-femmes indépendantes habitent la relation d'aide par l'expression de joie et de commentaires positifs au contact des parents. Cette attitude joyeuse que j'interprète comme une forme spécifique d'*acceptation inconditionnelle* se poursuit dans la relation au nouveau-né. La récurrence de comportements spécifiques est ici à nouveau emblématique de savoirs construits en pratique et n'ayant pas fait l'objet d'enseignements ciblés ou de recommandations pour la pratique clinique.

Tout d'abord, l'état de veille du nouveau-né au moment de l'arrivée de la sage-femme détermine pour la plupart d'entre elles, en l'absence de demande spécifique des parents, les séquences de la consultation.



Lorsqu'Emma arrive pour le début de la consultation, Milan, le bébé, dort encore. Il doit bientôt manger. Milan est installé dans un relax pour bébé près de la fenêtre, car il était jaune les jours précédents. Comme Milan dort, Emma propose de commencer la visite par le contrôle clinique de Susana sa maman. Comme convenu avec la commission éthique, je n'y assiste pas. Je suis donc Rodrigo, le jeune père, qui part au salon rejoindre Milan qui dort. Rodrigo regarde son enfant, puis me fait remarquer que dans son relax, Milan est à la plage. Il me dit aussi qu'il est moins jaune que la veille et que l'effet de la lumière sur la jaunisse se voit. Il lui touche le front, fait une caresse douce avec le dos de ses doigts, plusieurs fois. Milan est en sommeil paradoxal, il fronce le front et a des mouvements rapides des yeux. Il esquisse un demi-sourire. Rodrigo rit doucement, il trouve ses petits sourires attendrissants et humoristiques, il fait une imitation burlesque de son enfant, reproduisant le sourire asymétrique. (Observation à domicile, Emma)

Cette organisation diffère de ce qui est effectué en milieu hospitalier, où les nouveau-nés sont souvent réveillés au gré des besoins du service, pour le bain, les surveillances ou, les visites du pédiatre. En parallèle à ces pratiques, de manière quelque peu incohérente, il est souvent conseillé aux parents de respecter le sommeil du nouveau-né, - incohérence qui est corrigée partiellement à domicile. La temporalité de l'activité déterminée plutôt en fonction des besoins que des moyens se retrouve dans cette tentative quotidienne des sages-femmes indépendantes de respecter elles-aussi, pas seulement les parents, mais également les nouveau-nés.

Durant les visites à domicile, les sages-femmes ont généralement un contact avec le nouveau-né lors d'une pesée, d'un change, ou autour de l'allaitement. Les parents tendent parfois l'enfant à la sage-femme pour qu'elle le « garde » un moment, le temps d'aller chercher quelque chose ou simplement pour solliciter ce contact. La sage-femme interagit avec le nourrisson à chaque consultation, sauf lorsqu'elle décide avec les parents que l'enfant peut continuer à dormir, en fonction de sa courbe de poids et de son état de santé. Avant de toucher, habiller ou déshabiller l'enfant, les sages-femmes en demandent généralement l'autorisation aux parents, ne se permettant pas de s'occuper de l'enfant sans aval préalable. Ici, la valorisation des parents passe par un respect de leurs prérogatives. On est loin des maternités romandes des années soixante et septante où les nouveau-nés étaient enfermés à clef dans les pouponnières<sup>182</sup> et ne voyaient leur mère que lorsque le personnel y consentait. Le parent est valorisé à partir de son rôle social (Wolfensberger 1997)<sup>183</sup>.

Lorsque les sages-femmes indépendantes s'adressent au nouveau-né, elles utilisent une tonalité vocale différente de celle employée avec les parents. Leur voix devient aiguë et chantante. Le rythme des paroles est plus irrégulier, il accélère parfois ou ralentit et comporte des pauses ponctuées par des mimiques. Le vocabulaire utilisé change également, il contient plus de mots familiers évocateurs

---

<sup>182</sup> Ce sont des attitudes qui m'ont été rapportées par des femmes romandes et que j'ai également observées lors de visites de proches en maternité durant mon enfance. Ces attitudes étaient toujours en vigueur dans certaines maternités romandes jusqu'à la fin des années 1980, ce que j'ai observé durant ma formation de sage-femme.

<sup>183</sup> L'approche par valorisation des rôles sociaux a été développée pour l'accompagnement des personnes souffrant de déficiences physiques ou mentales. L'objectif de cette approche est de prévoir les mesures et les circonstances de soutien, en respect des rôles sociaux habituellement joués par des personnes ayant l'âge des personnes accompagnées. Cette approche permet d'évaluer le fonctionnement d'institutions ou de professionnel-le-s en passant au crible les interventions, les supports audiovisuels ou écrits, ainsi que l'environnement des personnes accompagnées. Les écarts au rôle social valorisé doivent être justifiés et limités dans la mesure du possible.

de tendresse. En parallèle, les expressions faciales sont plus marquées et plus longues qu'avec les adultes et prolongent l'expression des émotions. Cette forme d'interaction est connue sous le terme de *motherese* ou *mamanais*, la langue des mères<sup>184</sup>, et a été dévoilé par des recherches sur la construction du lien parent-enfants au cours des micro-interactions quotidiennes filmées et analysées image par image (Stern 1977, Papousek and Papousek 1997, Stern 1997). La pratique du *mamanais* était à ce point répandue parmi les sages-femmes indépendantes que son absence, à deux reprises, m'a surprise et même inquiétée. L'observation répétée de ce comportement m'avait convaincue, ceci de manière impensée et par l'immersion incorporée dans la communauté de pratique, que le *mamanais* constituait la modalité correcte de s'adresser aux bébés.

Lorsqu'elles parlent en *mamanais*, les sages-femmes adoptent une position corporelle qui permette au nouveau-né de voir leur visage avec netteté et d'entrer en relation avec elles. L'enfant est tenu en berceuse dans les bras, ou, alors qu'il est sur la table à langer, sa tête est surélevée par le creux des mains et son dos soutenu par les avant-bras de la sage-femme. Ces praticiennes commencent le contact en saluant l'enfant, elles l'amènent à une distance d'environ 20 cm de leur visage puis lui disent bonjour en trainant sur une syllabe, par exemple le *ou* de *bonjour* ou le « *u* » de *salut*. Elles lui demandent comment ça va et commencent un dialogue où elles apportent les questions et les réponses. Elles s'excusent fréquemment auprès du nouveau-né, car si elles ont cherché à respecter son sommeil en débutant la consultation avec les parents, elles le réveillent souvent vers la fin de la consultation pour le voir et éventuellement le peser, ce qui été le cas pour Milan. Dans cette situation presque toutes, toujours en *mamanais*, s'excusent et commentent leur geste comme n'étant pas *gentil*. Elles disent parfois « *Rolalala, mais ça ne se fait pas ça, réveiller un bébé qui dort* ». Elles parlent aussi pour l'enfant, lui disant qu'il était bien et qu'il a été dérangé. En d'autres termes, elles adoptent une attitude empathique en formulant une hypothèse sur le ressenti de l'enfant dérangé au cours de son sommeil. De la même manière, lorsqu'elles font un soin désagréable, la désinfection du cordon, ou douloureux, une prise de sang au talon, elles commentent leur geste, remarquent son caractère douloureux et s'en excusent. En même temps qu'elles parlent à l'enfant, elles font des mimiques appuyées, les émotions sont plus apparentes, comme leur embarras ou leur tristesse. Lorsqu'il s'agit d'un soin technique, une prise de sang par exemple, elles interrompent quelques secondes le « dialogue » avec l'enfant pour se concentrer sur leur gestuelle, différenciant le moment relationnel du soin douloureux.

---

<sup>184</sup> Dire *motherese* ou *mamanais* implique une vision genrée de la relation aux enfants, qui reflète que la majorité des études concernant la construction de l'attachement ont été conduites auprès de mères et de nourrissons. Les recherches intégrant les pères ou le couple parental dans leur relation au nourrisson sont apparues récemment et restent minoritaires Le Camus, J. (2000). *Le vrai rôle du père*. Paris, Odile Jacob, Neyrand, G. (2000). *L'enfant, la mère et la question du père : un bilan critique de l'évolution des savoirs sur la petite enfance*. Paris, PUF.. Je conserve le terme émiqne de *motherese ou mamananais*, puisqu'il est répandu.

Lorsque les sages-femmes parlent en mamanais, elles utilisent des propos valorisants pour l'enfant et décrivent par exemple comment celui-ci a bien joué son rôle quand il a dormi plusieurs heures d'affilée la nuit, permettant à ses parents de se reposer, ou qu'il a bien mangé et pris du poids :

Alors que Mediha est allée chauffer le petit tissu utilisé pour la pesée, son enfant commence à pleurer, pas très fort. Jeanne rapproche le baby-relax et commence à discuter avec lui. Elle s'approche de son visage, à une vingtaine de centimètres et lui parle d'une voix plus douce et mélodieuse par endroits, dans un mamanais discret. « Qu'est-ce qui se passe monsieur Sébastien ? ». Puis, comme il pleure toujours, elle le prend dans ses bras en berceuse et ajoute : « Bonjour, je suis contente de te voir. » La maman revient avec le tissu chauffé. Jeanne pose alors l'enfant sur le canapé et commence à le déshabiller. Sébastien manifeste, sans pleurer franchement, il montre qu'il n'est pas content. Jeanne lui demande « Tu fais le tigre ? ». Mediha répond pour son fils en prenant une petite voix : « Laisse-moi tranquille ». Sébastien est installé dans le tissu une fois que la balance est tarée. Il a déjà plus de deux semaines et gigote. Jeanne fait un drôle de « Ch ch ch ch ch » qui permet qu'il se tienne tranquille le temps de la pesée que souhaitait Mediha. Sébastien a très bien pris du poids et Jeanne lui dit « tu es un bon bébé ». (Observation à domicile, Jeanne)

Un autre exemple avec Emma et Milan :

Après le change et la pesée, Milan est rhabillé, il a maintenant faim. Nous nous rendons dans la chambre à coucher. Pendant que Susana s'installe sur le lit et se dégrafe, Emma porte Milan, lui dit bonjour en utilisant son prénom. Elle lui annonce que c'est maintenant l'heure de manger et lui demande s'il a faim. Emma lui parle ainsi pendant quelques minutes. Elle est debout, ses coudes sont posés sur son ventre et ses avant-bras forment ainsi un petit hamac pour le corps du bébé, sa tête est enveloppée dans ses deux mains. Elle tient Milan de manière à ce que son visage soit à une distance d'environ 20 centimètre. Milan est comme assis, presque à la verticale, ses jambes sont appuyées sur son ventre. Emma explique à Susana et Rodrigo que cette position aide les enfants lorsqu'ils ont des coliques, replier les jambes sous lui, ou le mettre dans cette position assise, mais avec les jambes rassemblées lui permet d'évacuer des gazes. Elle ajoute que c'est une position complémentaire à celle que j'appelle du léopard, quand l'enfant est couché à plat ventre sur l'avant-bras d'un adulte qui fait office de branche. Dans la position du léopard, le bras qui est contre le ventre de l'enfant soulage aussi par sa chaleur. Milan est maintenant bien éveillé, il a les yeux grands ouverts et porte son attention sur le visage d'Emma. Elle bouge un peu sa tête et observe comment il la suit du regard, mais également de la tête. Elle le félicite pour son attention et fait des commentaires positifs aux parents sur les capacités de leur enfant. Emma parle en mamanais, dans une version pas très prononcée. Sa voix est plus douce qu'avec les adultes, un peu plus musicale. Dans ce jeu tendre, où Emma montre un plaisir manifeste à entrer en contact avec Milan, elle observe aussi, l'air de ne pas y toucher, ses compétences de bébé. Elle s'assure qu'il la suit du regard et aussi qu'il réagisse à sa voix. Elle remarque aussi qu'il tourne sa tête aussi bien à gauche qu'à droite et n'a donc pas de torticolis, ce qui arrive parfois suite à la naissance. Emma commente ce qu'elle constate, toujours en motherese, ce qui permet aux parents d'entendre des compliments sur leur enfant. (Observation à domicile, Emma)

Les interactions avec les nouveau-nés se produisent au moment où l'enfant est en état propice d'éveil calme (Brazelton and Nugent 2001). Ces séquences sont effectuées régulièrement, avec quelques variations dans leur style et, leur occurrence ne dépend donc pas du jour de consultation. Comme le montre les exemples ci-dessus, l'attention aux compétences du nouveau-né n'est pas qu'une vérification biomédicale, dans le sens où celle-ci ne se ferait qu'une fois à un moment précis ou sur la base de doutes. Les sages-femmes interagissent avec l'enfant en sollicitant ses compétences pratiquement à chaque visite, agissant ainsi un savoir incorporé se jouant dans une émergence spontanée. Malgré l'esprit de jeu et la tendresse, la concentration et la focalisation sur l'enfant est

visible. Ce moment qui d'un point de vue biomédical n'est pas nécessaire à chaque visite contribue à entretenir le savoir sensoriel. Jour après jour ces sages-femmes soumettent leur corps et leur sens au contact de nouveau-nés en bonne santé, affinant leur perception et incorporant les différentes *variations de la norme*<sup>185</sup>. Ces moments tendres et sérieux à la fois constituent des épisodes d'apprentissage impensés, non évoqués dans les discours des sages-femmes. Si un enfant ne répondait pas comme il est supposé le faire, avait par exemple un tonus corporel ou un *molding* très différent, cela serait vraisemblablement remarqué grâce à l'accumulation d'expérience<sup>186</sup>.

Le dialogue avec l'enfant est également utilisé pour faire des mises au point. Lorsque qu'un comportement du nouveau-né pose problème aux parents, que l'enfant s'est beaucoup réveillé pendant plusieurs nuits ou qu'il ne tète pas encore efficacement par exemple, la sage-femme lui explique ce qu'elle attend de lui. Elle lui dit que ses parents ont besoin de sommeil et que s'il pouvait dormir un peu plus cela les soulagerait. Elle lui demande de mieux prendre le sein parce qu'il a besoin de manger pour grandir. La praticienne parle parfois au nouveau-né du souci que se fait l'un de ses parents et souligne l'importance qu'il change de comportement. Dans ces moments, le mamans se fait discret, le ton devient sérieux indiquant l'importance du thème abordé. L'enfant, en éveil calme, regarde lui-aussi la sage-femme et écoute ses paroles<sup>187</sup>.

La relation au nouveau-né, ou au nourrisson, est aussi instrumentalisée pour servir la valorisation des parents et particulièrement des mères.

Vanessa s'accroupit pour dire au revoir à Gaspard, installé semi-assis dans son pousse-pousse. Carine sa maman est venue le peser et poser quelques questions à l'accueil quotidien de l'Arcade. En remettant son manteau, elle observe Vanessa, qui semble faire semblant qu'elle n'est pas là et qui parle avec Gaspard, lui disant dans un mamans prononcé : « Oh comme tu es gentil, tu me souris, tu ne me connais même pas. Tu as l'air tout heureux. Tu as de la chance hein, elle super chouette ta maman, ça se voit. Et tu as bien grandi, tu as bien profité de son lait. ». Quand Vanessa se relève et se tourne vers Carine pour lui dire au revoir, cette maman lui sourit et la remercie pour les paroles qu'elle vient t'entendre, ajoutant que cela lui fait du bien. (Observation à l'accueil, Vanessa)

Ces compliments indirects s'effectuent en présence de la mère ou du père, concernent le parent présent ou, reprennent un compliment que ce parent aurait dit sur son conjoint. Lorsque la sage-femme enclenche l'un de ces dialogues avec l'enfant, elle le fait comme Vanessa sans regarder le parent présent, donnant l'impression que celui-ci surprend la conversation, alors qu'elle lui est

---

<sup>185</sup> Terme émiqum utilisé en formation pour signifier la diversité des états normaux que la sage-femme doit reconnaître et qui concerne de multiples aspects de son champ professionnel.

<sup>186</sup> Le terme de *molding* fait référence à l'attitude du nouveau-né ou du nourrisson qui se love dans les bras de la personne qui le porte lorsqu'il se sent bien. Certains troubles de l'attachement ou certaines pathologies génétiques interfèrent avec le *molding*, le nourrisson au lieu d'être moulé contre l'adulte peut chercher à éviter systématiquement ce contact en rigidifiant son corps, ce qui procure à l'adulte une sensation différente et inconfortable.

<sup>187</sup> On pourrait comprendre de cette description de l'enfant qu'elle est romancée, il n'en est rien. Un nouveau-né ne comprend pas les mots, car il ne les a pas encore entendus. Par contre, il est capable d'une grande attention, de durée brève, lorsque l'on s'adresse à lui et lorsqu'il entend la voix humaine. Le développement de l'enfant qui est à proprement parlé fulgurant durant les deux premières années de sa vie, se nourrit des capacités d'attention présentes dès la naissance chez les enfants à terme.

destinée. Ces énoncés évoquent l'état de santé de l'enfant, sa bonne humeur ou encore, la jolie chambre que ses parents ont décorée pour lui. Quand le nouveau-né est installé dans les bras de l'un de ses parents, qu'il montre par son *molding* qu'il est bien installé et en confiance, qu'il se tourne pour regarder son parent qui parle, la praticienne tend à faire un commentaire directement au parent, ce que j'avais déjà montré à partir d'une consultation menée par Delphine.

Durant les interactions avec les nouveau-nés, les sages-femmes jouent simultanément plusieurs rôles dans une chorégraphie en fondu enchaîné. Elles observent les compétences sensorielles et relationnelles du nouveau-né, son *état général*, tout en prenant plaisir à la rencontre et en adoptant le ton chantonnant du mamanais. De l'extérieur, si l'on ne connaît pas l'étendue de leur rôle, il n'est pas évident de remarquer que ces praticiennes travaillent, particulièrement lorsqu'elles exercent leur regard clinique dans une séquence joyeuse. Des variations de ces pratiques sont observables, certaines sages-femmes modulent peu leur voix et privilégient nettement le contact avec les parents. Les sages-femmes expliquent cependant toutes à l'enfant et aux parents ce qu'elles font à l'enfant et s'excusent auprès de celui-ci lorsque le soin est douloureux ou désagréable.

Les comportements adoptés par les sages-femmes à l'égard des nouveau-nés peuvent être mis en relation avec différents travaux dédiés aux relations précoces entre l'enfant en développement et son entourage. L'usage répandu du mamanais, je le rappelle, a été observé dans l'étude des interactions précoces entre parents et enfants, ainsi que dans des études impliquant d'autres adultes, voire des enfants en âge de scolarité, dans leurs interactions avec des nourrissons (Stern 1977). La modulation particulière de la voix dans les aigus, le ton chantonnant, la rythmicité, les dialogues dans lequel l'adulte effectue les questions et les réponses et, enfin, les mimiques expressives exagérées, sont considérés comme des attitudes universelles envers les bébés (Stern 1977). En ce sens, les sages-femmes indépendantes ne créent pas une attitude originale, mais tendent à reproduire le modèle relationnel utilisé communément avec les bébés. Elles se distancient ainsi d'un mode relationnel froid et distant centré sur les aspects biomédicaux de la santé plus fréquemment observable en milieu hospitalier<sup>188</sup>. En s'adressant au bébé sans jouer au professionnel distant, en reproduisant de manière impensée des universaux relationnels, ces praticiennes posent la relation soignant-enfant comme une rencontre simplement humaine.

Si le mamanais est une attitude répandue sur plusieurs continents, son usage est parfois critiqué dans les représentations françaises de la relation aux enfants. Le mamanais est alors considéré

---

<sup>188</sup> Cette observation ne se veut pas totalisante, certain-e-s professionnel-le-s du milieu hospitalier usent du mamanais, tant des soignants que des médecins par ailleurs. La différence réside dans la proportion de professionnelles utilisant ce mode relationnel familial plutôt que dans la présence ou l'absence de *mamanais*.

comme un langage bêtifiant ne permettant pas aux enfants d'apprendre un vocabulaire adéquat<sup>189</sup>. D'importantes différences dans les tons et le vocabulaire utilisés existent par exemple entre les modes de communication destinés aux petits enfants américains et français, les adultes américains utilisant un *mamanais* plus marqué que les parents français. En Suisse romande, les équipes de soins comprennent de nombreuses *sages-femmes* françaises. Certaines d'entre elles ont diffusé l'idée que le *mamanais* était une forme de communication à éviter et proposent un mode relationnel plus distant et plus sérieux aux enfants<sup>190</sup>. Par ailleurs, durant ma carrière j'ai fréquemment observé des *nurses*, des infirmières ou, des *sages-femmes*, qui n'entraient presque pas en relation avec l'enfant lors des soins, le traitant comme un petit paquet que l'on habille, déshabille, lave ou pique sans autre forme de procès. Ces comportements déshumanisants sont facilement observables dans l'univers tendu que peut être l'hôpital<sup>191</sup>. Ils signalent d'une part une persistance de l'hygiénisme qui amène à baigner les nouveau-nés quotidiennement dans une gestuelle mécanique et réifiante, laquelle nie le besoin primaire de relation attentive de l'enfant (Murray and Cooper 1997, Pierrehumbert 2003). D'autre part, ce type d'attitudes relève de symptômes d'épuisement professionnel et signale des personnes en souffrance, démotivées et ne s'investissant plus dans leur rôle.

L'activité indépendante qui permet d'avoir une emprise plus importante sur l'organisation du travail aboutit à une plus grande satisfaction et motivation des *sages-femmes*, ce qui les protège vraisemblablement, et en partie, des risques d'épuisement. Le travail en dehors de l'institution hospitalière permet par ailleurs de s'affranchir de certaines normes, ici celles qui voudraient que le soin soit sérieux et distant. Dans leur activité indépendante, les *sages-femmes* se sentent plus libres d'être en relation avec les familles et les nouveau-nés, ce qui aboutit à ce qu'elles montrent la tendresse et le plaisir qu'elles éprouvent au contact des familles et des enfants. Cette liberté comportementale est d'autant plus grande que les consultations à domicile se passent habituellement sans témoin professionnel. L'usage du *mamanais* et de la tendresse chez les *sages-femmes* indépendantes apparaît ici comme un indice de santé au travail et, comme le signe d'une spontanéité retrouvée dans la relation à l'autre.

Les interactions des *sages-femmes* avec les nouveau-nés évoquent également les écrits de Françoise Dolto sur la relation à l'enfant, ainsi que les propositions d'autres auteur-e-s ayant milité pour que l'expérience de l'enfant au cours de la naissance soit mieux reconnue et pour que sa *personne* soit prise en considération (Leboyer 1974, Herbinet and Busnel 1987, Dolto 1990). Ces auteur-e-s ont publié plusieurs ouvrages autour du nouveau-né et ont contribué à l'élaboration d'une émission de

---

<sup>189</sup> Notes auto-ethnographiques.

<sup>190</sup> Notes auto-ethnographiques.

<sup>191</sup> Notes auto-ethnographiques et de terrain.

télévision populaire du milieu des années 1980 « *Le bébé est une personne* ». Françoise Dolto a quant à elle beaucoup insisté sur la nécessité d'un *parler vrai*, en suggérant de dévoiler à l'enfant dès son plus jeune âge les informations importantes concernant son histoire (Dolto 1985, Dolto 1990). Ces références théoriques n'apparaissent plus guère aujourd'hui dans les cursus de formation et sont remplacées par des données plus récentes. Au cours de mes observations, les sages-femmes ne faisaient pas de référence explicite ni à Dolto ni aux auteurs ayant contribué aux cahiers du nouveau-né<sup>192</sup>. La considération de l'enfant comme une personne à part entière dont l'intégrité doit être respectée et, qui a besoin de contacts bienveillants pour se développer, s'est intégrée à l'habitus des sages-femmes indépendantes. Les thèses de Dolto et de ses pairs, lus par les praticiennes de ma génération, semblent avoir été transmises aux générations suivantes à travers la pratique légitimée.

La relation à l'enfant, l'usage du mamanais et de la tendresse, tant verbale que gestuelle, ainsi que le langage sérieux utilisé dans les requêtes à l'enfant, ne font pas l'objet de métadiscours entre les sages-femmes. A l'instar de l'accueil « quel plaisir de vous voir », ces modalités de relation à l'enfant constituent des savoirs issus de la pratique située et, qui sont devenus des normes d'action en communauté de pratique (Lave and Wenger 1991, Wenger 1998). La distance au modèle de relation que je qualifie de biomédical reste, elle-aussi, tacite et impensée. Dans leurs relations aux enfants, ces sages-femmes montrent comment les savoirs de l'accompagnement sont des constructions syncrétiques impliquant aussi bien des savoirs théoriques reconnus que des habitudes relationnelles simplement humaines. L'impossible division entre personne civile et personne professionnelle apparaît ici clairement (Rogers 1968, Collière 2001, Rossi, Kaech et al. 2009).

## 5.5 Synthèse

Dans ce chapitre, j'ai montré comment la communauté de pratique observée prend concrètement forme à partir de savoirs partagés construits au quotidien et qui, pour certains, sont spécifiques. Les pratiques communes sont acquises à travers une réappropriation de la temporalité de l'activité laquelle permet de recréer un mode relationnel plus conforme à une éthique professionnelle partagée. Les sages-femmes ont ainsi délaissé un environnement à leurs yeux *malade de la gestion* (Gaulejac 2005) pour entrer dans une logique des besoins permettant de construire un réel lien avec les familles et, de terminer la journée de travail en étant plus satisfaite de leurs prestations et leur expérience.

---

<sup>192</sup>Reconnaissant des comportements correspondant spécifiquement aux recommandations de Dolto, j'ai parfois demandé aux sages-femmes si elles avaient lu cette auteure et ce n'était que rarement le cas. Dominique Memmi fait également référence aux cahiers du nouveau-né dans ses analyses, soulignant leur influence sur la culture de la naissance dès la fin des années 80 Memmi, D. (2014). La revanche de la chair. Paris, Seuil..

Les savoirs marquent aussi une histoire commune comme l'apprentissage de la profession en milieu hospitalier, impliquant des surveillances biomédicales conséquentes. Si les sages-femmes partagent un ethos de la moindre empreinte, cherchant à minimiser leur impact sur l'écologie familiale, elles ne sont ainsi pas complètement libre de ce passé et de la proximité géographique de l'hôpital. Certaines pratiques se perpétuent ainsi tacitement, malgré les efforts effectués pour prendre du recul et se distancer des excès de la médicalisation et de la technicisation de la naissance, j'y reviendrai au chapitre 8.

Les savoirs partagés, particulièrement la temporalité de l'activité, sont parfois revendiqués comme un étendard communautaire par les sages-femmes indépendantes. Plus souvent cependant, les savoirs partagés consistent en pratiques agies tacitement au domicile des familles. Ces savoirs sont souvent, et c'est remarquable, construits alors que les sages-femmes ne se voient pas beaucoup travailler entre elles. Ici, la transmission horizontale de la praxis se fait presque énigmatique, circulant sur des voies invisibles et se retrouvant pourtant consultation après consultation dans la relation aux familles. L'anthropologie des habiletés fait la part belle aux savoirs tacites agis par le corps dans la pratique située. Ici, l'attitude relationnelle engageante des sages-femmes, souvent appréciée par les parents et, plus rarement en décalage avec leurs besoins, constitue un exemple inédit de ces savoirs impensés du corps agissant dans et avec l'environnement.

Les distinctions apparaissant entre les pratiques du milieu indépendant et du milieu hospitalier ne doivent cependant pas être comprises sous un jour totalisant, à l'exception cependant de la temporalité de l'activité. Les sages-femmes hospitalières, ainsi que les médecins adoptent évidemment eux-aussi des attitudes de valorisation. Par ailleurs, les sages-femmes indépendantes ne réussissent pas constamment à être valorisantes et appréciées, ce qu'attestent les demandes de changement de sage-femme effectués par les familles. Ce qui distingue à mon sens les deux milieux est l'importance dévolue à ces attitudes et comportements. En milieu hospitalier, les attitudes relationnelles que j'ai appelées de valorisation, impliquant sens de l'accueil, approbation des choix et joie partagée à l'annonce de bonnes nouvelles, ne font pas norme. Alors que dans le secteur indépendant, du moins dans la communauté de pratique observée, ces attitudes sont adoptées par la majorité des praticiennes et font dès lors norme. Par ailleurs et enfin, les partages des sages-femmes indiquent que ces normes de comportement sont largement tributaires des conditions de travail et de l'espace que ces conditions permettent de consacrer à la dimension relationnelle de la profession. Il ne s'agit donc pas, une fois encore, de survaloriser le secteur des sages-femmes indépendantes, mais bien de questionner l'implication des conditions de travail sur la qualité des soins offerts à la population.



Le chapitre suivant aborde les contextes de vie des familles et leurs interférences sur le vécu de la naissance et sur l'exercice du rôle de sage-femme. Il s'agira en d'autres termes de montrer comment ces réalités et contraintes contextuelles influencent l'accompagnement proposé par les sages-femmes et participent par conséquent d'un remodelage des savoirs professionnels.

## **Chapitre 6. Le contexte écologique des soins à domicile: quand les détreesses des familles redéfinissent les savoirs et le rôle professionnels**

Après avoir décrit comment le vivre et travailler ensemble des sages-femmes conduit à l'émergence de savoirs partagés dans la communauté de pratique, j'aborde ici l'influence du contexte de l'activité sur la construction des savoirs. Pour les anthropologues des habiletés, les savoirs des praticien-ne-s naissent de leurs actions et de leur expérience multisensorielle dans des environnements situés et concrets (Lave and Wenger 1991, Wenger 1998, Kresse and Marchand 2009, Marchand 2010). En d'autres termes, il s'agit d'interroger ce que les sages-femmes font, voient, entendent, sentent, et de considérer également comment elles se sentent au cours de leur activité. A travers cette anthropologie sensorielle (Pink 2009, Rochat Noël 2014), j'aborde les spécificités du travail à domicile des sages-femmes indépendantes, décris la rencontre avec la diversité des circonstances sociales vécues par les familles, puis montre comment cette confrontation participe de la construction et de la diversification des savoirs sur la naissance, son vécu et le rôle professionnel. Cette contribution du contexte à la construction des savoirs, peut être mise en lumière à partir de détails microsociaux, issus des histoires concrètes des familles et, qui sont évoqués par les sages-femmes au cours des entretiens ou, sont remarqués par moi-même lors de l'observation des visites à domicile. Cette partie de mon travail s'inspire ainsi des auteurs portant une grande attention aux détails concrets, souvent inattendus, qui influencent les événements et participent des désordres de la vie (Piette 1996, Bensa 2006, Jaffré, Diallo et al. 2009).

Les sages-femmes indépendantes sont toutes confrontées au contexte de vie des familles qu'elles rencontrent. Cependant, selon les activités précises qu'elles exercent, elles ne rencontrent pas les mêmes segments de la population. Cette diversité de l'expérience aboutit à la construction de segments professionnels distincts, intervenant dans la négociation communautaire des savoirs, qui sont abordés aux chapitres 8 et 9. Dans ce chapitre-ci, je focalise mon attention sur un segment de sages-femmes indépendantes rencontrant régulièrement des familles éprouvant de la détresse, voire de la souffrance, en raison d'une situation de vulnérabilité plurielle, sociale et économique. L'activité de ce segment de sages-femmes illustre en effet particulièrement bien comment le contexte de l'activité participe de la construction des savoirs. Ces praticiennes ont pour activité principale les suivis postnataux à domicile et exercent, au moins en partie, leur activité dans les quartiers populaires de la ville. Les suivis postnataux sont en principe proposés à toute femme accouchant en maternité et sont, lorsque la femme le souhaite, organisés par cette institution. Ils sont par ailleurs

pris en charge par l'assurance de base sans franchise<sup>193</sup>. En d'autres termes, l'accès aux suivis postnataux est pratiquement universel et peut être considéré comme une prestation à bas seuil<sup>194</sup>. Par conséquent, lorsque les sages-femmes effectuent essentiellement des suivis postnataux, ce qui est fréquent, car ces suivis forment la principale demande de la population aux sages-femmes indépendantes, elles sont régulièrement en contact avec des familles vivant une forme de souffrance sociale (Kleinman, Das et al. 1997, Massé 2008). Ces rencontres influencent le contenu des savoirs expérientiels des sages-femmes et questionnent le sens et les limites de leur rôle.

En rencontrant les familles à leur domicile, les sages-femmes perçoivent les disparités socio-économiques existant dans leur ville. Ces praticiennes pénètrent dans les différents quartiers et connaissent chaque immeuble des grands ensembles urbains. Elles voient la taille et l'état des logements, le plus ou moins grand soin pris par les bailleurs pour entretenir les appartements, les coursives et les ascenseurs. Les sages-femmes passent d'appartements somptueux à d'autres plus modestes et visitent parfois des lieux sordides. L'appartement, son ameublement, la façon dont il est rangé donne une impression multisensorielle des circonstances de vie de chaque famille et laisse apercevoir les goûts et les préférences, que ce soit en termes de tenue du ménage ou de hobby. Cette expérience sensorielle fournit des indices participant de l'impression puis de la réflexion cliniques. Ici, une immense bibliothèque remplie de livres meuble le corridor et contient plusieurs auteurs réputés difficiles, à savoir Julien Gracq et Claude Simon. Là, un appartement où rien ne dépasse, un rangement impeccable, avec des meubles, des rideaux et des objets décoratifs, formant un camaïeu parfait. Quelques rues plus loin, de la poussière sur les meubles et un peu de désordre renvoient à la fatigue postnatale. Souvent et quelle que soit l'heure du jour, les sages-femmes débudent leurs consultations à côté d'une télévision de grande dimension dispensant *cartoon network* ou des séries télévisées les unes après les autres<sup>195</sup>.

Le travail à domicile permet de rencontrer les familles dans leur environnement social et de constater les circonstances concrètes dans lesquelles les nouveau-nés sont accueillis. De nombreux couples semblent vivre dans le bonheur. Néanmoins, tous aussi nombreuses sont les familles qui rencontrent des problèmes de divers ordres que je propose de passer en une revue non exhaustive.

---

<sup>193</sup> Pour les femmes sans assurance maladie, souvent en situation non régularisée, une prise en soins alternative est actuellement organisée par l'hôpital universitaire.

<sup>194</sup> Les prestations dites à bas seuil sont destinées aux segments les plus vulnérabilisés de la population. L'intention prioritaire est de rendre les services aussi accessibles que possibles, d'où le nom de bas-seuil, pour proposer des mesures de prévention secondaire et tertiaire et lutter contre la loi des besoins inversés. Classiquement, les structures à bas seuil sont des permanences situées dans des lieux ciblés, où l'on peut accéder sans rendez-vous, qui offrent une palette de soins et de prestations médico-psycho-sociales, sans effectuer de pression à l'encontre des usagers. Ces institutions fonctionnent dans une logique de limitation des risques.

<sup>195</sup> Parfois la sage-femme demande que la télévision soit éteinte pour la durée de la consultation, d'autres fois non. Lors d'une visite, l'écran, situé juste à côté de la sage-femme que j'observais, rediffusait un épisode de la série « Friends » où l'un des acteurs gesticule avec le corps d'une dinde plumée coincée sur la tête. La télévision m'empêchait alors de me concentrer et je me demandais quel pouvait être son effet sur les sages-femmes.

Les solitudes, les difficultés économiques, la pauvreté, et les difficultés conjugales interfèrent avec le vécu de la naissance et avec l'accueil du nouveau-né, complexifiant les soins des sages-femmes. Souvent ces formes de vulnérabilité se cumulent : à un isolement s'ajoute des problèmes financiers et une difficulté à s'orienter dans le système d'aide sanitaire et sociale. Les visites à domicile des sages-femmes dévoilent en d'autres termes la souffrance sociale existant dans les centres urbains suisses.

L'hôpital proche a mis en place un dépistage des situations dites à *risque psychosocial* depuis plusieurs années et offre une consultation spécialisée pour celles-ci. Cependant, malgré ce travail de dépistage, les sages-femmes indépendantes découvrent régulièrement des femmes en détresse, vulnérabilisée, et aux prises avec d'importants problèmes, relevant d'une souffrance sociale et, qui n'ont pas été dépistés. Ces situations inattendues appellent parfois des réponses immédiates et sont particulièrement difficiles à accompagner pour les sages-femmes, n'étant pas couvertes ni par le savoir théorique acquis durant la formation professionnelle ni par le savoir expérientiel construit en milieu hospitalier.

## 6.1 Naissance et solitudes involontaires

Selon les sages-femmes, de nombreuses femmes vivent la période entourant la naissance dans la solitude. Souvent, cette solitude involontaire, est une conséquence de la migration, lorsque la famille de la jeune accouchée, restée au pays, n'a pas les moyens financiers pour venir en Suisse durant les premières semaines suivant la naissance. L'intensité de la solitude varie selon les conditions de la migration et le lieu de domicile concret. Lorsqu'une femme délaissée par son compagnon élève seule son nouveau-né, sa solitude peut être relative si, habitant en ville, cette femme fait partie d'un réseau solidaire de compatriotes<sup>196</sup> (Bolzman, Carbajal et al. 2007). La solitude semble par contre d'autant plus difficile à supporter, que le lieu de résidence est morne et excentré, comme le sont les centres d'accueil pour demandeurs d'asile<sup>197</sup>.

D'autres détresses accompagnent parfois l'isolement des femmes et aggravent leur vécu difficile. Camille à propos d'une femme qu'elle accompagne en préparation à la naissance :

Bahar m'inquiète, elle est déprimée et suivie pour cela par un psy du réseau. Elle vient d'Afghanistan, sans nouvelles de sa famille depuis qu'elle a quitté son pays. Elle a fui une situation intenable pour elle et ne peut pas reprendre contact avec les membres masculins de sa famille, pour se protéger. Elle a vraiment peur pour sa mère, peur que les représailles s'abattent sur elle. Elle vit seule et isolée dans l'un des centres pour requérants, qu'elle quitte chaque jour pour aller à différentes consultations. Elle ne peut pas se reposer, toujours en route. Avec sa deuxième grossesse rapprochée, elle est vraiment fatiguée et souvent impatiente avec son fils. (Entretien non enregistré, Camille)

---

<sup>196</sup> Entretiens de recherche avec Evelyne et notes de terrain.

<sup>197</sup> Entretiens avec Armelle, Emilie, Anita et notes de terrain.

Bahar est à la fois trop seule, car sans nouvelles de sa mère, coupée de son entourage, et pas assez seule, car au cœur d'une prise en charge lui laissant peu de répit. Sa situation, la fatigue et la dépression, limitent ses capacités à s'investir auprès de son enfant.

La solitude touche cependant des femmes issues de toutes classes sociales et n'est pas l'apanage des femmes immigrées. Des familles nucléaires suisses se sentent parfois isolées et désemparées au retour à domicile lorsqu'aucune aide de leur famille ou de leur entourage n'a été envisagée<sup>198</sup>. Ces familles ont parfois intégré la norme sociale occidentale d'autonomie et de responsabilité individuelle (Rose 1998, Rose 1999, Otero 2003). Dans leurs représentations, elles doivent gérer seules la période postnatale et la relation au nouveau-né et affronter, le cas échéant, leurs doutes et leurs fatigues. Cette autonomie obligatoire s'accompagne de culpabilité, lorsque les femmes se sentent dépassées par les pleurs de l'enfant et ressentent de l'anxiété face à leurs nouveaux devoirs. Elles devraient *assumer* mais ne le peuvent pas et sont alors prises dans un double lien pénible<sup>199</sup>. Répondant incomplètement à l'injonction sociale d'autonomie, leur détresse devient une faute.

Voici ce qu'Emilie dit de la solitude :

Je me suis intéressée à l'histoire de la dépression, parce qu'en arrivant à domicile, j'ai découvert plus précisément à quoi sont confrontées les jeunes mamans quand elles rentrent chez elles. Différents éléments peuvent les mener sur un chemin de difficultés ou de dépression. Ce qui m'a frappée, c'est la solitude dans laquelle évoluent les gens quotidiennement. Le premier problème des gens, c'est qu'ils sont tous seuls et le deuxième, c'est qu'ils vivent dans des logements pas adaptés. C'est deux choses qui reviennent souvent, des conditions de vie qui ne sont pas confortables. Souvent les femmes sont seules avec leurs bébés, c'est particulièrement dur en hiver où les femmes sortent peu. Cela m'est arrivé d'aller chez des femmes qui ne sortent pas du tout du tout de la journée pendant plusieurs jours et les papas travaillent. Puis des femmes migrantes qui sont seules, pas toujours la famille. (Entretien enregistré, Emilie)

Selon Emilie, les conditions de logement participent de l'isolement et du vécu difficile de l'après-naissance :

C'était une femme de nature assez angoissée déjà. Il n'y avait que moi qui venais chez elle une fois par jour, je l'ai beaucoup vue pour les soins de suture. Elle avait un mari, mais qui travaillait la journée. Il partait tôt puis revenait en fin d'après-midi. C'était de longues périodes où elle était seule. C'était une femme que je sentais très anxieuse. Elle habitait dans un petit appartement et elle tournait vraiment en rond là-dedans. En plus, elle habitait au sixième étage et l'ascenseur était en panne pratiquement tous les jours. Elle ne descendait pas si l'ascenseur ne marchait pas, ce n'était pas possible de porter la

---

<sup>198</sup> Les familles vivent parfois très bien cette solitude volontaire. Mais régulièrement, comme dans l'exemple mentionné, ce n'est pas le cas. Je ne cherche pas à introduire une norme de l'accompagnement de la naissance, mais soulève des problèmes observés sur le terrain.

<sup>199</sup> Notes de terrain. Des observations similaires ont été effectuées par plusieurs sociologues de la famille en Suisse. L'entraide au sein de la famille élargie ne va pas de soi et, ne fait pas nécessairement partie des comportements attendus envers les proches ou envers soi Kellerhals, J. and E. Widmer (2007). *Familles en Suisse : les nouveaux liens*. Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes.. Au cours de l'enquête, l'aide fournie par les proches, en général de la famille, mais parfois des amis ou des voisins, était sujette à une grande variation.

poussette. Elle se retrouvait cloîtrée et isolée chez elle. Je voyais à quel point le fait de venir et de s'asseoir, de parler un peu, faisait redescendre l'anxiété. Mais j'avais l'impression qu'en revenant le lendemain, ça avait de nouveau remonté les tours un peu. Ce truc de tourner en rond, d'être prise dans les difficultés. Cela l'empêchait de lever le nez de ce qu'elle vivait, puis de prendre du recul. (Entretien enregistré, Emilie)

Emilie illustre comment la situation apparemment anodine du couple, ici un mari qui doit « simplement » travailler et un logement difficile d'accès, contribuent ensemble à ce qu'une femme souffre de solitude et d'anxiété interférant avec l'accueil de son enfant durant la période postnatale. Cette situation illustre comment les sages-femmes construisent leurs savoirs à partir de la situation détaillée, perçue dans sa globalité, à travers les sens. L'exemple montre aussi comment un détail apparemment banal, l'ascenseur, devient important pour comprendre la situation d'une femme et son expérience de la période postnatale.

Souvent et malheureusement, les solitudes s'accompagnent d'autres formes de vulnérabilités qui interviennent manifestement dans l'expérience de la naissance. Ces situations *complexes* -c'est le terme qu'utilisent les sages-femmes- sortent les histoires de naissance de leurs sentiers balisés et questionnent les savoirs et le rôle des sages-femmes.

## **6.2 Vulnérabilités plurielles : les familles en situation de souffrance sociale**

La solitude n'est parfois qu'une des formes de souffrance sociale vécues par les femmes. Entre problèmes économiques, difficultés d'accès aux prestations sociales et démarches administratives complexes, ou encore conflits avec leurs familles, de nombreux autres problèmes d'ordre social et économique interfèrent avec l'expérience de la naissance et avec la capacité à exercer le rôle de parents. Plus que s'additionner, ces différentes dimensions d'une souffrance sociale semblent se multiplier pour aboutir à des situations d'impuissance difficiles à vivre pour les femmes et à accompagner pour les sages-femmes. L'ampleur de cette souffrance sociale est révélée par le suivi à domicile, lorsque l'environnement familial est pleinement accessible à la perception des sages-femmes. L'image d'Épinal de la naissance en tant qu'évènement heureux, ou celle de la détresse en tant qu'une forme individuelle et psychologique de l'expérience, ainsi que le champ d'activité de la sage-femme, sont alors singulièrement bousculés.

Parmi les mères vivant une détresse liée à leur condition sociale, figurent celles qui sont en situation de famille monoparentale. Camille raconte l'histoire d'une mère de trois enfants épuisée :

[Elle a 3 enfants, dont le nouveau-né, de pères différents], elle était clandestine, puis s'est mariée et a eu un permis par ce biais. Cette dame essayait d'allaiter son 3<sup>ème</sup> enfant, mais c'était compliqué parce qu'elle était seule et venait de déménager dans le quartier, donc son 2<sup>ème</sup> enfant n'avait pas encore de

place en crèche. Son premier enfant de 6 ans allait à l'école, l'autre de 2 ans était avec elle et le bébé. Elle avait un problème financier, son employeur ne l'avait pas déclarée et refusait de payer le congé maternité. En parallèle, une situation de vie extrêmement compliquée avec une relation difficile avec sa famille. Tout ça et moi j'arrive pour faire la sage-femme. C'était difficile, le bébé tétait pas bien et on l'avait complété<sup>200</sup> à l'hôpital. En fait, il tétait très bien ce bébé. Simplement cette maman, elle avait juste pas la possibilité. Allaiter ça demande mon dieu, un peu de tranquillité, un peu de calme, de se poser, de pouvoir répondre aux besoins du bébé. Elle tournait comme une hélice. Quand j'allais la voir, elle était pas là, en train de faire des courses avec ses 3 gamins ou de faire des histoires de papier ou il y avait l'assistante sociale en même temps que moi. Impossible de faire du suivi sage-femme dans cette situation. Donc qu'est-ce que j'ai fait ? J'ai essayé de voir comment faire en sorte qu'elle allaite et très vite, je me suis rendue compte, ça allait pas être possible. Il manquait de tout autour, le soutien qui aurait été nécessaire, qui aurait permis à cette dame de se poser un peu. Donc, j'ai vu l'assistante sociale et lui ai demandé s'il n'y aurait pas moyen de construire un soutien autour de cette maman. Faire venir une aide à domicile qui s'occupe un peu de la maison, prépare à manger, ou s'occupe un peu d'un enfant pour permettre à cette maman de se poser ? C'était possible, mais à charge de la maman, tout ce qui est soutien à la parentalité, c'est à charge des gens. En fait, y a pas quoi. Une infirmière est venue évaluer les besoins, mais la dame voulait pas, elle pouvait pas payer. (Entretien enregistré, Camille)

Rencontrer l'assistante sociale permet d'entamer un dialogue, ce qui *a priori* rassure Camille. Cependant, l'une des propositions effectuée pour soulager la mère interpelle cette sage-femme:

L'assistante sociale [pensait] soulager cette maman en mettant l'aîné dans un internat en altitude. J'ai dit à l'assistante sociale « vous pensez que c'est une bonne façon d'aborder le problème ? » Cette mère est débordée, mais en même temps je vois qu'il y a beaucoup d'amour entre eux, même s'il y a une relation difficile avec son grand. Pendant que j'étais là, j'avais vu cet enfant demander de l'attention à sa mère et elle commençait à monter les tours, à s'impatienter. A un moment les 2 petits étaient posés, le grand s'est assis sur le canapé et je me suis approchée de lui et je lui ai dit : « tu vois c'est des moments difficiles pour les mamans quand elles viennent d'accoucher. Il y a beaucoup de choses à faire, elles sont fatiguées et puis du coup très vite, on s'énerve quand on vient d'accoucher ». Pendant que je racontais ça à ce petit garçon, la maman lui caressait la tête et pleurait. Il y avait un truc fort entre ces deux. J'ai rappelé l'assistante sociale et lui ai dit : « J'ai l'impression que si on soutient cette femme, elle est pleine de ressources, si on essaie de voir avec elle ce qu'elle peut faire, ses priorités, on peut y arriver ». Cette maman avait fait tout un chemin entre temps, elle m'avait dit « cette assistante sociale propose de mettre mon enfant à la montagne ». J'ai demandé ce qu'elle en pensait et elle m'a dit : « si j'étais à la place de mon fils, vraiment je trouverais ça affreux ». Finalement, j'ai écrit une lettre de soutien pour une place en crèche qu'elle a obtenue. Elle m'a rappelée pour me remercier. C'est compliqué. (Entretien enregistré, Camille)

La solitude lorsqu'elle est accompagnée par une précarité socio-économique extrême devient dangereuse pour la mère et l'enfant. Ce type de situations fait l'objet d'un dépistage en milieu hospitalier, mais celui-ci n'est pas complètement efficace. Certaines femmes allophones, ayant bénéficié d'un suivi complet de leur grossesse, de l'accouchement et, ayant passé deux jours dans un service postpartum, rentrent chez elles sans avoir eu de contact avec un interprète communautaire.

---

<sup>200</sup> Le personnel de l'hôpital lui avait donné du lait en poudre. Cette pratique répandue interfère avec l'établissement de la lactation et devrait si possible être évitée en cas d'allaitement maternel OMS (1999). Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement Genève, OMS..

De ce fait, ces femmes n'ont jamais pu décrire leur situation et évoquer leurs besoins parfois criants. Dans les situations les plus graves, les sages-femmes indépendantes découvrent de véritables urgences sociales appelant une action immédiate de leur part. Le réseau interprofessionnel est ensuite contacté pour tenter d'aider ces femmes démunies.

Il y a des situations où j'ai pris un billet de cent balles dans mon portemonnaie et j'ai fait des courses, des trucs basiques, des couches, des serviettes hygiéniques, un body, quelques drapeaux<sup>201</sup> et j'ai ramené tout ça. Une fois, j'ai acheté un téléphone à une femme. Elle habitait dans une cité toute seule, famille monoparentale avec deux enfants dont un nouveau-né. Je sentais vraiment que ça allait pas du tout. [J'ai fait les courses] deux trois fois sur les dix ans. Tu débarques, c'est des chambres avec un lavabo, la dame se ballade avec le sang qui coule le long de ses jambes ! Elle arrive pas à parler, à échanger. J'ai fait demi-tour et j'ai acheté ce qu'il fallait parce qu'elle peut pas aller dans cet état elle-même. Elle ne parlait pas français et t'as pas le temps d'organiser un interprète. Le bon sens fait que tu y vas et puis voilà. Après, les autres jours, elle avait ce qui fallait. (Entretien enregistré, Rebecca)

Au cours des entretiens de recherche, les sages-femmes ont mentionné à plusieurs reprises qu'il leur arrivait de faire les courses pour des femmes vivant dans le dénuement le plus total. Marie est née à l'étranger et a été confrontée à la grande pauvreté dans son pays d'origine. Elle a été très surprise et choquée de retrouver la misère en Suisse alors qu'elle débutait son activité indépendante après plusieurs années travaillées dans le secteur hospitalier. Marie raconte un épisode l'ayant particulièrement marquée et se met à pleurer au cours de l'entretien :

Ce n'est pas facile parfois, il y a beaucoup de misère, le plus terrible en Suisse. Cela fait deux ans de cela, c'était la période de Noël, une petite africaine, une très belle femme, qui avait eu une vie très dure, maltraitée par son compagnon, sans permis, mais elle était suivie [pour sa grossesse]. Elle habitait au centre-ville dans une chambre de bonne. C'était l'horreur. Une saleté que j'avais jamais vue, la misère, des matelas par terre, pleins de sang, parce qu'elle avait saigné la nuit. Elle n'avait pas de serviettes hygiéniques. Je l'ai vue 3 ou 4 fois, elle pleurait beaucoup, seule et sans famille. Quelques amis qu'elle avait. Mon Dieu elle n'avait rien pour ses enfants. Je suis allée à la Migros. Je te jure, je suis tellement sensible (elle pleure). J'ai pris du poulet et des chocolats, tout ce que j'ai pu, deux sacs, je ne pouvais plus voir une telle misère au centre de Genève. Horrible. Cela m'a fait penser à mon expérience à l'étranger, on voyait tellement de choses. (Entretien enregistré, Marie)

Parfois les difficultés des femmes sont augmentées par l'expérience en maternité hospitalière lorsque la rencontre avec un-e soignant-e indélicat ou inattentif est blessante. Les sages-femmes indépendantes reconnaissent explicitement le travail de leurs collègues et des médecins. Elles considèrent néanmoins que les conditions de travail interfèrent avec la qualité du suivi. Le manque de continuité des soins et le contact avec une multitude d'acteurs augmente aussi les risques de rencontrer un soignant ou un médecin indélicats. A l'hôpital, les femmes se sentent parfois déconsidérées :

---

<sup>201</sup> Petit linges carrés molletonneux et doux pour essuyer les bébés.



Jessica, une jeune femme de 20 ans, dans une situation financière et sociale difficile, raconte à sa sage-femme Jasmine et à moi-même à quel point elle déteste qu'un suivi à domicile lui ait été imposé. Cette femme se rend compte que son dossier médical comporte des informations et des commentaires faisant d'elle « un cas social ». Elle nous dit qu'elle souffre de ne pas être considérée comme un parent digne de confiance, qu'elle se sent stigmatisée. La première consultation de Jasmine dure deux heures. Ressentant manifestement de l'anxiété et de la colère en regard de son suivi de grossesse, Jessica ne parvient pas à interrompre le flot de ses paroles. Consciente de ses difficultés et de sa situation sociale précaire, elle n'en peut cependant plus d'être infantilisée. (Observation à domicile, Jasmine)

L'hôpital, public ou privé, habité d'une pluralité de professionnel-le-s, est une véritable ville dans la ville. Les professionnel-le-s ne s'affranchissent pas mécaniquement de leurs opinions ou de leurs travers lorsqu'ils entrent en service, reproduisant parfois les maux de la ville durant leur activité. Les manquements à l'accompagnement créent des solitudes relatives, coupant émotionnellement certaines femmes de leur entourage. Ici, une confrontation raciste transforme un postpartum en une expérience de souffrance:

Avant d'entrer d'arriver au domicile d'une famille, Armelle m'avait donné quelques informations pour que je comprenne bien leur situation. Puis, au cours de la visite à domicile, Isabella m'avait raconté son histoire en détails, tenant à la partager. Immigrée, habitant en Suisse depuis longtemps, mariée à Daniel, un Suisse, Isabella vit dans un appartement confortable et fait aujourd'hui partie de la classe moyenne. Ayant accouché par césarienne dans le secteur privé, cette femme est néanmoins rentrée précipitamment à domicile au deuxième jour post-opératoire. Cette décision a été prise suite à une altercation avec une personne soignante, vécue comme raciste et agressive. Aucun suivi à domicile n'a été organisé à l'occasion de cette sortie prématurée. Après une dizaine de jours, Daniel, de plus en plus désemparé et inquiet pour sa femme, a contacté l'Arcade pour qu'une sage-femme vienne à domicile. Selon Armelle, Isabella a passé l'intégralité de la première consultation en pleurs. Encore vulnérable après l'opération qu'elle avait subie, elle ne parvenait pas à se remettre de l'altercation avec la soignante. Les mots prononcés à son encontre, racistes, raisonnaient en elle. Suite à cette première consultation, Armelle a contacté l'obstétricien d'Isabella. Celui-ci a organisé une rencontre avec les responsables de l'établissement privé qui ont présenté leurs excuses au couple. Un psychologue s'est ensuite déplacé à domicile pour quelques consultations et Armelle a continué les visites postnatales. L'écoute de sa détresse, par trois professionnel-le-s, ainsi que les excuses officielles de l'établissement privé ont aidé Isabella à reprendre pied. Durant la consultation, elle m'explique qu'à son arrivée en Suisse, il y a plus de quinze ans, elle était seule, naïve et gentille. Elle dit avoir été abusée et traitée avec racisme à plusieurs reprises. Après une première période où elle s'est sentie démunie, elle a construit une personnalité plus forte, sachant se protéger. Lorsque vulnérabilisée physiquement par la période post-opératoire, Isabella se fait agresser, elle a eu la sensation de remonter le temps. Elle a cru perdre sa capacité à se protéger, durement acquise, d'où sa peur et son désespoir. Dans cette situation, l'interaction entre la brusquerie d'un-e soignant-e et une trajectoire difficile, conduisent une femme et une famille dans une parenthèse inquiétante. Les paroles peuvent avoir des effets dévastateurs, ceci d'autant plus que les professionnel-le-s ne connaissent que des bribes des trajectoires des personnes soignées. (Entretien non enregistré et observation à domicile, Armelle)

Les malentendus entre les familles et l'hôpital ne sont pas rares. Elles peuvent avoir des conséquences importantes lorsque des problèmes de santé sont en jeu. Armelle me raconte une autre histoire qui a été difficile à gérer pour elle :

Durant le séjour en service postnatal, un mari avait amené tous les jours son premier enfant de 2 ans à sa femme avant de partir travailler. Convertissant le service hospitalier en crèche de fortune, ce comportement n'avait pas tardé à créer un conflit entre l'équipe hospitalière et le couple, ceci sans que les motivations du mari ne soient investiguées. L'employeur du mari n'avait pas accordé de congé pour la naissance, ni une quelconque souplesse pour gérer l'hospitalisation de la femme. Ayant peur de perdre son emploi, seul moyen de subsistance de sa famille, sans réseau social sur qui compter, ce mari avait improvisé. Suite au conflit avec l'équipe soignante, Adeline sa femme est sortie avec le nouveau-né contre avis médical, alors que ce dernier aurait dû rester hospitalisé en raison d'un ictère néonatal pathologique. Lors du premier contrôle à domicile, le taux de bilirubine du nouveau-né avait atteint un niveau dangereux, nécessitant une exsanguino-transfusion<sup>202</sup>. Armelle a tenté de convaincre la famille de retourner à l'hôpital, mais celle-ci refusait suite à sa mauvaise expérience. Cette sage-femme a alors appelé un pédiatre pour lui demander de convaincre les parents de se rendre à l'hôpital. Le médecin, stressé par la situation, a menacé d'appeler la police et d'enclencher une clause péril. Armelle ne souhaitant pas envenimer une situation déjà tendue, a suggéré au pédiatre d'utiliser son autorité de médecin dans un premier temps et, de ne recourir à la clause péril qu'en cas d'échec. Suite à l'appel du médecin, les parents ont accepté de se rendre à l'hôpital et l'enfant a été soigné. (Entretien non enregistré, Armelle)

L'hôpital et l'expérience de la naissance en son sein, qui devraient constituer les lieux d'une protection de l'intégrité des femmes, ne jouent pas toujours leur rôle. Comme d'autres auteur-e-s l'ont montré, le déroulement de la naissance est parfois source de désarrois, de mauvais vécus, voire de traumatismes. Ces expériences participent de la période postnatale, compliquant alors la relation entre la mère, l'enfant, et son entourage (Kitzinger 2006, Pilley Edwards 2009, Guittier, Cedraschi et al. 2014), ou mettant parfois en danger la santé de la mère et de l'enfant. Ces situations évoquent également les observations effectuées par Sylvie Fortin et Elisha Laprise, lesquelles ont montré que les parents issus de segments de la population possédant moins de pouvoir symbolique, tendaient à être jugés plus négativement par les professionnel-le-s de la santé (2007).

Parmi les situations fréquentes impliquant une souffrance sociale des femmes, figurent celles où la solitude des femmes est relative, mais implique une relation instable ou délétère avec le père de l'enfant. Je propose de les aborder dans le sous-chapitre suivant.

### **6.3 Entre désamours et violences : la naissance à l'épreuve des difficultés de couple**

Les sages-femmes affirment souvent avoir pour intention d'accepter les pères tels qu'ils sont et ne pas souhaiter imposer leurs propres normes de la vie en couple. Cette intention est parfois difficile à traduire en pratique lorsque le compagnon est ouvertement négligeant ou semble dangereux. Plusieurs recherches ont montré que le dépistage de la violence conjugale, notamment en cours de grossesse, était déficient (Irion, Boulvain et al. 2000, Hofner and Viens Python 2014, O'Doherty,

---

<sup>202</sup> Lorsque les seuils de bilirubine sont hautement pathologiques comme dans cette situation, l'ictère peut engendrer une atteinte cérébrale appelée ictère nucléaire. Cette complication devenue rare dans les pays occidentaux entraîne un handicap psychomoteur grave et est irréversible.

Hegarty et al. 2015). Délicat à effectuer, demandant tact et confidentialité, ce dépistage sied mal à l'empressement auquel les consultations prénatales ou les services post-partum sont soumis<sup>203</sup> (Dykes 2009). Par conséquent, il n'est guère étonnant que les sages-femmes indépendantes soient régulièrement confrontées à des situations de violence non dépistées<sup>204</sup> durant l'activité à domicile.

Dans les représentations des sages-femmes, les pères sont fréquemment perçus comme des soutiens pour les mères, semblant parfois même instrumentalisés plutôt que considérés en tant qu'acteurs à part entière. Les femmes ressentant fréquemment de la fatigue durant les premières semaines postnatales, ce soutien est perçu comme nécessaire par les praticiennes. Plus souvent qu'on ne le souhaiterait, la relation de couple n'est cependant pas un soutien, mais le lieu d'une souffrance pour les femmes, qui péjore et complexifie, plutôt qu'elle n'enrichit, l'expérience de maternité :

Jeanne et moi entrons chez Veronica, une femme originaire d'Amérique Latine, récemment arrivée en Suisse. Elle vit dans un studio fourni par les services sociaux, comportant une minuscule kitchenette borgne et une toute aussi minuscule salle de bain. La pièce n'est pas exigüe, mais triste, un linoléum industriel gris et usé couvrant le sol. La chambre comporte un lit, une armoire, les affaires du bébé et un bureau avec un ordinateur permettant de *skyper* avec la famille. Veronica a un visage triste, elle est pâle et semble fatiguée. Sa situation conjugale difficile lui pèse, ce que Jeanne m'a dit au téléphone. Veronica a eu une césarienne et a perdu plus de sang qu'à l'accoutumée. Sa lassitude semble due en partie à son état physique et à sa convalescence, mais plus encore à ses soucis conjugaux. Amary, le père de l'enfant ne souhaite pas se marier, ce qui permettrait à sa compagne d'obtenir un permis d'établissement. Lorsque Jeanne lui avait signifié que le mariage serait un soutien, Amary lui avait ri au nez. Selon Jeanne, il est peu impliqué et ne fait pas d'efforts pour le cacher. Jeanne a pris parti, « *sa patiente c'est Veronica* ». Amary, c'est « *un drôle de coco* », un homme non fiable, peu préoccupé par le sort de la mère de son enfant. Durant la consultation, Jeanne a l'air triste. Elle est attentive à Veronica, prend son temps. Elle dit ce qu'elle fait, pointe les chiffres sur l'appareil à tension ou l'échelle colorée de la boîte de stix urinaires, explicitant comment elle parvient à la conclusion que « *c'est normal et c'est bien* ». Jeanne vérifie si le couple a pris rendez-vous chez un pédiatre, ce qui n'est pas le cas. Dans les situations délicates, le pédiatre peut être une ressource pour les familles, une porte d'entrée vers le réseau socio-sanitaire. S'inquiétant pour la santé mentale de Veronica, Jeanne tient particulièrement à ce que ce rendez-vous soit pris. Jeanne souhaite qu'Amary appelle le pédiatre. Elle cherche à l'impliquer pour soulager Veronica et pour le rappeler à ses responsabilités. Jeanne demande si elle peut appeler Amary à son travail. Sachant que les rapports dans le couple sont tendus, la praticienne ne veut pas mettre la femme dans une position de « *demandeuse* ». D'une voix cordiale, Jeanne s'excuse de déranger Amary à son travail, puis prend de ses nouvelles. Elle demande s'il a pu appeler le pédiatre et rappelle l'importance du rendez-vous. Elle termine ensuite la conversation, passe le combiné à Veronica qui dit au revoir sans affection et jette avec humeur le portable sur le lit. En prenant congé, Jeanne dit à Veronica qu'elle peut l'appeler, si elle a des questions, un besoin

---

<sup>203</sup> Notes auto-ethnographiques et de terrain.

<sup>204</sup> La violence conjugale est un phénomène répandu touchant près d'une femme sur quatre au cours de sa vie. Ce phénomène ne diminue pas pendant la grossesse, c'est même au cours de celle-ci qu'il débute parfois. Lorsque la violence physique à l'encontre de la femme a lieu durant la période de maternité, celle-ci tend à être plus marquée et plus dangereuse, le risque d'homicide devant alors être soigneusement évalué par les professionnel-le-s de la santé ou du social. Plusieurs recherches européennes ont montré que le dépistage de la violence conjugale en milieu clinique était inefficace n'identifiant que 10 à 20% des situations effectives Irion, O., M. Boulvain, A. T. Straccia and J. Bonnet (2000). "Emotional, physical and sexual violence against women before or during pregnancy." *BJOG* **107**(10): 1306-1308.. Par conséquent, il n'est guère étonnant que les sages-femmes indépendantes découvrent des situations de violence non identifiées en milieu hospitalier, alors même que les femmes concernées ont bénéficié d'un suivi de grossesse complet.

particulier, ou simplement envie de parler. Cette sage-femme effectue rarement une proposition si ouverte, pour se préserver et, parce qu'elle ne se sent pas indispensable. Dans cette situation, elle *sent* que sa disponibilité pourrait être utile. (Observation à domicile, Jeanne)

Dans la même après-midi, nous rendons visite à un couple d'immigrés africains. Désiré est en Suisse depuis longtemps, alors que Flore sa compagne est arrivée récemment et vient d'accoucher de leur troisième enfant. Désiré est charmant avec nous, sourit et plaisante, mais critique ouvertement Flore à plusieurs reprises. Cette dernière semble triste et découragée, fatiguée aussi par une complication de l'accouchement. Flore n'a pas de famille et d'amis en Suisse et est socialement et économiquement dépendante de Désiré avec qui le climat est tendu. Jeanne réagit aux critiques de ce dernier, normalisant les comportements de Flore sans pour autant faire d'atteinte à la face à Désiré (Goffman 1974). Le ton de sa voix ne laisse percevoir aucune colère, aucun mépris<sup>205</sup>. En cours de consultation, Jeanne effectue un prélèvement sanguin au nouveau-né : le *guthrie*. Ce geste délicat demande de placer de grosses gouttes de sang en huit points précis sur un buvard de papier. Jeanne demande à Désiré de l'aider avec son accord. Assis sur une chaise, il tient son enfant sur ses jambes, pendant que Jeanne effectue le prélèvement. Désiré sourit et discute, peu impressionné par l'examen. Jeanne semble triste par intermittence, touchée par l'histoire de Flore qui vit sa maternité dans une impuissance difficile. (Observation à domicile, Jeanne)

Ces deux situations sont emblématiques des difficultés que vivent passablement de femmes au moment de la naissance. Les relations conjugales insatisfaisantes sont d'autant plus subies que les femmes vivent dans des situations de précarité quant à leur statut légal et économique, ce qu'ont déjà montré d'autres auteur-e-s (Bollini and Wanner 2006, Hofner and Viens Python 2014). Ces situations déconstruisent les représentations idéalisées de la naissance et du bonheur en famille, souvent nourries par les sages-femmes en début de carrière. Dans les deux situations décrites ci-dessus, Jeanne a prévu d'interroger explicitement la présence de violences physiques en temps opportuns, c'est-à-dire en l'absence de Désiré. Le comportement des deux hommes suscite colère et mépris chez cette sage-femme. L'abandon négligeant de l'un et la méchanceté ouverte de l'autre la choquent et sont en rupture avec son éthique de la relation et son féminisme. Cependant dans ces situations, Jeanne parvient à se distancer émotionnellement et cognitivement de ses valeurs. Pragmatique, elle conserve son objectif à l'esprit : contribuer à une amélioration de la situation de la mère et de l'enfant et surtout ne rien faire qui puisse péjorer la situation. Jeanne évite par conséquent de confronter trop ouvertement le comportement des pères. Une atteinte à la face (Goffman 1974), en humiliant le conjoint, ne ferait que renforcer les comportements problématiques. En établissant un contact cordial et respectueux, elle permet au minimum à la tension de ne pas augmenter. Dit ainsi, cela a l'air anodin, mais il s'agit d'un tour de force. Jeanne

---

<sup>205</sup> Cela ne va pas de soi. Durant mon expérience hospitalière, j'ai parfois observé des sages-femmes afficher du mépris ou, effectuer des atteintes à la face à l'encontre de pères, qu'elles percevaient comme irrespectueux de leurs femmes.

joue deux rôles *a priori* incompatibles. Son indignation est aussi réelle et palpable en dehors de la situation, que son attention est respectueuse est sincère durant les interactions avec les pères<sup>206</sup>.

Les difficultés de couple sont à leur paroxysme en présence de violence intrafamiliale, lorsque la femme est menacée ou frappée par son conjoint. Ces situations effrayantes sont régulièrement rencontrées par les sages-femmes et dire qu'elles complexifient le suivi est un euphémisme. En voici quelques exemples :

Emilie et moi sommes accueillies par Lucio, le mari, qui parle sa langue maternelle et le français. Installé depuis longtemps en Suisse, il a épousé Carmina, arrivée récemment et ne parlant pas français. Elle vient d'Amérique du Sud où est restée sa famille. Lucio, souriant et aimable avec Emilie et moi-même, nous propose une boisson alcoolisée à 10 heures du matin. Il porte un tee-shirt sans manches et je ne peux que remarquer ses muscles impressionnants. Je ne me sens pas à l'aise durant cette consultation, car autant Lucio est aimable avec nous, autant il ne l'est pas avec Carmina. Emilie effectue la visite postnatale avec l'aide de Lucio qui traduit les questions et les réponses. Carmina est ouverte avec nous, souriante et calme. En fin de consultation, Emilie demande s'il serait possible d'effectuer une visite avec une interprète communautaire, afin de donner des explications détaillées et pour ne pas faire manquer une demi-journée de travail à Lucio. Je trouve l'initiative courageuse dans le contexte et m'attends à un refus. Lucio accepte pourtant la proposition effectuée « avec naturel » par Emilie. Après être sortie, Emilie et moi partageons nos impressions et la même sensation de malaise nous habite. Nous craignons une situation de violence en raison du langage méprisant utilisé par Lucio, mais également de son attitude corporelle et de ce malaise diffus, mais réel que nous éprouvons. Lorsqu'Emilie reviendra avec l'interprète Lucio sera là, ne permettant pas à Carmina de dévoiler quoi que ce soit. Quelques jours plus tard, Carmina parviendra à rappeler Emilie secrètement, avec le téléphone d'une amie. Un rendez-vous sera organisé avec l'interprète durant lequel Carmina dira être séquestrée et victime de violences. Emilie et l'interprète l'informeront alors sur les possibilités d'aide que fournit le réseau socio-sanitaire local. (Observation à domicile, Emilie)

Parfois les situations de violence prennent des tournures impressionnantes. Lucie raconte comment elle a participé à la fuite d'une femme :

J'arrive chez la dame [pour un soin d'allaitement], le mari travaillait. La femme me prend et me dit « *il faut m'aider, je suis séquestrée, mon mari m'a pris mon passeport, mon argent, je parle pas français, il faut m'aider à sortir de là, il est très méchant avec moi* ». Oups ! Vraiment le cas de maltraitance conjugale grave. Alors, c'est par un besoin de soins durant l'allaitement, une complication, qu'on a pu entrer dans la situation. Elle avait jamais pu dire avant parce qu'elle était surveillée par son mari et sa belle-mère. Elle venait d'Amérique latine, parlait pas français, pas de famille ici, complètement perdue. Elle connaissait rien, elle savait son quartier, mais elle était escortée pour tout. La première chose que je vois au salon, c'est une photo du mari avec une arme à la main, je dis : « *il a une arme votre mari ? Oui. Okay.* ». Elle demandait que je la sorte de là, parce que surveillée elle pouvait pas. Il a fallu monter toute une histoire mine de rien en faisant les soins. Je faisais les soins pour son sein et en même temps il fallait organiser son départ, donc voir tout le réseau. J'ai commencé à avoir la trouille du monsieur. Je me suis dit : si on me trouve qu'est-ce qui se passe ? Le lendemain, je retourne

---

<sup>206</sup> On pourrait dire que Jeanne utilise ce que certains psychologues nomment le soi multiple, c'est-à-dire une capacité à interpréter les situations et à concevoir les rôles sociaux à partir de plusieurs perspectives Rowan, J. and M. Cooper, Eds. (1999). The Plural Self : Multiplicity in Everyday Life. London, Sage..

et elle m'attendait en bas de la maison cachée derrière un arbre. Elle s'était échappée pendant la nuit et était allée chez une connaissance, parce qu'il était rentré complètement rond et il l'avait tabassée. Je l'ai prise dans ma voiture et on est parti. Il a fallu trouver un endroit pour la placer dans un foyer. J'ai passé 4 heures avec elle aux urgences de l'hôpital pour qu'elle parle aux spécialistes de la violence. Après, le mari me cherchait. Il appelait pour savoir qui est la gentille sage-femme qui s'est occupé de sa femme. Il fallait vraiment que personne dise mon nom. (Entretien enregistré, Lucie)

Dans ces situations complexes, les soins biomédicaux prennent un autre sens et sont parfois instrumentalisés. Une complication d'allaitement sert de prétexte à Lucie pour continuer le contact avec une famille afin de mieux comprendre la situation et d'évaluer les besoins en intervention. En d'autres termes, lorsque les sages-femmes hésitent à proposer une prise en soins avec un autre professionnel, voire plus rarement à dénoncer un membre d'une famille, les soins biomédicaux permettent de gagner du temps en catimini. Ces prises de décision sont lourdes de conséquence et mis à part dans les cas extrêmes, elles ne peuvent être prises avec précipitation. Une dénonciation à la police, ou au service de protection maternel et infantile, peut aboutir au placement en institution d'un enfant.

Lorsque le climat familial est tendu et comporte de l'agressivité, les sages-femmes assistent parfois à des éclats de violence. Evelyne raconte son expérience:

*Je suis arrivée, les assiettes volaient, une violence extrême. J'ai dit «écoutez, je prends votre bébé dans les bras, je me mets dans la pièce d'à côté et quand vous vous êtes calmés, vous revenez.» J'avais peur pour le bébé. Je me suis dit mais qu'est-ce-que je fais ? Bon après la mère est partie avec l'enfant. Donc, c'est tout ça le domicile aussi. C'est le plaisir, la difficulté morale, la fatigue, les charges émotionnelles tout en même temps. La violence, bon on n'en a pas non plus tous les jours, les contextes sociaux difficiles non plus. Donc c'est vrai que c'est très riche à domicile. C'est toute une palette de choses à voir, à sentir, à gérer. (Entretien enregistré, Evelyne)*

La violence intrafamiliale n'est pas toujours identifiée durant les visites à domicile. Les sages-femmes indépendantes, comme les sages-femmes et les médecins de l'hôpital, ne questionnent pas toujours jusqu'au bout le malaise vécu en présence de certains couples. Parfois le savoir se refuse par une omission, par peur du danger, ou se comprend lorsqu'il est trop tard pour agir, par exemple à la fin d'une série de consultations. Ce manque d'empressement peut être dû à une réticence à questionner la vie intime des couples, à la gêne conséquente à cette intrusion. Parfois, il reflète aussi la difficulté à identifier des mesures de soutien réellement utiles, notamment dans le fonctionnement actuel du réseau socio-sanitaire, qui n'offre pas de solution miracle aux femmes aux prises avec de la violence et sans ressources sociales ou économiques pour rebondir.

Ces situations de souffrance sociale que les sages-femmes disent complexes, comprenant des vulnérabilités plurielles, font l'objet d'un dépistage en milieu hospitalier et devraient en théorie (Molénat 2009, Molénat 2010), et selon les représentations en vigueur dans le champ de la santé,

faire l'objet d'une prise en charge interprofessionnelle. Le dépistage, ainsi que la collaboration, ne sont que partiellement fonctionnels, amenant les sages-femmes à d'une part découvrir souvent elles-mêmes les détails des situations lors des visites à domicile et, d'autre part, à devoir réagir dans une relative et involontaire solitude. Ces circonstances complexifient d'autant la prise en soins de ces situations et, participent directement de la construction des savoirs expérientiels, ce que montre le sous-chapitre suivant.

#### **6.4 Décalages entre propositions théoriques et réalités de terrain : la collaboration interprofessionnelle au quotidien**

Les situations de souffrance sociale, impliquant une vulnérabilité plurielle, font l'objet d'un dépistage en milieu hospitalier. Suite à ce dépistage, les familles concernées sont suivies par une consultation spécialisée organisant une collaboration interprofessionnelle entre différentes institutions et différents types de professionnel-le-s de la santé et du social, dont les sages-femmes indépendantes, au moment du suivi postnatal<sup>207</sup>. Pendant la durée des observations, la collaboration avec cette consultation, de même que la collaboration interprofessionnelle supposée participer d'une prise en soins de qualité, a régulièrement posé des problèmes aux sages-femmes indépendantes, ce qu'examine ce sous-chapitre.

La première difficulté rencontrée par les sages-femmes repose sur un déficit de dépistage des détresses éprouvées par certaines femmes et familles, liées à des vulnérabilités plurielles et à une souffrance d'origine sociale, évoquées plus haut. Le nombre de situations impliquant des vulnérabilités d'ordre socio-économique semble actuellement si élevé, que le dispositif mis en place en maternité hospitalière n'est pas en mesure de porter une attention particulière à toutes ces situations au cours du suivi de grossesse. Par conséquent, pour entrer dans la prise en charge spécialisée et interprofessionnelle, les situations des familles doivent comprendre plusieurs types de vulnérabilités, dont l'intensité est importante, et associer notamment un trouble psychiatrique à une détresse d'origine sociale<sup>208</sup>. Les sages-femmes découvrent de ce fait des femmes vivant dans des conditions très précaires, dont l'impuissance est augmentée par la situation de naissance, les responsabilités et l'état physique en découlant, ceci malgré le suivi médical<sup>209</sup>.

---

<sup>207</sup> Pour protéger semble-t-il, les femmes d'une intrusion supplémentaire, le service hospitalier est réticent à l'idée d'inclure les sages-femmes indépendantes au cours du suivi de grossesse (notes de terrain). La suite du chapitre montre que cette posture est discutable.

<sup>208</sup> Je ne signifie pas ici que cette filière séparée soit nécessairement la meilleure voie pour suivre les femmes en situation de vulnérabilité. Par contre, le fait que ce type de voie séparée existe, peut donner une impression de fausse sécurité aux médecins et soignants travaillant dans les suivis conventionnels, -celle que le dépistage est effectué et qu'il n'est donc plus réellement à faire.

<sup>209</sup> Le suivi des situations dites complexes par les sages-femmes ne peut pas résoudre toutes les difficultés des femmes, celles-ci étant souvent liées aux politiques sociales, notamment aux politiques salariales ou aux politiques d'accueil des personnes en demande d'asile. Ceci dit et comme je l'ai déjà montré à travers plusieurs exemples, la souffrance sociale est parfois telle qu'elle met les femmes et les

Dans ces situations, les sages-femmes découvrent la détresse singulière de femmes et de familles, à travers leur perception multisensorielle, qui est enrichie par la situation écologique des consultations à domicile. Dans les situations les plus difficiles, impliquant un dénuement total, de l'isolement, un surmenage lié à la monoparentalité ou encore de la violence, la principale difficulté réside à faire face à une situation de crise, ceci au cours d'une période de vulnérabilité physique temporaire, mais parfois intense, pour la mère et le nouveau-né. La fatigue, les débuts de l'allaitement et les problèmes éventuels de santé, tels qu'anémie maternelle ou un ictère néonatal, rendent encore plus difficile l'appréhension des souffrances sociales, ceci pour les mères et pour les sages-femmes. Des démarches administratives doivent parfois être entreprises à la hâte, ce qui limite les chances d'obtenir de l'aide en temps réel, c'est-à-dire au moment où ces familles en ont besoin.

La deuxième difficulté rencontrée par les sages-femmes consiste en écarts entre les communications effectuées par les maternités et les situations réelles. Dans ce cas, les situations complexes ont été identifiées et prises en charge par une équipe multiprofessionnelle, mais le diagnostic social effectué en milieu hospitalier s'est avéré incomplet ou erroné. Les sages-femmes découvrent alors des difficultés diverses, non appréhendées au cours du suivi hospitalier. Ces diagnostics incomplets ou erronés contribuent à ce que la période postnatale débute par une situation de crise ouverte, mettant alors femmes et/ou enfants en danger et faisant du rôle des sages-femmes un exercice particulièrement délicat et incertain. Voici deux exemples complémentaires :

Lucie raconte l'histoire de Sabrina, une mère adolescente rentrée à domicile après la naissance, sans soutien particulier, mis à part celui de la sage-femme. Sabrina s'occupant bien de son enfant et vivant chez l'un de ses parents, cela a rassuré l'équipe médico-soignante hospitalière. Or, Lucie a remarqué lors des visites à domicile que le parent en question n'était pas un soutien pour Sabrina, car dépendant de l'alcool et d'autres substances psychotropes. Lors de sa première visite, Lucie a dû camber des bouteilles d'alcool vides, jonchées sur le sol. Sabrina était non seulement responsable de son enfant, mais également de son parent malade et imprévisible, qui avait fêté ostensiblement la naissance de son petit-enfant. (Entretien non enregistré, Lucie)

Dans une autre situation, Camille se rend compte que les informations communiquées par la maternité hospitalière sont erronées. Supposée suivre une mère qui aurait physiquement maltraité ses enfants et avait fait l'objet d'un signalement au service de la protection maternelle et infantile, Camille s'aperçoit que c'est la mère qui est maltraitée physiquement par son adolescent. La situation a été comprise à l'envers. La mère plutôt que d'une surveillance<sup>210</sup> avait besoin d'un soutien de la part des professionnel-le-s. (Entretien non enregistré, Camille)

Le diagnostic social effectué en milieu hospitalier, souvent incomplet et parfois erroné, pose une difficulté de taille aux sages-femmes indépendantes. Une fois les détresses et les besoins prioritaires des familles identifiés, les praticiennes se tournent vers le réseau interprofessionnel, pour respecter

---

nouveau-nés en danger. Pour être considéré comme efficace, le dépistage effectué en milieu hospitalier devrait, au minimum, éviter le retour à domicile de femmes et de nouveau-nés, en l'absence d'un confort matériel de base, incluant des habits pour la femme et le nouveau-né, des affaires de toilette et des langes, ainsi que de la nourriture.

<sup>210</sup> Ce type de demande, assimilable à un contrôle social, à une activité de police des familles, sort du rôle professionnel et met les sages-femmes très mal à l'aise.



les limites de leurs compétences. La collaboration avec différents professionnels fonctionne parfois sans heurts et ne fait alors guère l'objet de discussions parmi les sages-femmes. Dans certaines situations, comme je l'ai déjà évoqué, les praticiennes bénéficient du soutien apprécié d'autres professionnels, dont les obstétriciens, les pédiatres ou les assistantes sociales. La consultation spécialisée effectuée des dépistages, propose des prises en charge et dialogue constructivement avec certaines sages-femmes indépendantes, perçues comme spécialisées en vertu de leur expérience et de leurs formations continues. Ces collaborations sans histoires sont cependant moins saillantes à l'intérieur de mes données. Sans vouloir surestimer les difficultés de collaboration que rencontrent les sages-femmes, je relève que les problèmes de collaboration sont récurrents, impliquant parfois des mises en danger de femmes et d'enfants.

Lorsqu'elles contactent les institutions et les professionnel-le-s du réseau socio-sanitaire, les sages-femmes ne trouvent pas toujours le soutien espéré. Comme tous les secteurs des services publics, les institutions de la santé et du social subissent une compression des coûts et sont limitées dans leurs capacités à réagir (Bonvin 2013, Modak and Bonvin 2013). Certains services sont ainsi appréciés des sages-femmes et des familles, mais ne sont pas toujours disponibles au moment crucial. D'autres semblent si limités dans leurs moyens, que leur intervention construit une fausse réassurance. Ainsi, plusieurs des femmes découvertes dans le dénuement le plus total, sans protection hygiénique et sans nourriture je le rappelle, faisaient l'objet d'un suivi par une assistante sociale. Mise à part les situations rares, où une clause péril est indispensable, les listes d'attente sont parfois longues pour accéder à certains services, notamment aux prestations psychiatriques ou psychopédagogiques, ce que relèvent Armelle et Emilie.

Dans les situations de violence familiale et de maltraitance infantile, les sages-femmes rencontrent des difficultés à obtenir le soutien de médecins exerçant en cabinet privé. Une proportion des obstétriciens et des pédiatres semblent soigner en priorité des familles de classe moyenne et sont, selon les sages-femmes, mal à l'aise avec les familles en situation de souffrance sociale. Les situations *complexes* prennent du temps, impliquent des discussions délicates et induisent souvent de l'impuissance, ce qui explique une partie des réactions de ces médecins.

Gaëlle appelle le pédiatre pour une suspicion de maltraitance infantile. Pas certaine de ce qu'elle observe, en difficulté dans le contact avec la famille, arrivée au bout des dix jours postnataux, elle souhaite passer le relais. Le pédiatre refuse explicitement de s'occuper de problèmes sortant d'un suivi biomédical, concernant la croissance de l'enfant ou son alimentation. Les problèmes évoqués par Gaëlle, difficiles, diffus aussi, ne font pas partie du champ d'action de la doctoresse, selon elle. Arrivant à la fin de la période de suivi habituel, ne voyant pas d'amélioration, se sentant en difficulté, Gaëlle insiste auprès du pédiatre et la rappelle à ses obligations. (Entretien non enregistré, Gaëlle)

Armelle appelle le pédiatre. Une mère lui a confié qu'elle corrigeait l'un des enfants avec un ceinturon. La sage-femme veut signaler ce problème pour qu'il soit discuté par le médecin. Armelle attend également du pédiatre qu'il décide si oui ou non un signalement doit être effectué. Le praticien ne croit pas la sage-femme, affirmant que la mère en question est sympathique et qu'il ne l'imagine pas battre ses enfants. Armelle souligne que la mère elle-même a parlé du ceinturon, évoque la situation de violence intrafamiliale avec plus de détails, puis rappelle qu'elle est mandatée pour les soins aux nouveau-nés, plutôt qu'aux enfants scolarisés. (Entretien non enregistré, Armelle)

D'autres praticien-ne-s, obstétricien-ne-s ou pédiatres, refusent d'effectuer des ordonnances pour que les prestations des sages-femmes soient remboursées<sup>211</sup>. Certains médecins s'impliquent beaucoup dans ces suivis, mais sont parfois très difficiles à atteindre que ce soit par téléphone ou par courriel. Il faut donc beaucoup de persévérance aux sages-femmes pour obtenir un soutien ou pour transmettre le relais lorsque la situation sort manifestement de leur champ de compétence professionnel<sup>212</sup>. Le temps passé au téléphone pour chercher une collaboration se compte ainsi en innombrables heures non rétribuées.

La plus ou moins grande aptitude des médecins à se confronter aux situations complexes, ainsi que la disponibilité relative des spécialistes, contribuent à ce que les sages-femmes soient souvent seules pour accompagner les situations les plus difficiles. La culture du risque si présente autour de la naissance, faisant de la grossesse un exemple emblématique de la médecine de surveillance (Armstrong 1995, Scamell 2011, Scamell and Alaszewski 2012), semble s'estomper avec le retour à domicile des femmes et des nouveau-nés. Les sages-femmes parfois décrites comme des professionnelles corporatistes, peinant à déléguer et collaborer avec d'autres professionnels<sup>213</sup>, accompagnent cependant seules, malgré elles, certaines familles dans leurs détresses, en raison du soutien aléatoire du réseau. Là où le risque est particulièrement élevé, il fait l'objet d'un déni pour le moins paradoxal, laissant souvent familles et sages-femmes dans une amère impuissance.

Durant la formation et l'expérience à l'hôpital, les sages-femmes construisent leur rôle en bonne partie autour de l'accouchement et de la notion d'urgence, sous l'influence de la culture du risque (Carricaburu 2005, Scamell 2011, Scamell and Alaszewski 2012). Ceci dit, culture du risque ou pas, l'accouchement reste une expérience intense et, par conséquent, les besoins des femmes survenant au cours de la naissance, sont considérés par une majorité de sages-femmes comme des priorités qu'on ne fait pas attendre. Les accouchements se déclenchant dans leur majorité spontanément, le

---

<sup>211</sup> Jusqu'à très récemment, les femmes devaient obtenir un certificat médical pour bénéficier d'un suivi postnatal allant au-delà des 10 premiers jours suivant l'accouchement. Lors de l'accompagnement de suivis dits complexes, les sages-femmes effectuent de toute manière des heures bénévoles ; il leur est d'autant plus nécessaire que les consultations au-delà des 10 jours soient remboursées. Si de nombreux médecins, valorisant la collaboration avec les sages-femmes, effectuent ces certificats sans problèmes, d'autres ralentissent le suivi et complexifient encore la prise en soins par leurs réticences à remplir les certificats médicaux. Depuis 2015, les suivis peuvent désormais être poursuivis durant deux mois sans certificat médical.

<sup>212</sup> J'aimerais faire remarquer que l'inverse est parfois vrai aussi, il ne s'agit pas ici de dépeindre les sages-femmes sous un jour exagérément positif. Un obstétricien m'a ainsi confié qu'il avait eu de la peine à obtenir un accompagnement prenant en considération les vulnérabilités d'une famille, la sage-femme restant focalisée sur une représentation réductionniste de son rôle.

<sup>213</sup> Notes auto-ethnographiques.

travail en salle d'accouchement implique par ailleurs une grande variabilité de la charge de travail. Entre culture du risque, compassion devant l'expérience intense de la naissance et incertitude devant la charge de travail, les sages-femmes apprennent à ne pas reporter leurs actions. Cette socialisation, poussant à agir en temps réel, n'est généralement pas partagée par les autres membres du réseau. Les sages-femmes indépendantes sont ainsi les seules professionnelles, mise à part les services d'urgence, à prendre en soins toute situation le jour même, sans exception<sup>214</sup>. Le contact avec le réseau socio-sanitaire est donc le lieu d'une tension culturelle, les représentations et les habitudes des sages-femmes et des autres intervenants étant en décalage, en ce qui concerne la temporalité des interventions. Devant l'acuité de certaines situations de crise survenant dans la période postnatale et, devant la vulnérabilité des acteurs concernés, l'attitude preste des sages-femmes m'a semblé souvent adaptée. En ce sens, leur diligence ne me semble pas exagérée, mais calquée sur des besoins réels.

Les approches contemporaines des situations de vulnérabilité plurielle valorisent avec emphase la collaboration interprofessionnelle<sup>215</sup> (Molénat 2009, Molénat 2010). Paradoxalement, l'avis des sages-femmes indépendantes n'est souvent pas pris en considération dans les décisions prises sur une base dite interprofessionnelle. Ces praticiennes ne sont que rarement convoquées ou admises aux réunions interprofessionnelles, alors qu'elles sont les seules, avec les infirmières, à se rendre à domicile. Les institutions hospitalières sont des villes dans la ville, l'activité qui y prend place est suffisamment intense pour que l'on en vienne à oublier, semble-t-il, qu'il existe une vie au-delà des murs. Durant les deux dernières années de mes observations, les sages-femmes ont essayé à plusieurs reprises d'entrer en contact avec certains réseaux qui sont restés pratiquement hermétiques à leurs requêtes. Les sages-femmes souhaitent par exemple qu'une visite à domicile de fin de grossesse soit proposée aux familles en situation de vulnérabilité, afin que les éventuels soutiens soient conçus dans une logique écologique. Si la communication entre les institutions hospitalières et les sages-femmes indépendantes tend à s'améliorer<sup>216</sup>, les propositions et les savoirs de ces praticiennes, ne sont guère pris en considération. Cette communication aléatoire prend vraisemblablement son origine dans les rapports entre médecins et sages-femmes, qui obéissent, en

---

<sup>214</sup> Notes de terrain.

<sup>215</sup> Notes de terrain. Lorsque je suis interrogée sur les résultats les plus intéressants de mon travail, j'évoque la détresse des femmes aux prises avec des vulnérabilités plurielles et le rôle des sages-femmes à cet égard. Inlassablement, mes interlocuteurs me rappellent le besoin de collaborer avec le réseau, comme si les sages-femmes n'y pensaient pas et, comme si le réseau était un instrument miraculeux.

<sup>216</sup> Grâce à la création, en 2014, d'un poste de sage-femme coordinatrice, qui est responsable des soins de transition entre le milieu hospitalier et le milieu extrahospitalier, et, qui coordonne les informations entre les différents professionnel-le-s impliqué-e-s dans le suivi des familles en situation de vulnérabilité. Cette innovation a amélioré la fluidité des échanges entre l'hôpital et les sages-femmes indépendantes. Les observations des sages-femmes, concernant les diagnostics manqués ou erronés de situations *complexes*, ont depuis été mieux entendues au niveau de la filière des soins.

partie au moins, à une logique de sociologie des professions et, sont alors sources de tensions et d'attitudes discriminantes (Cavalli and Gouilhers 2014).

Ceci dit, la prise en soins interdisciplinaire ne convient pas toujours aux familles en situation de vulnérabilité psychologique et/ou socio-économique. Ces familles vivent parfois les prestations suggérées, voire imposées, ainsi que le nombre d'intervenants, comme des intrusions lassantes. Aussi, il arrive que les femmes remodelent le suivi, pour qu'il leur convienne mieux, une fois sorties de la maternité :

A la fin d'une visite à domicile, Emilie me raconte qu'elle a été rappelée par une femme dont elle vient de terminer l'accompagnement. Kelly a été suivie en consultation spécialisée, en raison de la complexité de sa situation psychosociale. Il était prévu qu'elle soit accompagnée par une sage-femme pendant 10 jours, puis par une infirmière, comme cela est souvent décidé dans ces situations. Emilie avait vu Kelly plusieurs fois, passant une heure chez elle environ, pour effectuer les surveillances habituelles et prendre le temps de discuter ou de répondre, le cas échéant, à des questions. D'abord réticente, - les visites lui avaient été imposées -, Kelly avait ensuite confié à Emilie que les visites étaient utiles. Suite à la reprise du suivi par un service d'infirmières à domicile, Kelly a rappelé sa sage-femme pour se plaindre. L'infirmière change à chaque visite et se contente le plus souvent de peser son enfant, d'émettre quelques conseils et de s'en aller<sup>217</sup>. Elle accepte l'idée du suivi à domicile, mais ce sera Emilie ou personne. (Entretien non enregistré, Emilie)

Parfois, les femmes interrompent de leur propre chef les visites chez le psychiatre et se suffisent de leur sage-femme, au grand dam de celle-ci. Dans ces situations, les praticiennes ont recours à une supervision téléphonique par un psychiatre pour assurer la sécurité et les limites du suivi<sup>218</sup>.

Pour répondre aux situations de souffrance sociale, qui sont fréquentes et variées dans leurs expressions, les sages-femmes ne bénéficient pas de recommandations pour la pratique clinique, qui ont quant à elles pour objet des problèmes courants, présentés sous une forme simplifiée et réifiée. En vertu des différences circonscrites évoquées dans ce chapitre, les praticiennes doivent donc recourir à beaucoup de créativité et d'engagement pour réinventer leurs réponses en fonction des contingences uniques de chaque situation. Les sages-femmes proposent des réponses en fonction de leurs formations, de la réponse effective du réseau interprofessionnel, et de leurs ressources et expériences personnelles et professionnelles. Toutes ne peuvent pas engager la même énergie, ni les mêmes moyens, pour tenter d'être utiles aux familles qui rencontrent des difficultés dépassant le champ de l'obstétrique ordinaire.

Certaines sages-femmes lisent et explicitent des courriers que des parents ne comprennent pas, puis écrivent des lettres aux régies immobilières ou aux crèches. Les sages-femmes connaissent les boutiques de seconde main ou les associations caritatives prêtant ou donnant du matériel et des

---

<sup>217</sup> Les sages-femmes travaillant par ailleurs sans horodateurs, elles peuvent être plus souples que les infirmières dans leur gestion du temps et proposent de ce fait des prestations originales.

<sup>218</sup> Entretien avec Ludivine.

vêtements pour enfants. Les praticiennes connaissent souvent les procédures pour obtenir des places en crèche<sup>219</sup> et les différentes associations protégeant les femmes, les travailleurs, les locataires ou plus largement les personnes en situation de vulnérabilité<sup>220</sup>. Quelques praticiennes passeront plus de temps avec les femmes rencontrant des problèmes sociaux, d'autres pas nécessairement. Camille, Jeanne, Armelle ou Emilie informent et parfois accompagnent les femmes ou les enfants plus âgés jusqu'aux endroits intéressants comme les centres de rencontre, les maisons de quartier, les ludothèques ou les bibliothèques.

Pour l'ensemble des situations décrites dans ce chapitre, la géographie de l'activité des sages-femmes indépendantes apparaît comme une composante essentielle dans la construction des savoirs sur l'accompagnement de la naissance. Le personnel de l'hôpital n'est pas nécessairement moins engagé que celui du domicile, par contre, médecins et sages-femmes hospitaliers ne disposent pas des mêmes informations sensorielles que les sages-femmes indépendantes. Remarquer en s'essoufflant le 6<sup>ème</sup> étage sans ascenseur, voir le matelas ensanglanté ou les bouteilles jonchant le sol, entendre le marteau-piqueur à l'étage supérieur et sentir l'odeur piquante de l'urine des chats ne demande pas d'effort clinique spécifique<sup>221</sup>. A domicile, les indices, notamment ceux typiques des situations *complexes*, sautent littéralement aux sens des sages-femmes indépendantes. Et donc, si ces sages-femmes sont *in fine* plus sachantes et plus compétentes, ce n'est pas nécessairement dû à leurs capacités personnelles, mais bien à la situation écologique de perception, donnant un meilleur accès aux indices pertinents. Par ailleurs, la relation spécifique à la temporalité adoptée par la communauté de pratique, décrite au chapitre 5, incite les sages-femmes indépendantes à prendre le temps de comprendre les situations des familles, ce qui contribue à l'acuité de leur analyse. En d'autres termes, différents dispositifs de construction des savoirs aboutissent à des contenus différents, ce qui fait de l'accompagnement de la naissance, une activité plus variée que ne le laisse supposer les descriptions parfois réifiées de la profession de sage-femme.

Les difficultés multiples rencontrées par certaines familles, les réponses parfois aléatoires du réseau, ainsi que la réappropriation du suivi par les familles, poussent les sages-femmes à développer leur rôle bien au-delà des définitions officielles de celui-ci. L'obstétrique ordinaire semble bien loin,

---

<sup>219</sup> Les demandes doivent être faites à des périodes précises de l'année et doivent surtout être réitérées. Les procédures semblent faites pour que seules les familles opiniâtres parviennent à les exécuter provoquant ainsi des inégalités d'accès à ces services.

<sup>220</sup> Par exemple Caritas, le Centre Social Protestant, les différents syndicats, l'association F-information ou encore l'Association de protection des locataires (Asloca).

<sup>221</sup> Toutes les situations de vulnérabilité sociale ne sont pas aussi évidentes à percevoir et un effort complémentaire est souvent nécessaire pour identifier certains problèmes ou besoins cruciaux. Toutefois, les premiers détails perçus incitent souvent les sages-femmes à prendre le temps de mieux comprendre les situations des familles, ceci avec discrétion et tact. Les conjoints de femmes en situation de violence intrafamiliale tentent par exemple de cacher cette réalité aux sages-femmes et, l'implication de ces praticiennes est alors essentielle, pour saisir ce que vivent ces femmes. Par conséquent, les sages-femmes indépendantes passent aussi à côté de situations délicates, notamment si elles se concentrent avant tout sur les aspects obstétricaux des situations. Le surplus de savoir que procure l'activité à domicile n'est donc pas à comprendre sous un jour totalisant.

incitant les sages-femmes à s'interroger sur le sens et les limites de leurs actions. Entre don de soi et crainte fréquente de dépasser ses compétences, le sous-chapitre suivant présente les doutes des sages-femmes, ainsi que la réflexivité que provoque la géographie particulière de leur activité.

## 6.5 Synthèse

Les situations que les sages-femmes disent *complexes*, impliquent souvent une souffrance sociale des familles, soit une vie que les circonstances ont rendue difficile, offrant peu d'opportunités et de ressources. Rencontrées plus ou moins fréquemment par les sages-femmes indépendantes, ces situations posent des difficultés, car elles impliquent des compétences peu développées durant la formation et l'expérience en milieu hospitalier, demandant des prises de décisions inhabituelles. En d'autres termes, les situations complexes questionnent l'étendue et les limites des savoirs et du rôle professionnels.

On a appris notre métier de sage-femme pour s'occuper d'un bébé qui arrive dans une famille et on nous a beaucoup parlé de la place du père. Là où je vais, il n'y en a pas de père, donc ça règle le problème. C'est plus facile quand tu vas dans une famille où tout le monde est content et tu fais ton métier de sage-femme, tu parles de l'allaitement, tu surveilles les sutures, tu regardes les pertes et puis voilà. Tu fais un calendrier des tétées, enfin tu fais ton métier<sup>222</sup>. Quand je vais dans ces quartiers, je sors dépitée. Même si au niveau obstétrical tout va bien, tu te rends bien compte que rien ne va et qu'en même temps, c'est pas ton boulot. Ben y a un moment où ça s'arrête, tu peux en parler au pédiatre, mais c'est à peu près tout ce que tu peux faire. Moi je me sens pas du tout de faire un signalement au service de protection maternel et infantile (SPMI), il faut être un peu plus affûtée dans nos observations avant de faire un signalement<sup>223</sup>. C'est une grosse responsabilité et on est pas formées pour ça. En même temps des fois, je ferme la porte en étant pas rassurée. Mais ton suivi, il s'arrête quand même. J'ai l'impression que les gens que je vois dans ces deux quartiers dysfonctionnent souvent, à mes yeux. Mais je peux pas signaler tout le monde. Tu as une certaine impuissance et je trouve difficile. En même temps ça dépasse mon métier et c'est mon quotidien. Si je pars du principe que je fais que de l'obstétrique, je passe à côté de beaucoup de choses dans ce quartier-là. Il faut que je trouve une manière de travailler pour être efficace avec cette population-là. Et je n'ai pas encore trouvé. Où mettre la limite pour ne pas être hors de mes compétences ? C'est ça ma crainte. Il y a des gens formés pour faire certaines choses et nous on ne l'est pas. Et je voudrais pas arriver et en faire trop avec des gens qui finalement survivent peut-être très bien et mettent personne en danger. On vient toutes avec des jugements de valeur. On a toutes nos propres vies et nos propres idées. Peut-être qu'à force d'en voir, je me rendrai compte que c'est quand même une certaine normalité et que je panique un peu vite. (Entretien enregistré, Armelle)

Armelle, ainsi que de nombreuses autres sages-femmes, remarquent que ce qu'elles considéraient comme leur champ de compétence principal est minorisé dans leur contexte de travail. Les problèmes les plus importants concernent les circonstances de vie des femmes et dépassent dès lors le registre classique de la profession. Armelle considère d'ailleurs qu'elle a reçu une formation

---

<sup>222</sup> Dans cette phrase, Armelle fait un raccourci rhétorique pour signifier ce qui est typique de la naissance. Lors des observations à domicile, cette sage-femme s'est montrée attentive à l'expérience globale des familles.

<sup>223</sup> Ce qu'Armelle fera néanmoins quelques mois après cet entretien.

centrée sur l'accompagnement des classes moyennes stéréotypiques, des familles avec un papa et une maman qui s'aiment. Elle identifie que le modèle familial rencontré dans son expérience en clinique privée ne fonctionne plus comme repère, étant devenu partiellement inopérant dans ce nouveau contexte. Armelle a pris contact avec des assistants sociaux et des éducateurs pour échanger avec eux, se décentrer de ce modèle familial idéalisé et redessiner les contours d'une nouvelle normalité, plus ouverte et plus réaliste. Comme elle le dit, elle ne peut pas signaler tout un quartier au SPMI. Elle remarque que son nouveau contexte de travail implique de reconstruire ses savoirs et ses compétences pour qu'elles soient adaptées aux familles rencontrées.

La diversité des circonstances et des besoins entourant les situations de souffrance sociale implique qu'il ne puisse guère exister de recommandations qui anticipent des actions adaptées et standardisées dans leurs détails (Massé 1995). Les recommandations pour la pratique procèdent en effet d'une logique du choix, c'est-à-dire qu'elles documentent des étapes prédéfinies des prises de décision, construites à partir des cas de figure fréquents et qui sont posés en termes génériques (Mol 2008). Ces instruments décisionnels ne sont par conséquent pas adaptés à la gestion des imprévus typiques de la complexité et de la logique interactionnelle du soin (Massé 1995, Mol 2008). Ici, l'une des limites de l'Evidence Based Medicine se dessine clairement. L'accent mis ces dernières années sur l'importance de la recherche, en tant que source d'information et base souhaitée des prises de décision cliniques, omet de considérer la diversité presque infinie qu'impliquent les subtils détails des situations de soin. Par conséquent, plus les situations sont complexes, inédites et proches d'un point de rupture, plus les sages-femmes doivent agir vite et recourir à leur expérience et à leur réflexion personnelle, ainsi qu'à leur créativité, pour composer des interventions dans le feu de l'action. Ces situations augmentent en d'autres termes l'incertitude inhérente à la profession de sage-femme<sup>224</sup>, même si, *a posteriori*, les sages-femmes réexaminent, avec plus de recul et dans une moindre solitude, la pertinence de leurs actions<sup>225</sup> et cherchent à s'inspirer de recommandations officielles, ou issues de la recherche, pour améliorer leur pratique.

La formation et l'expérience en milieu hospitalier ne préparent guère à l'accompagnement des détresses vécues par certaines familles. La confrontation aux réalités sociales et, à la prévalence de la souffrance sociale, induit par conséquent un stress important pour les sages-femmes indépendantes. L'accent mis sur le savoir scientifique, dans les formations et dans le milieu hospitalier, contribue à ce que les savoirs expérientiels restent pour l'heure peu étudiés, peu reconnus et donc peu précisés. Or, c'est précisément ce savoir qui est important dans les situations *complexes*. Formées à la pratique

---

<sup>224</sup> En sociologie médicale et de la santé, la notion d'incertitude a essentiellement été associée à la pratique de la médecine. Par analogie, je considère que cette dimension de la pratique est présente dans les professions soignantes.

<sup>225</sup> En se contactant entre elles pour échanger, en profitant du contact avec d'autres professionnel-le-s du réseau socio-sanitaire, en échangeant au cours de la supervision professionnelle ou des cercles qualité (Notes de terrain).

d'une obstétrique balisée, les sages-femmes ne s'attendent ainsi guère à trouver autant de situations non traitées par le savoir professionnel théorique. Par ailleurs, les savoirs plus ou moins vulgarisés concernant la santé mentale et, circulant parmi les professionnel-le-s de l'obstétrique, s'inscrivent fréquemment dans une représentation réductionniste de cette dimension de la santé. Les circonstances de vie et leur implications pour la santé mentale des individus sont ainsi fréquemment omis, posant la santé mentale comme une construction et une responsabilité imputable à l'individu et, éventuellement, à sa trajectoire intrafamiliale (Massé 2003, Otero 2005, Otero 2005, Horwitz and Wakefield 2007). Utilisés pendant la formation, mais véhiculés également en milieu hospitalier et indépendant, j'y reviendrai au chapitre 8, ces savoirs retardent vraisemblablement l'émergence d'une compréhension plus holiste et plus systémique du vécu de la maternité, laquelle comprend les trajectoires de vie au-delà du cercle familial. Au contact des situations complexes, les sages-femmes transforment donc peu à peu leurs représentations de la naissance qui n'est alors plus un îlot séparé de la vie et de ses circonstances.

Les situations *complexes* relancent un processus secondaire d'apprentissage amenant à une transformation des savoirs et des compétences des sages-femmes, ainsi que des prestations qu'elles proposent aux familles. Le socle du métier n'est plus le même et intègre des réponses, souvent partielles d'ailleurs, destinées à amenuiser la souffrance sociale de certaines femmes et familles. La notion d'urgence, très présente dans la formation des sages-femmes, est elle-aussi déplacée pour concerner non plus seulement la santé physique, mais également la situation sociale des femmes et des enfants. La situation écologique du soin vécue par les sages-femmes indépendante introduit par ailleurs un regard politique dans la construction des savoirs professionnels et une préoccupation, voire une colère, à l'encontre des inégalités sociales. Afin de métaboliser les difficultés que constituent les situations complexes, les sages-femmes indépendantes ont par ailleurs constitué plusieurs outils. Le premier est un cercle qualité (CQ)<sup>226</sup> visant d'une part à répertorier et mieux documenter les situations complexes, ceci pour continuer à informer les partenaires du réseau socio-sanitaire<sup>227</sup>. D'autre part, le CQ vise à rassembler les ressources mises en place par les sages-femmes, afin de mieux les partager au sein du collectif. Une supervision animée par un psychologue membre de l'association *Appartenances* et travaillant régulièrement avec des personnes en situation

---

<sup>226</sup> Le cercle qualité rassemble une dizaine de sages-femmes, dont 7 sages-femmes de l'Arcade, la coordinatrice de l'hôpital, une sage-femme indépendante hors Arcade, suivant également des situations *complexes*, ainsi que moi-même.

<sup>227</sup> Les raisons d'être, ainsi que les activités du CQ ont été présentées sur un poster au congrès Triennal de l'International Council of Midwives, à Prague en 2014 et dans un bref article du journal de la Fédération Suisse des Sages-femmes Borel-Radeff, F., F. Perret and P. Perrenoud (2014). Complexity and Vulnerability in Community Maternity Care: the Aims and Activities of a Quality Circle in Geneva Switzerland. *International Council of Midwives, 30ème Triennal Congress*. Prague, Perrenoud, P. (2015). "Un cercle qualité pour faire face aux difficultés d'accompagnement des familles vulnérables." *Sage-femme Suisse*(10): 38-41..



de vulnérabilité a également été mise en place<sup>228</sup>. L'objectif de ces séances de groupe est de créer d'une part, un espace d'écoute entre sages-femmes et d'aider, d'autre part, les sages-femmes à orienter leurs prises de décision.

La naissance constitue par ailleurs pour les femmes aux prises avec une souffrance sociale, vulnérabilisées selon des logiques diverses, une occasion unique d'être en contact avec le réseau socio-sanitaire. Ces situations constituent un enjeu professionnel crucial, car elles impliquent un danger, parfois immédiat, pour les femmes et les enfants. Au temps du bénévolat, auquel les sages-femmes recourent pour comprendre les détresses des familles, pour chercher un appui dans le réseau et, pour offrir des prestations originales, s'ajoute un temps de la préoccupation. Certaines situations sont si inquiétantes ou si révoltantes, qu'il est difficile pour les praticiennes de ne pas les ressasser une fois rentrée à la maison. Le savoir multisensoriel envahit ainsi la sphère privée et, participe parfois d'un épuisement professionnel. Comme le relève Jean-Claude Metraux, l'activité des professionnel-le-s de la relation touche inmanquablement à leur personne et à leur vie privée (2004).

Ces exemples illustrent la diversité des situations vécues par les familles, ainsi que l'intensité des difficultés que celles-ci rencontrent parfois durant la période de la naissance. La description dense dévoile les détails et l'originalité conséquente de chaque situation (Piette 1996, Bensa 2006), soulignant la variété et la complexité auxquelles les sages-femmes sont confrontées. Chacune des situations les plus aigües n'est pas rencontrée très souvent par les sages-femmes. Par contre, si ces situations sont considérées de manière générique, en tant que situations complexes relevant d'une souffrance sociale, elles forment le quotidien des sages-femmes travaillant dans les quartiers populaires.

---

<sup>228</sup> Je participe à la co-animation de cette supervision, ce qui m'a permis de continuer à entendre les récits des sages-femmes au sujet des situations comportant une souffrance sociale. Tenu à la confidentialité dans ce cadre, je n'utilise pas les situations rapportées par les sages-femmes, mais sais par contre qu'elles continuent à se produire régulièrement.

## Chapitre 7. L'inévitable et ambigüe dimension personnelle des savoirs issus de l'expérience

Au cours des chapitres précédents, j'ai interrogé deux premières dimensions participant de la construction des savoirs expérientiels des sages-femmes indépendantes. La première concerne les savoirs qui font consensus dans la communauté de pratique, prenant la forme de récurrences de représentations et de pratiques des sages-femmes. La seconde dimension est constituée par l'interaction avec la situation concrète des familles, soit le contexte de l'activité, et par la remise en question du rôle professionnel qu'impose cette interaction. Dans ce chapitre, je montre comment chaque sage-femme contribue, à travers sa personnalité et sa trajectoire, à la construction des savoirs qu'elle utilise auprès des familles. Il est donc question de subjectivité et de son intervention dans les soins, mais également de réflexivité et donc de la capacité des sages-femmes à penser le rôle de leur personne dans leur activité. Je discute également dans ce chapitre, à travers plusieurs exemples et en me basant sur le cadre théorique de l'anthropologie des habiletés, comment l'utilisation de l'expérience personnelle est difficilement évitable dans une profession qui investit les méandres de la vie quotidienne.

Concrètement, le recours à l'expérience personnelle et à sa subjectivité, en tant que savoirs sur la naissance et la parentalité, se manifeste selon plusieurs modalités. Ces représentations et pratiques peuvent tout d'abord être, ou non, identifiées par les sages-femmes. Lorsqu'ils sont identifiés, les savoirs issus de l'expérience personnelle peuvent être acceptés en tant que contributions *a priori* pertinentes et, parallèlement, faire l'objet d'un questionnement en regard de leur légitimité dans les interventions auprès des familles. Dans leurs discours sur la pratique et dans leurs contacts avec les parents, les sages-femmes font parfois référence à des normes sociales qu'elles ont intégrées à un niveau personnel, ceci en réalisant ou non le statut idéologique de telles normes. Lorsqu'elles restent impensées, ces normes sont considérées comme des vérités qu'il n'est guère envisageable de questionner, ce que je montrerai plus loin.

Ces différents types de relation aux savoirs personnels peuvent cohabiter chez la même sage-femme, qui saura s'adapter aux parents dans certaines situations, questionnera son intervention dans d'autres, et enfin imposera une norme personnelle sans autre forme de procès dans une troisième situation. Certaines sages-femmes ont une opinion négative de l'utilisation de savoirs liés à leur expérience de vie, particulièrement lorsqu'il s'agit de savoirs issus de leur propre maternité. Paradoxalement, ces praticiennes utilisent elles-aussi des références personnelles qu'elles parviennent par conséquent difficilement à identifier et à interroger.

L'utilisation de savoirs personnels prend donc différentes formes et suscite des débats parmi les sages-femmes.

## **7.1 Entre refus des idéologies et tact à l'égard des pairs : la place controversée des savoirs issus de l'expérience personnelle**

Ce premier sous-chapitre situe le statut des savoirs personnels dans le contexte contemporain de la santé et de la naissance, rappelant pourquoi ces savoirs sont controversés. Il rappelle ensuite comment, dans une perspective de l'anthropologie des habiletés, il n'est guère possible que les professionnel-le-s de la santé s'affranchissent pleinement de leurs savoirs personnels. Cette introduction me semblait nécessaire étant donnée l'histoire de ces savoirs dans le champ de la naissance et surtout de la puériculture.

L'utilisation de savoirs personnels participe plus largement des interventions des professionnel-le-s de la santé dans la vie des acteurs sociaux, interventions qui ont été passablement critiquées dans le champ des sciences sociales (Boltanski 1984, Neyrand 2000). Derrière l'intention du soin et parfois sous son prétexte, se cachent des velléités à peine voilées d'exercer un contrôle social sur les pratiques éducatives des parents (Boltanski 1984, Delaisi de Parseval and Lallemand 1998, Neyrand 2000). Plus spécifiquement, la maternité et les soins à la petite enfance font l'objet de discours véhiculant des normes sociales versatiles et rigides -ceci depuis plusieurs siècles (Boltanski 1984, Delaisi de Parseval and Lallemand 1998). Une importante proportion des représentations véhiculées à propos des soins de puériculture consiste par ailleurs en savoirs vulgarisés ou semi-vulgarisés et non en résultats primaires de recherches (Neyrand 2000, Perrenoud 2003). Les références des professionnel-le-s de la santé consistent ainsi souvent en représentations idéologiques correspondant aux usages de leur segment social, que ces professionnel-le-s imposent aux membres d'autres segments de la population, dont ceux qui sont moins favorisés d'un point de vue socio-économique (Boltanski 1984, Neyrand 2000).

Si le paternalisme a longtemps prévalu dans la médecine et les soins (Delaisi de Parseval and Lallemand 1998, Elger 2010), les notions de choix et de consentement éclairés sont légitimés depuis quelques décennies par les lois définissant la relation entre personnes soignées et professionnel-le-s de la santé. Cette évolution légale s'est également accompagnée d'une évolution de la pensée médicale et soignante, promouvant aujourd'hui une médecine *centrée* sur la personne (Collière 2001, Page and McCandlish 2006, Fraser and Cooper 2009, Shields and Candib 2010). Cette évolution positive n'est cependant pas linéaire en attestent les commentaires de femmes dont les valeurs et

les préférences ne sont pas entendues<sup>229</sup> (Kitzinger 2006). Par ailleurs, la crainte d'une judiciarisation des rapports entre soignants et soignés, semble entraver l'accompagnement des démarches de choix, lequel évolue parfois d'un paternalisme autoritaire à un presque abandon des familles à leurs dilemmes (Burton-Jeangros 2010). Au cours des entretiens formels et informels, les sages-femmes soulignent leur volonté de s'adapter aux besoins et préférences des femmes et des familles. Cette attitude est devenue une norme professionnelle forte, véhiculée pendant la formation et, par conséquent, certaines sages-femmes refusent l'idée de recourir à leur expérience personnelle, ce qu'elles voient comme étant une forme de colonialisme, une incapacité à comprendre l'autre et ses besoins<sup>230</sup>. Cette évolution du rapport à la personne soignée est renforcée dans le contexte contemporain d'émergence de l'EBM<sup>231</sup>, qui valorise les savoirs dits scientifiques au détriment des savoirs expérientiels, et donc, également, des savoirs personnels. L'expérience subjective n'apparaît pas comme un savoir valable, car elle n'est pas produite par une procédure standardisée et quantifiée.

De plus, les réticences des sages-femmes à évoquer leurs savoirs personnels, particulièrement ceux en rapport avec l'expérience de la maternité, ne sont pas seulement d'ordre épistémologique. Certaines sages-femmes ont vécu l'expérience de la maternité alors que d'autres n'ont pas d'enfants, ceci n'étant pas nécessairement choisi. Ces dernières souffrent parfois, parce qu'elles sont chaque jour confrontées à la maternité d'autres femmes. Certaines hésitent à quitter la profession ou choisissent un aspect de celle-ci qui les confronte moins à leur souffrance<sup>232</sup>. Evoqué devant des sages-femmes n'ayant pas d'enfant alors qu'elles le souhaiteraient, la relation à la maternité apparaît doublement douloureuse. Non seulement certaines de ces praticiennes vivent un deuil régulièrement ravivé par l'activité professionnelle, mais leurs compétences seraient mises en doute par leurs collègues qui sont mères. Par conséquent, un accord tacite dans la corporation, une forme de bienséance, veut qu'entre nous nous n'insistions pas sur les éventuels avantages que procure l'expérience personnelle de la maternité. Par ailleurs, il est difficile de discuter de l'intégration de cette expérience en tant que savoir complémentaire, car ce thème est rejeté, parfois avec force, par les sages-femmes qui ne sont pas mères<sup>233</sup>. L'incidence de l'expérience de maternité sur la pratique

---

<sup>229</sup> Par exemple à l'intérieur de groupes fréquentés par des mères sur les réseaux sociaux, tels que Facebook. Je participe à certains de ces groupes en ayant dévoilé mon identité de sage-femme. Pour respecter la confidentialité des partages, je ne donne pas d'exemples concrets.

<sup>230</sup> Dans différentes discussions que j'ai eues avec des chercheurs et chercheuses en sciences sociales, l'expérience de maternité en tant que source de savoir est également vue avec beaucoup de méfiance, car elle est assimilée à une forme de naturalisation des compétences des sages-femmes ou d'autres professionnel-le-s de la santé. Or, si l'expérience de la maternité fait parfois savoir, ce n'est pas parce que les sages-femmes sont des femmes, mais parce qu'elles vivent certaines expériences. Ces savoirs sont donc bien acquis, même si certaines acquisitions ne peuvent être incorporées que par des femmes. Ce chapitre illustre par ailleurs à plusieurs reprises que ce n'est pas l'expérience en tant que telle qui fait savoir, mais bien la manière dont elle est reprise, ou non, par les sages-femmes.

<sup>231</sup> L'utilisation de recherches pour fonder la pratique des sages-femmes francophones est une évolution récente, du moins dans la version structurée qui est promue dans le cadre de l'EBM, d'où le terme d'émergence.

<sup>232</sup> Entretien de recherche formel avec Lucienne et informel avec Line.

<sup>233</sup> Notes auto-ethnographiques.

professionnelle est ainsi généralement discutée lorsque toutes les sages-femmes présentes ont des enfants.

D'un point de vue théorique, selon le cadre de référence holiste de l'anthropologie des habiletés, il est cependant impossible de se détacher complètement de ses expériences personnelles pour comprendre et accompagner d'autres personnes. La perception empathique se constitue par exemple d'une réactivation mnésique d'expériences antérieures incorporées. Les émotions, les sensations et les pensées émergent à partir de notre histoire, et cette spontanéité ne permet guère de trier le genre des expériences convoquées, ou jamais complètement. Notre mémoire intégrant les événements de manière multimodale (Barsalou 2008), fonctionnant largement sur un mode implicite et incorporé (Clark 1998), échappe à notre pleine maîtrise. Les expériences marquantes, positivement ou négativement, sont par ailleurs mieux mémorisées que les autres (Ledoux 2002), et la naissance fait évidemment partie de ces expériences marquantes. Par conséquent, il est somme toute normal que d'un point de vue de la physiologie de la mémoire, particulièrement dans les années suivant une naissance, que des sensations ou des pensées liées à cette expérience, émergent dans le quotidien professionnel. Dans cette logique, il s'agit donc d'interroger les modalités de résurgence de l'expérience personnelle en situation professionnelle et d'estimer selon quelles circonstances ces souvenirs s'invitent dans le soin et avec quelles conséquences. L'expérience personnelle, par son incorporation, par sa dimension sensorielle et émotionnelle, est la plus dense qui soit, constituant de ce fait une somme de savoirs irremplaçables, à condition que ceux-ci ne soient ni généralisés, ni plaqués sur les parents.

La suite de ce chapitre décrit comment les sages-femmes recourent à leurs personnalités et à leurs expériences personnelles pour accompagner les familles et, interroge l'intérêt et les limites de ces savoirs controversés.

## **7.2 Confiance pour confiance : l'irremplaçable expérience multisensorielle de la naissance**

Pour de nombreuses sages-femmes, l'expérience personnelle de la naissance modifie les conceptions antérieures de cet événement, construites à partir de l'expérience professionnelle. Ce vécu et sa corporéité permettent de vérifier, ne serait-ce qu'en partie, la compréhension antérieure de la naissance. Attendre un enfant, donner naissance et devenir mère confronte les praticiennes à ce qu'elles n'avaient pas saisi auparavant, par exemple, l'intensité de certains événements ou les vécus de certaines mères. Vivre la naissance et ses suites permet d'opérer un recadrage et d'améliorer la sensibilité au vécu des femmes, à la condition que les sages-femmes respectent en parallèle

l'expérience, les besoins et les préférences des parents<sup>234</sup>. Ce vécu intense est utilisé selon différentes modalités, devenant outil de dépistage, référence pour affiner la compréhension ou la motivation à investir certains thèmes professionnels.

L'expérience personnelle est une information globale, vécue par le corps et l'ensemble des sens.

D'avoir allaité mes enfants, longtemps, ben ça m'a donné une confiance de base, je sais que c'est possible d'allaiter, qu'un enfant peut grandir pendant ses premiers mois juste avec du lait de sa mère. Cela m'aide à être calme dans mes suivis d'allaitement. (Entretien enregistré, Anne<sup>235</sup>)

Cette affirmation peut paraître banale, mais dans la conjoncture actuelle, empreinte de culture du risque et versée dans l'Adieu au corps (Le Breton 1999), de nombreux professionnel-le-s se méfient de l'allaitement en tant que source d'alimentation fiable et fonctionnelle<sup>236</sup>. La culture du risque est ici contrecarrée par les souvenirs positifs incorporés. Cette confiance n'empêche par ailleurs pas Anne d'être à l'écoute des femmes. Vanessa a vécu plusieurs allaitements épanouissants qui ont augmenté sa confiance dans les capacités des corps des femmes, et ont renforcé son appréhension positive de cette relation avec le bébé. Cette sage-femme comprend cependant que des femmes ne souhaitent pas allaiter, ou soient dérangées par cette expérience. Elle évoque l'accompagnement d'un sevrage effectué avec empathie et sans provoquer de culpabilité, à son retour de congé maternité, alors qu'elle allaitait encore son enfant âgé d'une année. L'expérience personnelle informe la pratique, sans nécessairement faire obstacle à la personnalisation des soins.

Plusieurs sages-femmes rencontrées s'intéressent particulièrement aux thématiques qui les ont marquées durant leur propre maternité. Avoir souffert d'anxiété ou de dépression durant la période post-natale laisse des marques. Aussi, Evelyne, Camille, ou Vanessa sont spécialement touchées par les femmes se trouvant dans ces situations et leur accordent une attention particulière. L'expérience de la dépression et de l'anxiété fournit des informations qui sont par ailleurs revues au contact des familles et des collègues. Dans ce processus interactif au long court, ces sages-femmes affinent leur compréhension du phénomène de l'anxiété et de la dépression tant pour améliorer leur accompagnement que pour continuer à comprendre leur propre histoire. Dans ces situations, le travail devient l'occasion d'un processus herméneutique :

Tu restes pas forcément coincée là, ça passe. Tu peux en sortir. Mais je crois que personne sait que ça va s'arrêter, c'est pas tout le temps. Je crois qu'aucune femme qui vient d'accoucher n'a l'idée que ça va s'arrêter un jour, que ces 3 mois, mon Dieu mais ces 3 mois c'est une catastrophe, ces 3 mois, c'est dur. C'est vraiment une traversée du désert. J'ai écrit un texte là-dessus. Je me disais c'est comme si

---

<sup>234</sup> Notes auto-ethnographiques et de terrain.

<sup>235</sup> Anne est un pseudonyme que j'utilise en tant que « Joker » pour éviter que des recoupements puissent être faits, permettant alors d'identifier certaines sages-femmes. Il désigne plusieurs sages-femmes.

<sup>236</sup> Notes de terrain.

on est sur la rive et ces femmes sont sur une étendue d'eau immense sur une petite barque. Et elles se disent, qu'elles vont jamais y arriver. Toi t'es sur la berge et puis tu gueules qu'elle se rapproche. Allez, allez, ça va. Oui c'est vraiment dur. (Entretien enregistré, Camille)

Camille décrit l'impression d'éternité que donne l'anxiété postpartum. L'emphase et la répétition montrent l'intensité de son expérience. Les changements de pronom montrent que cette sage-femme parle non seulement d'elle, mais également de femmes rencontrées durant sa pratique. L'échange a lieu suite à une visite à domicile chez une femme ressentant beaucoup d'anxiété et souffrant d'un vécu difficile de son accouchement. Dans un deuxième exemple, Camille évoque les comportements de certaines femmes vivant difficilement la période postnatale, souligne plusieurs comportements qu'elle assimile à des erreurs, qu'elle a elle-même faites :

C'est souvent les femmes qui ont pas compris qu'il fallait qu'elles changent quelque chose. J'utilise beaucoup la métaphore du train. Je dis pendant un moment vous descendez du train et vous restez sur le quai de la gare. Le train continue à passer et vous allez remonter dedans et les gens ne se rendront même pas compte que vous étiez descendue. Mais il vaut vraiment mieux descendre. Moi j'ai pas fait ça. Après mes enfants, j'ai voulu vivre comme d'habitude. C'était une folie. Après coup je l'ai fait, mais je me serais économisé beaucoup de souffrance, de fatigue si j'avais d'emblée ralenti le rythme. C'est après coup quand tu réalises ces trucs-là, tu te dis mais bon Dieu, c'est pas possible. (Entretien enregistré, Camille)

Vanessa a vécu plusieurs années dans une relation où elle a subi de la violence conjugale. Elle remarque que dans certaines familles, elle ressent une forme de crainte, qui lui rappelle, à une moindre échelle, ce qu'elle a vécu. Elle ne sait pas toujours si sa peur est justifiée, dans le sens qu'elle ne peut pas toujours vérifier si la femme subit de la violence. A quelques reprises, son intuition, puisque c'est de cela dont il s'agit, a été confirmée par les événements. Son émotion réactivée la dérange, car elle interfère, à ses yeux, dans le contact avec les familles. Elle se sent en partie impuissante face à ces réactivations émotionnelles, qui font partie d'elle. Anne, une autre sage-femme ayant vécu de la violence conjugale, n'observe pas d'activation émotionnelle au cours des visites à domicile<sup>237</sup>. Le passé s'invite dans les situations au gré des trajectoires et ne suit pas de logique prévisible. Les émotions ne sont pas des mécaniques.

L'allaitement maternel, soutenu par l'OMS et l'UNICEF, est promu par de nombreuses sages-femmes et est considéré comme l'aliment *normal*<sup>238</sup> du nouveau-né et du nourrisson (Inch 2014). En raison de leur enthousiasme envers l'allaitement, et de leur respect un peu strict des recommandations internationales, certaines sages-femmes n'entendent parfois pas le souhait des femmes désirant interrompre cette expérience :

---

<sup>237</sup> Présente au moment où Carine parle de son expérience, Gisèle décrit alors la sienne.

<sup>238</sup> Terme sciemment utilisé par Jeanne.

Dans une réunion entre plusieurs praticiennes, Maude raconte, désolée, qu'elle vient d'apprendre que l'une des femmes qu'elle suivait à attendre la fin des visites pour effectuer un sevrage. Maude souligne que cette femme ne s'était pas sentie en confiance pour arrêter alors qu'elle voyait encore sa sage-femme, favorable à l'allaitement. Maude réalise qu'elle n'a proposé que des moyens pour surmonter les difficultés d'allaitement et qu'elle n'a pas évoqué la possibilité de sevrer l'enfant. Elle ponctue son partage par une grimace triste. (Observation d'une conversation avec Maude)

D'autres praticiennes se positionnent en tant qu'avocates des femmes qui veulent sevrer leur enfant et évoquent leur mauvais vécu de l'allaitement pour renforcer leur argument. Les émotions fortes accompagnant ce type de vécu donne du corps à leur discours. D'autres encore, se sentant féministes dans l'âme, ne supporteraient pas qu'une pratique ou une autre leur soit imposée. Jasmine prend ainsi fait et cause pour les femmes ayant des souhaits en rupture avec les recommandations courantes des sages-femmes.

Dans sa voiture, en route pour une consultation, Anita souligne que l'allaitement n'a pas été une étape décisive dans la relation à ses enfants, vite sevrés. L'amour connaît d'autres voies dit-elle encore. (Entretien non enregistré, Anita)

Par ailleurs, les orientations professionnelles précises des sages-femmes, et les lieux de leur implication, sont souvent en lien avec leurs parcours personnels. Une sage-femme ayant vécu plusieurs césariennes investit par exemple beaucoup de temps bénévolement pour animer un blog destiné aux femmes ayant eu une césarienne. Par sa démarche, elle souhaite offrir un soutien qu'elle-même n'avait pas reçu. L'expérience personnelle sert ainsi parfois à identifier des lacunes dans l'offre en soins proposée aux femmes et aux familles. De la même manière, les sages-femmes qui s'engagent en faveur de l'accouchement extrahospitalier ont généralement elles-mêmes accouché à la maison, ou en maison de naissance.

L'écoute des récits des sages-femmes dévoile les multiples occasions d'intégrer l'expérience personnelle de la naissance à la construction des savoirs et du rôle professionnels. Les sous-chapitres suivants décrivent et interrogent plus précisément l'utilisation de savoirs personnels par les sages-femmes. Le premier décrit comment d'une part les sages-femmes entrent en relation avec la fratrie du nouveau-né, intervenant parfois à partir de leur expérience de parent, et comment d'autre part, elles questionnent la légitimité de ces interventions. Le deuxième questionne les interventions des sages-femmes en regard de l'organisation de la période postnatale et du rôle des pères, mettant en lumière comment ces praticiennes agissent parfois leurs propres normes sociales. Le troisième sous-chapitre interroge les représentations et les pratiques d'un segment des sages-femmes indépendantes refusant le recours aux expériences personnelles dans le soin. Il montre combien le souhait de *centration* sur l'autre est habité de normes sociales et combien il relève de la conception contemporaine de l'individualité. Enfin, le dernier sous-chapitre aborde la relation aux animaux familiers laquelle s'invite régulièrement dans le quotidien des sages-femmes et illustre



particulièrement bien l'inamovibilité de certaines représentations personnelles. La complexité de la relation des sages-femmes à leurs savoirs personnels ressort de cette analyse, oscillant entre lucidité, déni et, parfois aussi, impuissance. Les situations évoquées continuent par ailleurs d'illustrer la diversité des situations rencontrées au domicile des familles.

### **7.3 L'éducation des enfants, cheminements entre altérités et limites du rôle professionnel**

En rencontrant les familles à leur domicile, les sages-femmes indépendantes rencontrent fréquemment les frères et les sœurs aînés du nouveau-né, surtout lorsqu'ils ne sont pas encore scolarisés. Les praticiennes sont alors témoins de différentes scènes impliquant l'éducation de ces enfants et leur quotidien. La rencontre avec les aînés, fréquemment des enfants de moins de quatre ans, permet souvent un contact touchant ou amusant auquel les sages-femmes prennent plaisir. Parfois cependant, les sages-femmes sont interpellées par certains comportements des parents et interviennent par un commentaire ou une proposition. Ces interventions, qui sont perçues comme étant aux limites du rôle professionnel, sont questionnées régulièrement par les praticiennes.

La rencontre avec la fratrie du nouveau-né est souvent investie par les sages-femmes. Dans leurs récits, elles remarquent que les femmes se font souvent du souci pour la réaction de l'enfant aîné et réagissent parfois à partir de leur propre expérience familiale:

Ce que je rencontre assez fréquemment dans les familles, s'il y a un autre enfant, c'est des discussions sur la place du grand, la jalousie, la culpabilité des mères qui ont abandonné le grand quelques jours. Elles arrivent à la maison et les mamans se sentent coupables de trahison vis-à-vis de l'aîné ! Elles l'expriment de différente manière, ça peut être de laisser tout faire au grand, il peut hurler, il peut taper des pieds, il peut tout démonter et elles arrivent même plus à lui mettre la limite, parce qu'elles l'ont abandonné ! Ce qui me frappe aussi assez souvent, est qu'elles demandent au père de tout faire pour le grand, ce qui coupe la famille en deux. Le père avec le grand et elle avec le bébé. Souvent elles verbalisent ça, disent c'est mieux pour le grand, parce que je m'occupe pas de lui donc, il croit que je l'aime plus. Mais c'est pas vrai que je l'aime plus, mais je peux plus m'occuper de lui. Du coup, tu retrouves deux groupes. Les femmes verbalisent ça en disant que c'est pas juste, l'aîné a rien demandé, il a pas choisi. Moi, forcément avec ma smala, je leur dis, mais non, c'est extraordinaire, de nouveau à positiver, à essayer de leur montrer qu'est-ce qui est bien et de reconnaître que c'est normal que ce soit pas facile. Que c'est plutôt sain un enfant qui manifeste. Qu'est-ce que c'est cet intrus qui prend toute la place ? (Entretien enregistré, Delphine)

Isabelle évoque également ce type de difficultés et ses expressions :

Les parents nous en parlent facilement, à nous qui allons chez eux. Par exemple, ils me disent l'aîné regarde pas la petite, il veut la taper et puis ça les questionne. Alors souvent évidemment ça passe et d'autres chez qui ça ne passe pas. Au bout des 10 jours, 15 jours et c'est toujours pareil. C'est pas inquiétant, mais c'est un souci forcément pour la maman. Pourtant j'ai essayé de lui dire que c'est passager. « Essayez de faire des choses avec votre enfant que vous faisiez avant ou faites-lui amener le Pampers ou le petit body ou le petit pyjama. Parfois ça marche pas, donc la maman est inquiète par rapport à ça. Il faut peut-être l'aider, l'aîné est vraiment en souffrance et peut-être qu'il a besoin d'avoir des petites aides. Je dis pas d'aller chez le psy avec le plus grand, mais juste des petites astuces

pour que les choses se passent mieux. D'avoir juste quelqu'un avec qui elle peut en parler. (Entretien enregistré, Isabelle)

Aussi, par respect pour la personne de l'enfant, pour peut-être éviter de susciter de la jalousie ou par simple plaisir à la rencontre, beaucoup de sages-femmes prennent un peu de temps durant la consultation pour parler avec les aînés :

Delphine salue Evgueni par son prénom, en lui souriant, et prend la pelle mécanique jaune que l'enfant de deux ans lui tend. Elle la tourne dans ses mains, dit qu'elle est belle, puis la rend au petit garçon tout en continuant de discuter avec lui. (Observation à domicile, Delphine)

Les praticiennes incluent souvent les aînés dans les soins, et font des commentaires positifs, de valorisation, à propos de ses initiatives, évoquant les propos et attitudes déjà décrits. Les sages-femmes disent par exemple que le bébé est content du baiser donné par la grande sœur, ou du dessin ; elles soulignent la chance du bébé d'avoir un grand frère ou une grande sœur. Jeanne regarde amusée et attendrie le bal d'un enfant qui n'a que 2 ans et qui court amener le Pampers sale à la poubelle et, toujours aussi empressé, en ramène un exemplaire propre à sa maman en train de changer le bébé. Ces différents échanges, et les énoncés valorisants qui en découlent, font partie du quotidien et ne posent guère question aux sages-femmes, -même si ce sont bel et bien des interventions promouvant des normes sociales. En effet, les sages-femmes expriment des opinions, valident ce que fait l'enfant et utilisent une technique de renforcement positif. En d'autres termes, sans forcément le réaliser, ni réellement le vouloir, car ce qu'elles souhaitent avant tout c'est faire plaisir à l'aîné, elles se posent en exemples devant les parents.

Dans d'autres situations identifiées comme plus problématiques, les sages-femmes réalisent qu'elles interviennent, parce qu'elles corrigent un comportement problématique à leurs yeux. Ces sages-femmes questionnent alors la légitimité de leurs interventions, car celles-ci se situent en marge de leur rôle professionnel propre, lequel concerne la période de la naissance. Ces sages-femmes réalisent qu'elles ne sont ni éducatrices de la petite enfance, ni psychologues. Les programmes de formation des sages-femmes comportent bien des cours sur le développement de l'enfant, mais ceux-ci sont en modeste proportion en regard de l'ensemble de la formation. Certaines formations continues existent également, mais sont chères et gourmandes en temps et, donc, difficiles d'accès pour les sages-femmes. Ce sont donc les expériences professionnelles construites au fil du temps, et les expériences personnelles en tant que parent ayant éduqué des enfants, ou en tant qu'adulte ayant gardé des enfants de son entourage, qui forment les savoirs en usage dans les interactions impliquant les enfants aînés des familles.

Les interventions du réseau interdisciplinaire se font par ailleurs sur la base de problèmes avérés, car ces interventions constituent un degré d'intrusion supplémentaire pour les familles. C'est pourquoi,

sauf en cas d'urgence, les sages-femmes prennent du temps avant de proposer une intervention supplémentaire aux familles. Le recours à certains membres du réseau, notamment le service de protection maternelle et infantile (SPMI), implique une culpabilisation presque inévitable des parents, remettant en cause leurs compétences, et ne sera par conséquent enclenché qu'en cas d'inquiétude substantielle de la sage-femme. Par ailleurs, les services psychopédagogiques destinés aux enfants aînés sont souvent surchargés et difficiles à obtenir en temps réel. Lorsqu'elles se présentent à domicile, les sages-femmes sont par ailleurs confrontées aux familles dans leur globalité, les situations ne se présentant pas en petites « tranches » sélectionnées pour chaque type de professionnel. Les situations se vivant dans une fluidité interactionnelle, chaque intervention ne peut pas être mûrement réfléchie et argumentée avant d'être accomplie. Ces praticiennes sont donc souvent amenées à intervenir en regard de la relation aux autres enfants des familles. Et c'est souvent a posteriori, au cours de discussions, que ces praticiennes analysent et questionnent leurs attitudes, interrogeant la légitimité des interventions impliquant l'éducation des enfants.

Justine et Camille remarquent que les actions parentales envers les enfants heurtent parfois leurs valeurs. Justine a de la difficulté à comprendre comment les parents peuvent être durs envers leurs enfants et mentionne les contacts avec quelques parents africains pour illustrer cette dureté. Camille supporte mal que des enfants soient privés de stimulations et d'opportunités d'apprentissage et pressent parfois les prémises de difficultés scolaires ultérieures, ainsi que le début de la reproduction sociale. Lorsque Camille voit un enfant prendre son petit déjeuner avec un soda et des chips devant la télévision, elle est choquée et mal à l'aise. Elle se fait du souci pour l'enfant, sa dentition, sa santé physique et le développement de sa cognition. Alors, que doit-elle faire ? Se taire et rester sagement dans les limites de sa fonction ? Ne pas imposer ses valeurs de femme intellectuelle de classe moyenne ? Adopter un relativisme culturel faisant que tout ou presque devient acceptable ? Ou écouter son cœur et sa raison, et laisser son rôle se déployer dans les opportunités qui lui sont offertes ? Camille intervient à partir de ses connaissances en santé publique et de sa sensibilité conséquente aux inégalités sociales de santé. Elle sait cependant que son intervention s'ancre également dans son expérience de mère, et repose sur ses normes d'éducation : chez elle, les sodas sont bannis. Camille questionne de ce fait continuellement la légitimité de son intervention, craignant d'être intrusive. Elle propose néanmoins des interventions ayant les aînés pour « cible », questionne et négocie certaines attitudes parentales, ou accompagne parfois un enfant jusqu'à la bibliothèque voisine avec l'accord de ses parents.

Au cours d'un entretien formel, Justine raconte comment elle a influencé l'intégration d'un enfant aux soins de son frère nouveau-né, posant son mode relationnel en exemple:

Parfois, s'il y a un aîné, je dis aux mamans : « Laissez-le toucher le bébé, donnez-lui une petite mission, aller chercher un Pampers. Pour lui c'est important d'être valorisé, d'être inclus et d'être le grand. Dites-lui de le caresser, montrez-lui. ». Ça leur vient pas à l'esprit. Le grand peut pas toucher le bébé ou toucher ses affaires. Dernièrement j'ai vu une dame avec une fille de 5 ans. Au début des visites, elle repoussait sa fille, lui donnait de petites tapes quand elle s'approchait du bébé ou qu'elle venait voir le bain. Un comportement curieux mais normal et chou d'une petite fille qui vient voir son petit frère. La maman l'intégrait pas dans les soins, dans la vie de famille, dans l'accueil du bébé. J'ai remarqué ça et j'ai pris la petite et l'ai intégrée au bain. J'ai dit à la maman « vous voyez, vous devez lui expliquer et lui faire confiance, la laisser toucher le bébé ». J'ai pris la main de la petite, je lui ai montré qu'on pouvait caresser le bébé, qu'il aimait bien ça. Qu'elle c'était la grande, qu'elle avait de la chance et qu'elle pouvait aider sa maman. La maman m'a dit : « Vous lui parlez comme ça ? » et j'ai dit « Mais oui, elle est assez grande ». Le surlendemain, j'y suis allée et la maman m'a dit : « Hier j'ai donné le bain avec Lou et je lui ai laissé faire des choses ». J'ai trouvé tellement chou. Je me suis dit cette dame avait juste besoin qu'on lui montre une fois. Ça m'a touchée vraiment. La maman était contente. Je croyais qu'elle m'écoutait pas, mais en fait oui. Tu oses pas trop te mêler de l'éducation de l'autre, t'es pas là pour ça, mais des fois ça vaut la peine. En fait t'es là pour ça. (Entretien enregistré, Justine)

Dans cette intervention, les jugements de Justine, qui s'étonne de rencontrer certaines représentations et pratiques d'éducation différentes de la sienne, sont perceptibles. Justine admet dans l'absolu que différentes conceptions de l'éducation cohabitent. Par contre, elle ne conçoit pas qu'un petit enfant puisse être tenu à l'écart par des tapes sur les mains. Dans la situation, elle impose dans le flux de l'action sa manière d'intégrer les aînés au bain du bébé. Au cours de l'entretien, elle questionne son attitude et la légitimité de se poser en exemple, contredisant ainsi les représentations de la mère. Justine est une sage-femme avec qui j'ai eu de nombreux contacts durant l'enquête de terrain, ce qui me permet de relier son attitude professionnelle à sa personnalité, montrant ainsi comment la subjectivité des praticiennes participe de leur accompagnement. Justine est une femme douce, relativement discrète de prime abord. Elle ne fait pas partie des personnes extraverties reflétant les stéréotypes véhiculés sur les sages-femmes. Justine est tendre aussi bien envers les enfants que les animaux, ce qu'elle a montré à chacune de nos rencontres. Justine utilise un mamanais prononcé et très doux, sa voix change beaucoup selon qu'elle s'adresse à un adulte ou à un enfant.

J'avais rendez-vous chez Justine pour aller faire quelques visites à domicile. Avant de quitter son appartement, cette sage-femme rappelle son chat pour le faire rentrer, dans un mamanais tendre et musical. Plus tard dans la matinée, alors qu'elle m'avait entraînée dans une pause « courses » dans un grand magasin, j'ai surpris Justine dans un rayon hésitant entre deux paquets de noisettes, destinées à l'écureuil de son quartier. (Observation autour des visites à domicile, Justine)

Justine prend parti pour les petits, s'attendrit facilement en leur présence et c'est ce qui l'a poussée à intégrer Lou au bain, malgré les réticences de la mère. Son amour des « petits » l'a fait agir sans préméditation, dans une convocation agie de son expérience de mère et de femme. Justine est généralement calme. Cependant, exceptionnellement, cette sage-femme se fâche lorsqu'elle est

confrontée à des discours autoritaires ou à des prétentions « d'omniscience » venant de collègues qui tentent d'imposer leurs représentations de la profession. Justine ne supporte pas que d'autres s'immiscent dans sa vie sans son accord. Cette aversion-là, « viscérale », la fait interroger la légitimité de son action éducative. N'a-t-elle pas été intrusive et, joué ce rôle qu'elle déteste subir dans sa propre vie ? Dans cette situation, la personnalité est doublement intégrée à la pratique professionnelle et permet d'éviter aussi bien le recours à un relativisme désincarné qu'une forme de contrôle social décomplexé.

Les situations appelant des actions éducatives des sages-femmes sont également sources de préoccupations. Parfois, les praticiennes aimeraient introduire un autre intervenant, *a priori* mieux formé qu'elles, comme je l'ai déjà relevé. Les familles ne sont cependant pas toujours d'accord d'accueillir un membre supplémentaire du réseau, inconnu, et qui peut être perçu comme une intrusion supplémentaire. D'autres fois, les difficultés rencontrées ne sont pas suffisamment aiguës pour qu'une sage-femme ait la certitude de devoir proposer un intervenant supplémentaire. Dans ces situations limites, les praticiennes temporisent et questionnent leur suivi, leurs attitudes personnelles prenant alors toute leur importance. Voici l'exemple raconté par Emma durant un entretien informel suivant l'observation d'une consultation :

Emma est préoccupée par la situation d'une mère de deux enfants qu'elle suit à domicile durant la période post-natale. Selon Emma, Catherine a de la difficulté à identifier ses besoins à temps, a des hauts et des bas, passant d'un optimisme exacerbé à un besoin d'aide urgent. L'allaitement qui semblait faire l'objet d'un immense investissement a ainsi été interrompu abruptement. Emma s'inquiète au sujet de la relation que cette mère entretient avec son premier enfant. A ses yeux, Catherine est impatiente et a des attentes trop élevées, qui ne sont pas en relation avec l'âge de son enfant. Souvent, dépassée par sa solitude, elle crie et se pose en victime de sa situation devant son aîné. Emma lui a proposé de consulter un psychothérapeute ou le service de guidance infantile, ce que Catherine a refusé. Sans danger immédiat, Emma n'a pas d'indication à enclencher une clause péril. A long terme, le climat familial serait néfaste pour les enfants, d'où l'importance, selon Emma, que Catherine prenne conscience de ses réactions et tente de les moduler. A quelques reprises, les réactions de Catherine avec son aîné ont fait réagir Emma « du tac au tac ». Habituellement timide, cette sage-femme a été suffisamment interpellée pour que sa gêne à confronter autrui ne l'inhibe pas. Sa réaction spontanée et directe avait fait se raidir Catherine. Emma avance donc « sur des œufs ». Malgré le climat délicat et les confrontations, Catherine demande et accepte les visites d'Emma, soulignant ainsi leur utilité. Durant l'entretien informel, Emma entre dans un jeu de rôle et se met à parler comme si Catherine était là « Tu sais Catherine, quand je te vois avec Jonathan je me fais un peu de souci. Je vois que c'est difficile pour toi en ce moment, tu es fatiguée et tu ne te sens pas très bien. Mais Catherine, ce n'est pas de sa faute et je trouve que ce n'est pas très juste que tu t'en prennes à lui ainsi. » Emma donne un autre exemple de confrontation « Mais tu vois, ce qu'il a fait là, ce n'est pas grave, à son âge c'est normal. A 2 ans les enfants font un peu de bruit et de désordre, ils ne rangent pas leurs affaires avec soin. ». La situation préoccupe Emma qui navigue dans une zone d'incertitude, n'étant pas certaine de bien faire. Elle dit que c'est « pompant ». Les dix premiers jours postnataux étant dépassés, Emma et Catherine n'ont plus de rendez-vous prévu. Si la jeune femme ne la rappelle pas, Emma la relancera d'ici quelques jours par un « petit coup de fil » pour prendre de ses

nouvelles. Elle aimerait lui laisser l'initiative, mais si elle ne la prend pas dans un certain laps de temps, elle se permettra de la joindre. Emma aimerait informer le pédiatre de ses observations et inquiétudes, mais elle veut d'abord demander l'accord de Catherine. Emma flirte avec les limites de son rôle, tentant de s'adapter aux possibilités et aux préférences d'une femme en difficulté. (Entretien non enregistré, Emma)

Les interventions des sages-femmes en regard de l'éducation des enfants, montrent comment ces praticiennes recourent à leurs normes personnelles et sociales dans l'exercice de leur rôle, tout en questionnant la légitimité de leur intervention, lorsque celle-ci s'éloigne du cœur du champ professionnel. En ce sens, Camille, Justine, et Emma réalisent qu'elles agissent à partir de leur conception de l'éducation des enfants. Ces praticiennes sont prises dans une relation de double contrainte, car aucun choix n'est parfait, ni le positionnement relativiste, ni l'intrusion idéologique. Cette dernière est cependant difficile à éviter, car elle émerge de proche en proche dans la pratique, et ne se prémédite guère. Ces sages-femmes évaluent leurs actions en étant attentive aux réactions des parents, et en considérant les rôles sociaux valorisés de ces derniers (Wolfensberger 1997), questionnant si leurs attitudes respectent les prérogatives et les rôles habituellement joués par des parents. Lorsque ces sages-femmes ne respectent pas les rôles socialement valorisés, elles évaluent si la situation le demande réellement et si, par conséquent, leur attitude semble légitime. Cette analyse n'est évidemment pas toujours réalisée ou aboutie, ce que j'illustre au sous-chapitre suivant à partir d'interventions des sages-femmes concernant le rôle joué par les pères.

Lors de situations délicates et, en dehors d'urgences avérées, identifier une entrée thérapeutique adéquate, ou au minimum acceptable, prend du temps, et demande un cheminement impliquant parfois inquiétude et culpabilité pour la sage-femme. Le dialogue entamé, l'adaptation à l'autre, à ses demandes, à ses ressources, mais également à ses limites, demande réflexivité et engagement. La subtilité des interventions procède d'une logique du Care, comprenant un vrai contact entre les protagonistes, et relevant d'un processus interactif de proche en proche (Mol 2008). Devant les situations familiales complexes, et pour échapper à un relativisme dont les enfants feraient les frais, ces sages-femmes utilisent leurs propres valeurs en tant que repères. Les propos d'Emma, directs mais néanmoins subtils, au fait de la souffrance sociale de Catherine, permettent de maintenir un dialogue. La forme précise du discours et des attitudes, leur micro-contenu, dépasse ce qui peut s'apprendre en formation, relevant d'un syncrétisme entre trajectoire personnelle et professionnelle.

C'est à ce niveau microsocial, au mot par mot, au ton de la voix, aux gestes du corps, que se jouent l'accompagnement des sages-femmes et son éventuel intérêt pour les familles. Les interventions de praticiennes singulières, avec leur personnalité et leurs valeurs, semblent porter leurs fruits lorsque ces sages-femmes restent attentives aux réactions qu'elles suscitent. Parfois, il en va évidemment

autrement, et le contrôle social exercé à l'intérieur des familles devient difficile à accepter, ce que montre le sous-chapitre suivant.

#### **7.4 La fatigue, la poussière, les pères et le féminisme des sages-femmes**

L'activité à domicile permet parfois aux sages-femmes de rencontrer les pères et les couples plus longuement qu'en milieu hospitalier. Les praticiennes se sentent alors privilégiées de partager des moments touchants de la vie des familles, qu'elles cherchent à respecter à travers leur ethos de la moindre empreinte. Il arrive cependant souvent que le père du nouveau-né travaille lorsque la sage-femme effectue les visites et donc que la praticienne ne le rencontre pas. Celle-ci construit alors son impression de la participation des pères à l'accueil de l'enfant et aux tâches ménagères à travers les paroles de leurs compagnes. Parfois, la rencontre avec les pères ou, l'appréciation de leur attitude auprès de leur femme, suscite des tensions entre un couple et une praticienne. C'est notamment le cas, lorsque les pères, ou des membres de la famille élargie, n'agissent pas selon certaines normes adoptées par les sages-femmes. Ce sous-chapitre montre comment ces normes, à la fois sociales et personnelles, et qui concernent les relations de genre dans le couple, interviennent en tant que savoirs en pratique et, interfèrent avec les objectifs de personnalisation de l'accompagnement des sages-femmes.

Au chapitre 6, en décrivant le contexte de l'activité des sages-femmes indépendantes, j'ai montré comment les relations avec le père de l'enfant intervenaient dans le suivi post-partum lorsqu'elles étaient « compliquées ». Les situations de violence conjugale ou de désengagement paternel confrontent les normes sociales des sages-femmes, compliquant l'accompagnement. La confrontation à ces situations contribue à ce que certaines sages-femmes cachent leurs sentiments aux pères jugés dangereux ou inconséquents, afin de ne pas nuire aux femmes et aux nouveau-nés. Les jugements de valeur des sages-femmes participent alors de leur engagement et sous-tendent leurs devoirs. Les situations de violence, illégales, ne peuvent pas faire l'objet d'une considération relativiste et nécessitent des actions concrètes, allant jusqu'à des dénonciations. Les tensions concernant les pères ou la répartition genrée des rôles au sein des familles ne sont cependant pas toujours aussi dramatiques. Souvent, elles impliquent une utilisation des normes personnelles et sociales des sages-femmes dans leur pratique, normes qui font alors savoir et sont imposées aux familles.

Avant d'interroger différentes interventions des sages-femmes en regard de l'intervention des pères dans la période postnatale, j'aimerais relever que souvent dans leurs discours et leurs pratiques, ces praticiennes ont une volonté de s'adapter aux multiples visages de l'engagement paternel:

Je leur laisse le choix de ce qu'ils veulent faire, d'être acteurs pendant l'accouchement. Surtout, que le papa ait vraiment sa place. S'il veut pas être là, il sera pas là, s'il veut être là, il est là. Il peut sortir, il peut rentrer. Je leur dis tout le temps que leur assurance maladie elle leur loue une salle d'accouchement avec des gens à leur disposition, mais c'est eux qui accouchent. C'est pas parce qu'on dit il faut mettre cette petite chemisette et se coucher sur ce lit qu'il faut absolument le faire. Je veux vraiment qu'ils aient entendu ça. Et souvent ils osent pas, parce que le pouvoir de la blouse blanche ça t'infantilise en fait, et je trouve ça super dommage (Entretien enregistré, Caroline).

Caroline est également sensible à l'expérience que font les pères, par exemple dans certains moments difficiles qui peuvent survenir au cours de la naissance :

Le père qui attend quand la maman est dans la salle de césarienne, c'est le moment le pire pour le papa. Même si tu lui demandes 3 fois comment ça va, il te dira oui ça va, et puis en fait après il te dira que c'était trop dur d'attendre. Et d'avoir entendu tout ça, tu te dis ben évidemment que ça lui fait peur, si t'étais à sa place, tu aurais pas peur ? Enfin, juste se mettre à leur place. C'est ça que les soignants font pas à mon avis. Les papas se sentent exclus, ils disent surtout qu'aux urgences ou aux consultations, ils sont inexistantes. Il me dit : « cette fois on m'a parlé, c'est la première fois depuis 5 consultations qu'on m'a parlé ». Mais c'est pas possible d'entendre ça et c'est ce que j'entends moi à la maison (Entretien enregistré, Caroline).

Au cours des visites à domicile, les praticiennes s'accommodent généralement d'être soit seules avec les mères, soit en présence des deux parents. Elles débutent la visite en entrant simplement dans ce que les parents proposent par les faits:

La visite postnatale d'Annie se passe dans la chambre de son enfant. Anita sa sage-femme est assise sur le sol, attentive. Après quelques minutes de conversation, Luc le mari que l'on entend activement aller et venir dans la maison, passe la tête par la porte, nous dit bonjour et repart. Annie et Anita s'interrompent brièvement, puis reprennent leur conversation. En fin de consultation, Anita propose à Annie de continuer d'allaiter tranquillement dans la petite chambre et dit en plaisantant qu'elle retrouvera son chemin seule. Luc vient dire au revoir à la porte d'entrée et vérifie brièvement avec la sage-femme que tout va bien pour sa femme et son fils. (Observation à domicile, Anita).

Boris vient saluer Delphine à la porte, en même temps que sa femme. Il sert la main de Delphine, sourit, puis dit qu'il va nous laisser tranquilles. Il sort dans une autre pièce, revient pour la pesée et pour dire au revoir (Observation à domicile, Delphine).

Tahar ne parle pas français. Il vient saluer Mylène en souriant, puis semble s'échapper dans l'appartement, n'ayant pas l'air de vouloir assister à la visite de la sage-femme. Après quelques minutes, il apporte du thé puis s'en va, ne revenant que pour saluer Mylène en fin de consultation (Observation à domicile, Mylène).

Reda et Aïsha sont originaires du Maroc et sont arrivés depuis peu en Suisse. L'air timides, souriants, concentrés sur les paroles de Lucie, ils assistent tous les deux à la consultation, assis côte à côte sur le canapé en face de Lucie (Observation domicile, Lucie).

Les sages-femmes réalisent que les pères subissent des injonctions sociales, venant de professionnelles et parfois de leur entourage, leur intimant d'être présents au cours de la naissance et de ses suites. Selon la trajectoire des pères, cette pression sociale peut être plus ou moins adaptée, contredisant parfois leurs représentations et leurs intentions. Par ailleurs, bien qu'ayant développé une sensibilité aux besoins des pères, les sages-femmes considèrent généralement que leurs interlocuteurs privilégiés sont la femme et l'enfant. La majorité des sages-femmes rencontrées est



sensible aux questions de genre et se dit volontiers féministe, ce qui équivaut dans leur perspective, à se positionner en avocate<sup>239</sup> des femmes. Au nom de ce féminisme et de son acception locale et corporatiste, certaines sages-femmes proposent des ajustements au fonctionnement conjugal, dans l'objectif de servir les femmes. S'adapter aux pères, norme professionnelle aujourd'hui revendiquée, est ainsi plus aisé lorsque ces pères adoptent des pratiques proches des normes socioculturelles des sages-femmes.

Plusieurs sages-femmes disent ouvertement qu'elles se permettent de faire des recadrages touchant à la vie des couples et à l'intervention des pères. Les praticiennes les plus directes sont proches de l'âge de la retraite et semblent se permettre certaines incartades en raison de leur âge, comme si leurs cheveux gris, faisaient pardonner leur style ou leur donnaient une autre légitimité:

Je déteste vieillir, le vieillissement, la vieillesse, je déteste. Mais j'avais pas prévu qu'il y avait des bons côté. Ce qui me frappe énormément, c'est que si on me disait tu dois arrêter ton travail, je ferais autre chose, j'ai d'autres cordes à mon arc. Mais je serais malheureuse parce que j'ai l'impression que j'ai jamais été aussi juste dans ma compréhension des choses. Et puis j'ai l'impression dans ce que je communique que le retour en général est satisfait. Je demande pas, est-ce que vous êtes satisfait de ce que je vous ai dit ? C'est impossible, les gens ils répondent oui ! Ils vont pas te répondre vous parlez trop ou je sais pas quoi. C'est plutôt ce que je sens quand je quitte une maison, l'impression que les gens sont contents. Donc aussi je vois quand il y a un problème, très souvent j'arrive vite à une solution. Je piétine pas tellement, moins qu'il y a 20 ans (Entretien enregistré, Marianne).

Et les recadrages concernent, en autres, les relations de couple ou les comportements des pères :

Quand tu vas chez les gens, ils te racontent qu'ils se sont disputés parce que je sais pas quoi. Toi, tu peux dire que tu l'as vu mille fois, tu peux dire « écoutez, je vais vous dire quelque chose d'hallucinant. Vous savez quoi ? Vous êtes complètement dans la normalité. Au-dessus du berceau se rencontrent votre histoire familiale, l'histoire familiale de votre conjoint, votre histoire psychologique. Il vous est arrivé toutes sortes de choses dans la vie, à lui aussi. Vous vous dites, je veux prendre mon bébé, je veux pas le laisser pleurer et le papa dit faut le laisser pleurer, autrement on va mal l'habituer. » Le fait de pouvoir dire aux parents : « vous savez c'est comme ça, ça a été comme ça depuis très, très, longtemps. » Alors on se dit bon d'accord, on traverse un peu là là là, ça fait des vagues. Le bébé grimpe sur le radeau, ça fait « bleubleudem ». Je suis d'accord. On se tient bien, à un moment ça va passer. Y a pas la tempête tout le temps dans la vie, il y a des moments avec un peu de tempête et des moments tranquilles. De dire ça avec tranquillité, quand tu retournes la fois d'après ça va mieux (Entretien enregistré, Marianne)

Et parfois, les propositions des sages-femmes touchent directement ce que font les pères ou les mères en regard de l'un ou de l'autre.

Hier soir, j'ai reçu le téléphone d'un papa. Il m'a demandé si je pouvais passer le soir. Il y a des choses, on pense qu'il faudrait que tu aies un coup d'œil dessus. C'est pas du tout le papa psychologisant, c'est un papa grand sportif. C'est marrant, mais ils ont pigé qu'ils pouvaient me demander des choses qui dépassent : « Est-ce que les seins sont trop durs ou trop mous ? ». Je sais pas ce qu'ils vont me raconter demain, mais si la maman trouve que le papa est trop dehors, je vais lui dire au papa. Moi aussi je trouve qu'il est trop dehors. Quand t'as un tout petit bébé à la maison qui pleure tout le temps, parce qu'il est plein de coliques, et bien le papa peut pas partir une semaine faire de la planche à voile. Il fera de la planche à voile dans deux ans. Il continuera d'être un champion, mais

---

<sup>239</sup> Je traduis ici le terme « d'advocacy » commun en anglais et signifiant un engagement de certains acteurs sociaux pour d'autres. Ce rôle de défense des femmes et des enfants est beaucoup mis en avant dans la formation des sages-femmes.

pendant un petit moment, il fait autre chose. J'ose dire ça maintenant, avant j'aurais jamais osé. Ou j'aurais pris beaucoup plus de gants. Tandis que là maintenant, je m'angoisse pas (Entretien enregistré, Marianne)

Lucienne prend le parti des femmes, parfois de manière très directe, cavalière :

J'ai beaucoup de plaisir à rencontrer les femmes, parfois un peu moins les mecs. Il y a un décalage dans les couples, quand ils ont leur enfant. On a voulu mettre les pères à des places, où ils sont pas capables d'être. Ils tentent, parce qu'on leur a dit qu'il fallait qu'ils soient de bons pères et qu'ils sachent changer les couches. Je suis désolée, mais ils rentrent du boulot, ils disent bonjour, ils enlèvent leur chaussures, ils vont embrasser leur môme. Alors je laisse faire comme ça, un petit moment, et je suis contente de vous voir, vous avez des questions, on a déjà beaucoup parlé avec votre femme. Tout va bien, le bébé va bien. Moi, j'en ai une de question. Vous êtes rentré vous avez dit bonjour à votre bébé, vous vous êtes assis. Votre petit garçon, ou petite fille, qui va hyper bien, ne serait pas là si vous aviez pas votre femme. Vous allez me faire plaisir, à partir d'aujourd'hui, c'est pas le circuit : « la porte, le bébé, et votre femme », mais c'est : « la porte, votre femme, et le bébé ». Parce qu'elle s'en est occupé toute la journée et le bébé y va bien. Elle, elle a été seule toute la journée. Ça marche à tous les coups. (Entretien enregistré, Lucienne)

Lucienne continue, mettant de l'emphase pour souligner son intervention et pour rendre le partage animé, comme elle le fait habituellement, de manière un peu théâtrale :

Une femme me dit qu'elle a besoin d'aller chez l'esthéticienne. Je lui dis c'est parfait, allez chez l'esthéticienne le matin où il travaille pas. Mais il y a la régata. Moi je dis que j'en rien à faire. Le samedi matin, y a pas de régata. Il l'a déjà fait le bol d'or, les copains, c'est très bien. Allez chez l'esthéticienne. D'accord. La semaine d'après, je dis au papa: « vous avez envie de vous baigner avec votre poussinet? ». Il répond que oui. Je la retrouve elle 10 jours après. « Alors comment ça va ? » Elle me dit génial. « Et le bain avec le papa? » Elle me dit : « ça me donne un boulot pas possible. Une fois qu'il l'a eu 5 minutes sur la poitrine, il m'appelle pour que je vienne chercher le bébé et que je m'en occupe, et lui continue de faire son bain, ses petites huiles, ses trucs. On va attendre qu'il rentre, il sait que je viens et rentre plus tôt. « Donc ça va ce bain ? » « Ah ouais, c'est génial Lucienne. De le prendre sur moi ». « Et après, qu'est-ce que vous faites? » « J'appelle ma femme et elle s'en occupe. » Je lui dis : « vous vous foutez de moi ou bien? » Il m'a regardé avec les yeux comme ça. Vous appelez votre femme pour le sortir du bain, elle vous le met sur la table à langer. Vous vous sortez de la baignoire, vous enfiler un peignoir et vous continuez. Sa femme est partie dans la cuisine, elle rigolait comme une dingue. On s'est retrouvé récemment à l'inauguration du cabinet des psychologues, on s'est embrassé. Je lui ai dit : « Alors ça va le bain? » Et il me dit « je vous oublierai jamais ». Je les rate pas, je les rate pas. (Entretien enregistré, Lucienne)

Je n'ai pas pu observer Lucienne en consultation à domicile pour des raisons organisationnelles, mais je l'ai vue à d'autres moments, plus fugaces. Cette sage-femme exerce parfois un accompagnement très calme, à l'écoute, et est d'autres fois provocatrice comme elle le laisse entendre dans ses partages. Est-ce qu'elle s'est permise d'être provocatrice pour questionner l'attitude d'un père au bénéfice d'un fort pouvoir symbolique, faisant de la voile et, n'ayant peut-être pas l'habitude d'être remis en question ? Exerce-t-elle son influence plus subtilement dans d'autres situations ? Je crois que oui, mais n'ai pas de certitudes à ce sujet, car je me l'ai pas assez vue en activité. Il en reste que cette praticienne, observant un décalage entre ses représentations et les pratiques d'un père, s'est permis d'exercer un pouvoir explicite et très affirmé dans une dynamique familiale.

Comme l'évoquait déjà cet exemple, les sages-femmes rencontrées partagent une représentation relativement homogène de la période post-natale. Faisant suite à la grossesse et à l'accouchement,

qui *physiologiques* ou non, mettent le corps à l'épreuve, la période postnatale est perçue comme une période d'adaptation et de récupération. Durant cette période, les femmes font connaissance avec leur enfant, ses besoins et ses pleurs, débutent l'allaitement maternel et sont réveillées toutes les nuits pour les tétées ou les biberons (Kurth, Spichiger et al. 2010). Les sages-femmes estiment que la fatigue contribue à ce que certaines femmes aient plus de difficulté à vivre cette période de nouvelles responsabilités et, qu'elles en éprouvent parfois de l'anxiété. Ces praticiennes sont convaincues de l'importance que les femmes se reposent durant la période postnatale, en faisant des siestes et en déléguant certaines activités, ce qu'elles suggèrent parfois avec insistance. C'est notamment pourquoi les sages-femmes prêtent attention au soutien qu'offrent, plus ou moins, les pères, et parfois l'entourage, aux mères.

Les sages-femmes observent par ailleurs, presque sans y penser, la tenue du ménage et craignent les foyers « trop bien tenus »<sup>240</sup>. La taille du logement, la perfection du rangement deviennent des indices volés au passage pour estimer le repos pris par les femmes. Les praticiennes craignent que ces dernières ne s'épuisent à faire le ménage durant le début du post-partum, perdant ainsi les quelques occasions de repos qu'offrent les siestes du nouveau-né. Parallèlement, les sages-femmes estiment la participation du compagnon aux différentes tâches ménagères durant la phase du post-partum en posant quelques questions. Cette participation est jugée nécessaire, particulièrement lorsqu'un couple est relativement isolé et que la famille élargie vit dans une autre ville, voire un autre pays. En ce sens, la relation qu'une sage-femme établit avec le père d'un nouveau-né est en partie instrumentalisée pour servir le repos et la santé de la mère. Si celle-ci semble particulièrement fatiguée, si elle a perdu passablement de sang et est anémique, ou au contraire lorsqu'elle semble « trop » active, les praticiennes proposent des mesures visant à augmenter le temps de repos.

Joëlle est une sage-femme aimable, plutôt timide, parlant doucement et se voulant très respectueuse des femmes et des familles. Comme beaucoup de ses collègues, elle se vit féministe et n'apprécie pas que de nombreuses femmes continuent à assumer les tâches ménagères durant la période postnatale, alors qu'elles sont fatiguées, voire affaiblies, et ont besoin de repos. Joëlle affirme que les jeunes accouchées doivent se reposer, ne pas trop en faire, pour récupérer et faciliter l'établissement de la lactation. Souvent, ce conseil est bien accepté par les mères et les pères, mais pas toujours. Dans une première famille, Adrien semble irrité par les demandes de Joëlle. Ce père le montre en effectuant des reproches à sa femme rendue responsable de sa surcharge de travail, ceci sous couvert de plaisanteries cyniques. Dans une deuxième situation, Dalila nous accueille en parlant doucement, car son compagnon dort. Elle a accouché une semaine auparavant de son troisième enfant. Ses traits sont tirés, elle est pâle, anémiée suite à une hémorragie du post-partum. Joëlle voudrait que Dalila se repose et suggère que son mari l'aide. Dalila répond qu'il a fait les courses et est allé chercher les

---

<sup>240</sup> De nombreuses sages-femmes voient dans les ménages parfaitement tenus une propension au contrôle. Ceci les inquiète, car durant le post-partum, bien des circonstances ne se contrôlent pas, à commencer par le comportement du nouveau-né, ses pleurs et son sommeil. De nombreuses sages-femmes craignent que les femmes ayant une vie très contrôlée soient ainsi plus fréquemment en difficulté face « à l'incontrôlable nouveau-né ». Par conséquent, les sages-femmes proposent d'accueillir la période postnatale comme une période en dehors du temps « normal », contrôlé et planifié.

enfants à l'école. Pour Joëlle, c'est un minimum, ce qu'elle dit avec une voix douce, mais plusieurs fois. Joëlle suggère ensuite que le mari fasse la cuisine et aide au ménage. Dalila exprime du désaccord, de la colère dans la voix. Chez elle, chacun a ses rôles, son territoire, cela fonctionne bien et, il n'est pas question que cela change. Joëlle ne désarme pas. Elle suggère de laisser tomber la poussière pour quelques temps. Dalila s'offusque. Elle ne veut pas que son intérieur se couvre d'une poussière malsaine et demande à Joëlle si elle souhaite que ses enfants tombent malades. Joëlle continue et propose de ne pas repasser les habits des enfants, pour quelques temps. Dalila refuse encore, ne concevant pas que ses enfants se rendent à l'école avec des habits non repassés. De quoi auraient-ils l'air ? Joëlle cède et change de sujet. En fin de consultation, elle demande à Dalila si elle souhaite une consultation supplémentaire, ce que cette dernière décline poliment (Observation à domicile, Joëlle).

Pour de nombreuses sages-femmes, la tenue du ménage peut être reléguée au second plan pendant la période postnatale, et ne constitue pas une priorité. Cette représentation est construite à partir de l'expérience professionnelle permettant de constituer avec le temps une moyenne multisensorielle de la tenue « acceptable » du ménage. Ceci dit, les normes de rangement utilisées en pratique sont aussi reliées aux normes personnelles des sages-femmes. J'ai effectué une proportion importante des entretiens au domicile de ces praticiennes et ai vu leurs intérieurs. La majorité des appartements étaient rangés, mais presque aucun ne l'était de manière « obsessionnelle ». Souvent, les sages-femmes rencontraient quelques difficultés pour ranger « harmonieusement » leurs livres et leurs objets dans leurs appartements de taille modeste. Certaines aiment « chiner » dans les marchés aux puces et ne possèdent pas de mobilier assorti, mais plutôt des objets différents achetés chacun pour leur charme particulier, conférant à leurs intérieurs une apparence un peu « bohème ». La majorité des appartements des sages-femmes différaient donc sensiblement des appartements les plus assortis et les plus ordonnés rencontrés au cours des observations. Par conséquent, si les praticiennes suggèrent aux femmes de moins faire le ménage ou de le déléguer à leur compagnon, elles demandent, de manière impensée, à ce que leurs normes personnelles soient adoptées. Lorsque les propositions des sages-femmes sont à la fois quelque peu insistantes et en rupture avec les normes de ménage des familles, comme dans l'exemple de Joëlle, ces propositions ne sont pas bien accueillies, conduisant parfois à une interruption des visites.

Les convictions professionnelles et personnelles sur l'importance du repos postnatal interfèrent parfois avec la capacité d'écoute des sages-femmes. Le repos fait ainsi l'objet de tensions « interculturelles ». Non pas parce que les femmes sont issues de la migration, mais parce que leurs représentations de la tenue du ménage et de la répartition des tâches entre hommes et femmes, sont parfois différentes de celles des sages-femmes. Joëlle et d'autres sages-femmes ont une vision féministe des rapports de genre et regrettent que de nombreuses femmes assument les tâches ménagères seules durant la période postnatale. Joëlle comprend que certains hommes soient favorables à des rôles traditionnels, inégalitaires, mais il lui avait échappé que des femmes pouvaient

revendiquer le ménage comme un espace de pouvoir et d'amour propre. Dalila, que Joëlle a manifestement dérangée par son insistance, était dans une situation difficile étant donné son anémie prononcée et sa fatigue. Il était donc légitime que Joëlle cherche avec elle comment la soulager. Cependant, dans cette discussion concernant le ménage et la participation du père à celui-ci, Joëlle n'est pas entrée dans une logique du soin (Mol 2008), ne s'ajustant pas aux réactions de Dalila, ni à ses représentations et à ses habitudes. L'échec tient à quelques phrases qui transforment le désir d'aider en intrusion. Certaines sages-femmes évitent cet écueil en demandant l'autorisation d'entrer en matière et en prenant le temps de comprendre l'organisation de la famille. Ces précautions se prennent plus volontiers lorsque les sages-femmes conçoivent la relativité de leurs représentations, ce qui, suivant les thèmes concernés, est plus ou moins facile pour elles.

L'utilisation de référents personnels dans la construction des savoirs professionnels est en effet déniée *a priori* par certaines des sages-femmes rencontrées, empêchant dès lors la recherche et l'identification de ces référents. L'élaboration d'une pensée réflexive, qui questionnerait les conditions éthiques d'utilisation des savoirs personnels, à la manière de Bernice Elger qui propose une utilisation transparente et circonstanciée de ces savoirs (2010), est ainsi freinée. L'utilisation par les professionnel-le-s d'une importante proportion de littérature grise, écrite par des experts en périnatalité et, qui est chargée en idéologie (Boltanski 1984, Neyrand 2000), contribue par ailleurs et à mon sens, au flou existant quant à la nature des savoirs utilisés en pratique. La littérature qui aborde la périnatalité, et qui est à disposition des sages-femmes, est constituée d'un continuum en fondu-enchaîné entre savoirs dits scientifiques, savoirs expérientiels, ou encore savoirs de classe. Certain-e-s auteur-e-s écrivent par exemple des ouvrages scientifiques et d'autres qui sont vulgarisés, destinés selon eux à la fois aux professionnel-le-s et à un public éduqué, ce que souligne leur écriture élaborée. Les ouvrages abordant la place des pères en périnatalité jouent sur différents registres sans nécessairement les distinguer, intégrant savoirs dits scientifiques et postures idéologiques comme chez Jean Le Camus, ou faisant passer des postures personnelles pour des savoirs avérés comme cela peut être le cas chez Aldo Naouri. Les sages-femmes expérimentées qui n'ont pas nécessairement eu d'introduction à l'EBM durant leur formation initiale, avant l'intégration de la formation en Haute Ecole Spécialisée, peuvent ne pas distinguer ces différents types d'écrits entre eux. D'un point de vue de sage-femme, ce n'est d'ailleurs pas toujours nécessaire, les écrits vulgarisés du couple Stern, ceux de Le Camus, ou encore de Brazelton, proposant des attitudes respectueuses des parents et de leurs préférences, au contraire d'autres auteur-e-s.

Le sous-chapitre suivant continue d'explorer la construction et l'utilisation de savoirs personnels par les sages-femmes à travers la relation que les familles et ces praticiennes entretiennent avec les

animaux domestiques. Sujet inattendu et émotionnel, émergeant avec saillance dans les données, la relation aux animaux domestiques montre plus clairement encore comment la décentration envers ses propres représentations, pour entrer dans une logique d'approche *centrée* sur la personne, ne va pas de soi. Ce sous-chapitre illustre également comment le vécu de la maternité peut passer par des chemins inattendus et peu théorisés jusqu'à présent.

## **7.5 Les animaux domestiques : lieu d'une altérité inattendue**

J'ai montré déjà comment les sages-femmes indépendantes apprennent à mieux connaître les familles et leurs besoins à partir du contexte écologique des visites à domicile. La naissance n'est plus vue à travers un prisme réductionniste pour laisser place aux circonstances de vie concrètes des personnes accompagnées. Dans ce dernier sous-chapitre, consacré à l'intégration de savoirs issus des expériences personnelles, je discute du lien des familles et des sages-femmes aux animaux domestiques. A la maison, les préoccupations impliquant ces compagnons participent de la diversité des circonstances intervenant dans le vécu de la naissance. Ces préoccupations ne sont guère abordées en formation ou dans les ouvrages théoriques destinés aux sages-femmes, ni n'interviennent dans l'expérience à l'hôpital. J'aurais pu traiter de la relation aux animaux au chapitre 6, abordant comment le contexte de l'accompagnement participe de la construction des savoirs sur la naissance. Cependant, la relation aux animaux interpelle les sages-femmes dans leur propre relation aux animaux, et celle-ci est difficile à occulter dans les réponses faites aux familles, comme je le montre ci-dessous. Le lien personnel des sages-femmes avec les animaux s'invite ainsi dans l'appréciation des situations, facilitant ou au contraire interférant avec l'accompagnement. La relation aux animaux domestiques implique souvent une forte charge émotionnelle pour les parents et constitue, parfois et certes momentanément, l'objet central de leur préoccupation.

Les histoires impliquant des animaux familiers sont fréquentes et suscitent des émotions parfois intenses dans les familles, au cours de la période postnatale. La relation que les parents entretiennent avec les animaux leur pose des questions, voire des problèmes, surtout à la naissance de leur premier enfant. La relation aux chiens, aux chats, ou aux lapins, est le lieu d'une altérité inattendue, où se confrontent les valeurs et les pratiques parfois différentes des familles et des sages-femmes. Voici l'exemple d'une visite à domicile impliquant un vieux chien. Anne, la sage-femme et, moi-même, n'avons pas la même relation aux animaux, ce qui teinte nos réactions respectives et souligne le caractère personnel de certaines attitudes professionnelles:

Anne rend visite à une femme à quelques jours post-partum. Pilar est maquillée et habillée élégamment, impressionnante d'énergie pour une femme qui a accouché récemment. Cette femme a un vieux chien hirsute, Poncho, qui nous accueille par des aboiements et des grognements. Poncho

sent mauvais, a les yeux partiellement voilés par une cataracte et est prognathe. En entrant dans l'appartement, je réalise que quelques années auparavant, avant que mes enfants n'aient obtenu le chien qu'ils désiraient tant, j'aurais éprouvé du dégoût en voyant ce vieil animal côtoyer un nouveau-né<sup>241</sup>. Aujourd'hui, vivant avec un chien chez moi, je ne ressens pas de dégoût et entre en contact avec Poncho, le trouvant touchant. Anne lui parle et lui fait une caresse, et pose simultanément quelques questions à Pilar, l'air de rien, s'assurant que le nouveau-né et le chien ne se sont jamais seuls ensemble. Anne fait ensuite sa consultation après s'être lavé les mains. En fin de consultation, alors que Pilar parle de son chien, je laisse échapper un reflet empathique « Et c'est votre vieux chien », qui déclenche un partage essentiel. Pilar ressent de la détresse, car son mari voudrait donner Poncho, en raison du surcroît de travail qu'il impose à sa femme. Impossible d'envisager de se séparer du chien, compagnon de Pilar depuis son adolescence. La crainte de l'abandon pousse Pilar à passer l'aspirateur plusieurs fois par jour, pour que son mari ne trouve aucun poil, aucune faille dans la tenue du ménage. Pilar surjoue son énergie pour masquer une fatigue postnatale normale. Elle se met à pleurer, touchée par le fait que Poncho ne comprendrait pas les explications, qu'il serait désemparé s'il était donné à quelqu'un d'autre. Très vieux, bientôt au terme de sa vie, Pilar souhaite que Poncho reste jusqu'au bout avec eux. Anne écoute, son visage reflète lui aussi de la tristesse, -en écho au récit ému de Pilar. Après avoir écouté, Anne dit comprendre, mais cherche néanmoins à raisonner la jeune femme. Elle suggère que les animaux et les humains n'ont pas le même statut, introduisant une vision morale de la place des uns et des autres dans son discours. Anne est d'ordinaire à l'écoute, mais confrontée à une altérité lui posant problème, elle ne peut comprendre. Grâce à la relation que mon fils et ma fille entretiennent avec notre chien, je saisis pleinement la détresse de Pilar. J'imagine mes enfants en jeunes adultes attachés à leur vieux Poppy, et je sais qu'ils seraient autant préoccupés que cette jeune mère pleurant devant nous. Je réalise que si j'avais effectué cette visite trois ans plus tôt, avant de m'être attachée à un chien singulier et d'avoir été touchée par la relation que mes enfants ont avec lui, je n'aurais pas intimement compris l'importance du lien existant entre Pilar et Poncho. C'est d'ailleurs moi qui ai réintroduit le thème du chien en fin de consultation, par le reflet empathique. Si je ne l'avais pas fait, Anne aurait accordé de l'attention à Pilar à partir d'autres thèmes. Le cheminement de la consultation est tributaire de l'interaction entre l'accompagnant et l'accompagné, de leurs trajectoires, et de leurs personnalités. (Observation à domicile, Anne)

Lorsque les valeurs personnelles sont touchées, il devient plus facile ou plus difficile d'éprouver de l'empathie et de l'acceptation, -plus facile pour moi dans ce cas et plus difficile pour Anne. J'ai continué à parler de la situation du vieux chien avec d'autres sages-femmes pour connaître leur opinion à ce sujet. Souvent, l'attitude de Pilar était jugée déraisonnable et les valeurs sous-tendant ce jugement n'étaient guère questionnables. Les sages-femmes concernées ne percevaient pas qu'il s'agissait de leurs représentations, car celles-ci avaient statut de certitudes. Dans la logique de l'anthropologie des habiletés, ces représentations ne sont pas seulement des idées, mais émanent d'une compréhension corporelle du rapport à l'animal, une somme de sensations, ou l'absence de certaines sensations, qui font que la sage-femme comprend, ou non, la situation qui lui est relatée. La compréhension du rapport à l'animal ne se raisonne pas, elle s'éprouve dans le corps et les souvenirs multimodaux de l'expérience. Ce n'est d'ailleurs pas le fait d'avoir un animal qui est déterminant, mais le rapport affectif à cet animal. L'expérience personnelle et les valeurs qui en

---

<sup>241</sup> La formation en jeu de rôles et en psychodrame que j'ai effectuée, m'a permis d'apprendre à percevoir et à enclencher différents positionnement face à une même situation. C'est ce que je fais dans cette description en percevant un « ancien moi » n'aimant guère les chiens et un « moi actuel », propriétaire d'un chien et mère d'enfants, ne pouvant se passer de leur chien.

découlent font parfois barrière à *l'acceptation de l'autre et à l'empathie*. Ces attitudes ne se décrètent pas, du moins pas en n'importe quelle situation, ni avec la même intensité.

Les questions concernant les animaux sont récurrentes. Certaines sages-femmes les prennent très au sérieux, écoutent et comprennent les parents, -parce qu'elles-mêmes ont un rapport privilégié avec les animaux, ou parce que c'est une thématique à propos de laquelle elles n'ont pas de point de vue figé. Lucie, dans l'entretien, insiste beaucoup sur sa capacité et son plaisir à s'adapter aux familles. Cette sage-femme aime les animaux, et souhaite être créative et originale:

La dame, ça la paniquait de s'occuper du lapin et du bébé en même temps. Donc les lapins, c'est des enfants, enfin l'animal, c'est le frère aîné quoi. Et il faut le mettre à sa place, l'intégrer, lui présenter le bébé, lui montrer que « t'inquiètes pas, on va pas t'abandonner ». Comme un premier enfant. C'est super intéressant je trouve. Si on est ouvert, y a tout ça, on entre dans une vie, on entre dans un monde et puis on regarde quels sont les besoins et on répond aux besoins au maximum. (Entretien enregistré, Lucie)

Parfois, un lapin meurt peu après la naissance, un chat tombe du toit le jour où le bébé arrive à la maison, un autre fugue et ne revient jamais, un chien semble somatiser et est emmené d'urgence chez le vétérinaire. L'animal peut aussi et soudainement devenir encombrant. Le bébé prend, malgré lui, toute l'attention et l'affection, le chat qui quémande des caresses est alors de trop. Caressant ce chat-là lors d'une visite, j'aurais pu repartir avec, - on me l'a proposé. Dans d'autres familles, les gros chiens posent problème à certaines sages-femmes qui en ont peur. Justine demande aux propriétaires d'enfermer le pitbull ou le rottweiler, le temps de la consultation. Certaines praticiennes craignent les réactions des gros chiens à l'arrivée du bébé, mais ne connaissent pas nécessairement les précautions à prendre et les signes à observer, -ce qui constituerait des informations pertinentes, étant donnée la popularité des chiens dans nos sociétés.

De nombreuses femmes faisant de l'équitation, la relation aux chevaux s'invite parfois dans la consultation. Les femmes montant à cheval n'interrompent pas nécessairement leur activité durant la grossesse, surtout lorsqu'elles sont propriétaires de leur cheval. Ici, le dialogue avec ces femmes, l'écoute de leur expertise en matière d'équitation et de comportement équin, complète les savoirs, parfois tenus des sages-femmes à ce sujet. Dans les ouvrages destinés aux professionnels de la santé, il n'existe en effet qu'un conseil à propos de l'équitation : interrompre cette activité durant la grossesse. Ce conseil semble raisonnable étant donné les risques encourus pour l'enfant et la femme en cas de chute, soit un éventuel décollement placentaire et une hémorragie conséquente, mais il n'est guère réaliste en regard de la passion pour l'équitation de certaines femmes. Annie, une cavalière, raconte son expérience:



Annie a accouché il y a une semaine et se réjouit de remonter à cheval prochainement. Après la consultation d'Anita, je demande l'autorisation de poser quelques questions au sujet de l'équitation, aussi bien à Anita qu'à Annie. J'aimerais savoir à quel moment de la grossesse Annie a arrêté son sport et comment elle a pris sa décision. Je suppose, comme elle est propriétaire de son cheval, qu'elle a monté pendant une partie de sa grossesse. J'ai fait un peu de cheval dans mon adolescence et côtoie parfois des cavalières. Ces femmes sont passionnées et, je doute qu'elles suivent toutes sagement les conseils des professionnel-le-s. Annie confirme avoir continué à monter son cheval pendant les deux tiers de sa grossesse. Elle explique à Anita qu'assez vite cependant, elle n'a fait que des promenades au pas, car les autres allures, le trot et le galop, étaient devenues inconfortables. A un moment donné, faisant clairement référence à une logique de construction des habiletés, elle dit qu'elle a perdu la sensation de fluidité que lui donne son expérience de cavalière expérimentée. Le changement de son centre de gravité, provoqué par la croissance de son enfant et donc de son ventre, provoquait la désagréable sensation d'être redevenue une débutante. Cette sensation l'a incitée à interrompre son activité. Elle ajoute qu'elle n'aurait pas monté un autre cheval que le sien, même si celui-ci était réputé gentil. Souriante, elle raconte la première rencontre de son cheval avec le bébé, reniflé par l'animal, un moment important pour elle. (Observation à domicile, Anita)

Annie nous a dit qu'une amie à elle, cavalière également, était enceinte au même moment qu'elle. Suivies par des médecins différents, les deux femmes avaient reçu des conseils différents eux-aussi. Un médecin avait interdit l'équitation et l'autre avait suggéré que la cavalière saurait quand s'arrêter. Les familles adoptant des pratiques particulières, ici l'équitation, sont en possession de savoirs non maîtrisés par les professionnel-le-s. Le savoir se construit ici au moment où, du fait de la grossesse, les sensations du corps dans l'espace et en mouvement sont altérées, la cavalière sentant avec son corps si elle est en harmonie ou non avec son cheval. La logique du risque, ainsi que la méconnaissance du cheval, incitent à donner une réponse très prudente. Cette logique rend tabou un thème qui pourrait être exploré pour permettre aux femmes d'identifier le moment d'interrompre leur activité. Grâce à Annie, Anita et moi avons appris plusieurs questions à poser à des cavalières enceintes. Toutes les cavalières ne seront pas nécessairement aussi réflexives que cette femme et son partage est précieux. La rencontre à domicile qui permet de remarquer les photos du cheval ou l'imposante masse du dogue allemand, offre des opportunités de discussion. Qu'est-ce qui, dans le comportement du cheval ou du chien, rassure ou inquiète ? Quelles sont les précautions de base à adopter ? Au fur et à mesure des situations, les soignants peuvent, s'ils le cherchent, bâtir un savoir complémentaire en dialoguant avec les parents ayant des connaissances particulières.

Ce sous-chapitre abordant la relation aux animaux domestiques souligne lui-aussi comment l'accompagnement à domicile dépasse fréquemment le champ de l'obstétrique. La focalisation de la formation sur ce champ et, malgré tout, sur le milieu hospitalier, omet des thèmes *a priori* iconoclastes, mais qui sont essentiels pour les familles. Ces thèmes sont parfois, certes momentanément, le centre de l'accompagnement des sages-femmes indépendantes. Ces exemples

illustrent la manière dont la personnalité et la trajectoire de chaque sage-femme participent de ses capacités et de ses limites. Si chacune souhaite offrir un accompagnement personnalisé, certaines décentrations restent impossibles. La relation aux animaux, si importante pour certaines familles, ne peut pas être investie avec la même compréhension par toutes les sages-femmes. Si certaines ont grandi avec des animaux, ont été habituée à voir des adultes très attachés à leur chien ou à leur chat, d'autres n'ont pas cette expérience. Avoir connu un animal qui a dormi contre soi, a montré de l'affection et a amusé et rassemblé une famille, implique un monde de sensations corporelles, d'émotions, et de sentiments. Les souvenirs multimodaux des personnes ayant vécu ou non dans la proximité d'animaux familiers, sont ainsi très différents. La considération de la relation aux animaux apparaît par conséquent souvent polarisée et stable, faite de certitudes et de jugements.

Le dispositif inductif de recherche dévoile d'une part la dimension personnelle et subjective du rôle professionnel. D'autre part, il révèle des questions importantes pour les parents, mais qui sont en décalage avec les représentations habituelles de la naissance. Reconnaître la subjectivité de chaque soignant permet d'entrevoir que l'accompagnement est une rencontre ouverte, tributaire de l'histoire de deux personnes et que, de ce fait, il ne peut être intégralement ni standardisé, ni anticipé. Reconnaître cette dimension subjective permet ainsi d'identifier et de questionner les limites des soignants à l'intérieur d'une démarche réflexive. C'est ce que fait Jeanne par exemple lorsqu'elle dit être en difficulté avec les situations d'animaux vu comme des « enfants aînés ». Même si sa prise de recul est minime, cette praticienne parvient à identifier la relativité de sa position, et du même coup, les limites de sa capacité d'écoute.

## **7.6 Synthèse**

Ce chapitre montre comment les savoirs professionnels des sages-femmes sont habités par leurs expériences personnelles impliquant leurs rôles parentaux, conjugaux et, parfois, leur relation aux animaux. Affirmer que la poussière peut être tolérée pendant quelques temps, ou que les habits n'ont pas besoin d'être repassés, implique que l'on ait soi-même une relation à l'ordre ou au désordre permettant cette affirmation. C'est dans l'intérêt porté aux détails des situations, à ce qui peut sembler anecdotique ou hors de propos, que les limites de l'accompagnement peuvent être d'ailleurs soulevées. Reconnaître la part du subjectif n'implique ainsi pas de la survaloriser, dans une logique relativiste, mais permet d'attester de l'incorporation d'expériences passées dans une logique de l'anthropologie des habiletés, aboutissant à une compréhension plus réaliste de ce que sont les savoirs de l'accompagnement.

Les pratiques inspirées de la vie privée et qui sont intégrées au rôle professionnel ne sont évidemment pas que personnelles, mais également sociales, puisqu'elles sont partagées par de nombreuses sages-femmes, que ce soit la relation au repos, aux pères, ou aux enfants aînés. Ces pratiques et, les discours qui les accompagnent, évoquent d'autres pratiques de sages-femmes et de professionnel-le-s de la santé autour de la naissance et de la mort, analysées par Dominique Memmi, comme je l'ai évoqué déjà dans l'introduction. Matérialiser l'expérience de la naissance ou de la mort, à travers des pratiques corporelles, en montrant le placenta aux femmes venant d'accoucher, en faisant couper le cordon ombilical par le père ou en instaurant un contact entre les fœtus décédés in utero et leurs parents, prend selon cette auteure de multiples sens. Ces pratiques sont utilisées tout d'abord, et au moins de manière impensée, dans le but de revaloriser le rôle professionnel en développant ses dimensions d'accompagnement et en soulignant les compétences dites relationnelles. Selon Memmi toujours, ces inventions récentes feraient partie d'une tradition à réinventer, pour conjurer la menace d'anomie que fait peser l'individualisme contemporain sur les sociétés occidentales. Ces propositions constituent à cet égard des formes de gouvernance, qui par ailleurs ne sont pas appelées par les familles et, suscitent mêmes parfois des réticences (2014).

Incarner le deuil ou la naissance à travers des pratiques précises aurait aussi pour objectif d'assurer la sécurité et le bien-être psychiques des parents sur le long terme (Memmi 2011, Memmi 2014). Les tentatives, pas toujours réussies, d'assigner le père à certaines tâches ménagères, et d'imposer à la mère un repos minimal pendant la période postnatale, peuvent selon moi être comprises dans cette optique. Camille le dit bien, le repos contribue à diminuer l'anxiété postnatale. Ce qui est nouveau ici, est que les tâches participant de l'incarnation du rôle sont plus terre-à-terre que dans les situations décrites par Memmi, puisqu'il s'agit pour le père d'empoigner le balai ou l'aspirateur, ainsi que les casseroles. Mis à part les familles où une égalité tangible de la répartition des tâches familiales est visible, une résistance aux propositions des sages-femmes est ici, comme dans les travaux de Memmi, perceptible. Ces résistances, parfois accentuées par le fait que les incitations à l'incarnation du rôle parental aient lieu à domicile, soulignent également que les sages-femmes, même lorsqu'elles se réclament d'une approche *centrée* sur la personne et d'une logique du choix, ce qui est fréquent, tentent malgré tout d'imposer des représentations et des pratiques issues de leur milieu social, - ceci sous couvert de féminisme. En cela, elles s'inscrivent dans une continuité des rapports sociaux entre familles et professionnel-le-s de la santé autour des questions concernant la petite enfance, rapports qui tendent à faire imposer les pratiques des classes sociales dominantes à celles qui sont dominées (Boltanski 1984, Neyrand 2000). Ces exemples montrent par ailleurs que l'altérité ne s'embarrasse pas de passeports et que les différences se posent parfois en des objets inattendus, loin des visions exotisantes de la naissance et des soins aux petits enfants.

Pour clore ce chapitre, j'aimerais évoquer une dernière situation qui montre comment l'inclination d'une sage-femme pour les fleurs devient un outil diagnostique éphémère.

Au cours d'un partage en groupe, Gisèle raconte une situation de soin difficile, résolue grâce à l'utilisation de détails cliniques inhabituels. Une maternité lui a demandé de suivre durant la période postnatale, Alix une femme décrite comme retardée, « *bébête* ». L'équipe hospitalière se fait du souci quant à ses capacités maternelles, mais juge « raisonnable » de la laisser rentrer à domicile. En arrivant chez Alix et son conjoint, Gisèle remarque un beau jardin soigné, avec de belles fleurs. Gisèle, sensible aux fleurs et à la décoration, prête attention à ce jardin. La vue des fleurs provoque une réflexion clinique : « Une femme qui a des fleurs comme celles-ci ne peut pas être bête ». Gisèle rencontre des difficultés dans les contacts avec Alix et est également inquiète. La discrépance entre la beauté du jardin et le peu de réactivité de cette femme l'interpelle. Elle demande au mari d'Alix si sa femme a changé récemment, ce qu'il confirme. Gisèle demande si Alix a un médecin de famille qui la connaîtrait bien. Une visite chez ce médecin permet d'identifier un déséquilibre hormonal provoquant les troubles présentés par Alix. Après le diagnostic, puis le traitement, les symptômes s'amendent peu à peu. Alix n'avait pas de retard mental, ses fleurs le disaient. (Partage en groupe, Gisèle)

## **Chapitre 8. Phénomènes contemporains, segments professionnels, et construction de savoirs**

Après avoir évoqué la construction de savoirs à partir de plusieurs perspectives qui se conjuguent - celle de la participation à une communauté de pratique, celle encore de l'activité en ville et à domicile, puis celle qui relève des trajectoires personnelles des sages-femmes, - j'aborde dans ce chapitre deux perspectives supplémentaires qui sont fortement imbriquées entre elles. La première consiste en une imprégnation culturelle de la construction des savoirs que construisent les sages-femmes, c'est-à-dire en l'adoption, à un niveau professionnel, de représentations et de pratiques qui sont répandues dans la société contemporaine, notamment la conception de l'individualité et la culture du risque. La seconde perspective fait intervenir les activités spécifiques des sages-femmes, qui font vivre des expériences différentes aux praticiennes, et aboutissent à la création de segments professionnels différenciés à l'intérieur de la communauté de pratique. Ces segments contribuent à façonner la compréhension des phénomènes culturels utilisés dans les représentations quotidiennes.

Avant d'aborder comment les représentations de sens commun contemporaines habitent les savoirs professionnels et participent aux négociations entre les différents segments de sage-femme, je propose de définir la notion de segment, puis de parcourir succinctement plusieurs observations sur la situation des sages-femmes en Suisse romande effectuées par d'autres auteur-e-s. Le terme de segment a été défini par Buche et Straus pour aborder le changement et la diversité, ainsi que les négociations de pouvoir, à l'intérieur de la profession médicale (1961). Comme de nombreux autres par la suite, ces auteur-e-s proposent de ne pas concevoir les professions comme des entités réifiées, mais bien comme des ensembles dynamiques et hétérogènes évoluant en continu. Différentes modifications de l'activité ou de son contexte, notamment l'introduction de technologies par exemple, contribuent à la création de nouveaux sous-groupes - les segments - à l'intérieur des professions. Ces formations évolutives participent de négociations de sens et de pouvoir à l'intérieur des professions et luttent, plus ou moins ouvertement, pour l'accès aux positions stratégiques qui permettent de définir ce qu'est la profession et comment l'on y accède. Des segments définis peuvent ainsi occuper plus de pouvoir en ayant prise sur le déroulement de la formation, sur la construction des savoirs reconnus ou sur certains organes tels que les associations ou les publications professionnelles (Bucher and Strauss 1961). En ce sens, certains segments, pour peu qu'ils bénéficient de ressources sociales suffisantes, constituent de véritables mouvements sociaux qui œuvrent dans l'objectif de maintenir ou de réformer les caractéristiques de la profession.

Différents travaux ont décrit la diversité que construisent les segments à l'intérieur des professions de la santé, dévoilant par exemple la présence d'infirmières centrées sur les aspects techniques ou relationnels, de psychiatres promouvant les psychothérapies ou des formes non relationnelles de traitement (Bucher and Strauss 1961). En obstétrique, les médecins tendent par exemple à se positionner différemment face aux changements de pratique qui interviennent sous l'influence de la loi ou de l'Evidence-Based Medicine, en fonction de leur génération (Hammer 2010). En Suisse romande, le lieu de travail, intra- ou extrahospitalier participe de la création de deux segments de sages-femmes distincts, se positionnant différemment à l'encontre de la culture du risque, - les praticiennes indépendantes étant plus critiques à son encontre (Gouilhers 2010).

Les tensions existant entre sages-femmes et obstétriciens, liées au partage d'un champ d'activité et de certaines prérogatives y étant rattachées (Cavalli and Gouilhers 2014), jouent vraisemblablement un rôle sur la perception de la cohésion professionnelle des sages-femmes en Suisse romande. Si d'un point de vue légal, les sages-femmes ont le droit de pratiquer les suivis de grossesse et les accouchements physiologiques de manière autonome, elles restent minorisées dans les faits pour ce qui est de ces espaces de pratique. Les suivis de grossesses sont en effet majoritairement effectués par les obstétriciens, l'accouchement extrahospitalier est marginal pour concerner 2% des naissances et, la pratique en milieu hospitalier reste, en large mesure, circonscrite par le contrôle médical (Burton-Jeangros 2010, Cavalli and Gouilhers 2014). Cette situation renforce à mon sens une tendance de la corporation des sages-femmes à promouvoir un front commun, s'exprimant parfois sous la forme de définitions réifiantes de ce qu'est et fait « la sage-femme ».

Ce front ne résiste pas à une analyse et, différents segments en tension apparaissent aisément à l'observation. Solène Gouilhers a par exemple montré que les praticiennes indépendantes et les praticiennes hospitalières nourrissent une relation sensiblement différente à la culture du risque, les premières y adhérant plus que les secondes (2010). Au sein des maternités, la présence de sages-femmes formées en France, décrites comme plus techniques et plus rapides, ou formées en Suisse, supposées être plus relationnelles et posséder moins de prérogatives, se perçoit également facilement<sup>242</sup>. Les premières peuvent se sentir plus proches des obstétricien-ne-s, que de leurs collègues critiques envers la technicisation de la naissance, dans une logique évoquée par Bucher et Straus, où le segment prend l'ascendant sur la profession en termes de pouvoir symbolique et opérationnel.

Au niveau des écoles de sages-femmes, le segment hospitalier a longtemps tenu la main sur les contenus de la formation, expliquant peut-être en partie la place prépondérante de l'accouchement

---

<sup>242</sup> Notes auto-ethnographiques

dans son programme. Les sages-femmes indépendantes ont été très rares jusqu'à récemment et elles restent encore aujourd'hui une minorité dans les équipes enseignantes. Les contenus de la formation tant théoriques que pratiques<sup>243</sup> minorisent eux-aussi la période postnatale et la pratique extrahospitalière, parfois de manière moins nette, puisque beaucoup d'aspects sont présentés sous une forme générique qui peut masquer un certain hospitalo-centrisme. Un seul stage obligatoire en secteur indépendant figure par exemple au programme et il n'a été introduit que récemment. Ces choix sont liés au besoin de respecter les règlements régissant la formation sur un plan national et européen, demandant aux sages-femmes d'avoir réalisé au moins 40 accouchements avant d'être diplômées. La formation pratique est également circonscrite par de nouveaux règlements, complexifiant le processus d'accréditation des lieux de formation pratique, qui ont été introduits au milieu des années 2000, lorsque les formations de sages-femmes ont rejoint le cadre des Hautes Ecoles Spécialisées (HES). Les sages-femmes indépendantes doivent par ailleurs effectuer deux ans de pratique hospitalière ou deux ans d'assistantat avant d'obtenir leur numéro de concordat et d'avoir droit au remboursement de leurs prestations par les assurances maladies. Cette clause est accompagnée d'une représentation solidement ancrée qu'une expérience hospitalière serait nécessaire avant la pratique indépendante, ce que le chapitre 6 a passablement mis à mal, en montrant à quel point ce contexte comporte des spécificités non saisissables en milieu hospitalier.

Le segment indépendant, longtemps minorisé suite à l'hospitalisation de la naissance dans le courant du vingtième siècle, s'est néanmoins développé de manière marquée en raison du raccourcissement des séjours postnataux en maternité, opéré progressivement depuis une vingtaine d'années. Le système de santé suisse finance en conséquence des visites à domicile par des sages-femmes indépendantes jusqu'au dixième 10 jours post-partum<sup>244</sup>. Ce développement du secteur indépendant concerne avant tout la période postnatale, ce que montrent les statistiques des sages-femmes indépendantes<sup>245</sup>. Ceci n'est pas banal, puisque le postpartum est un secteur d'activité minorisé en tant que tel, dont une image négative, - faite d'ennui, de petites odeurs et d'émotions en mal d'équilibre - a été véhiculée tant par les obstétriciens que par les sages-femmes. Certain-e-s ont même osé dire « lochies land » pour signifier leur manque d'intérêt pour ce secteur d'activité et pour valoriser, ce qui a leurs yeux forme le cœur de la profession, à savoir la salle d'accouchement.

Cette introduction souligne que les analyses de Straus et Bucher restent essentielles pour comprendre les dynamiques de pouvoir à l'intérieur des professions. Dans cette réflexion focalisée sur la construction de savoirs, ce qui m'a intéressé plus particulièrement est d'observer comment les

---

<sup>243</sup>

<sup>244</sup> Depuis 2014, les visites peuvent se prolonger jusqu'au deuxième mois post-partum.

<sup>245</sup> Voir les rapports annuels de l'arcade en annexe.

différentes activités et leurs circonstances participent de la construction de segments différenciés, lesquels négocient entre eux ce qui constitue la profession de sage-femme, ainsi que les savoirs la concernant. Au cours de l'enquête de terrain, différentes circonstances de l'activité, mais également différentes idéologies, - dont particulièrement la relation à l'individualité contemporaine et au risque – participent de la construction des segments professionnels et forment des savoirs instrumentalisés pour servir le pouvoir de ces segments et de leurs membres. Ces négociations interviennent par ailleurs dans la conception du rôle professionnel, et des prestations à offrir aux parents, sous-tendant d'importants enjeux de santé publique.

Je propose d'aborder maintenant la relation que les sages-femmes entretiennent avec la conception contemporaine de l'individualité, puis d'interroger la place du risque dans les représentations et les pratiques de ces professionnelles.

### **8.1 L'accompagnement vu à l'épreuve de l'individualité contemporaine ou par le prisme du social : différents suivis pour différentes représentations et pratiques**

Le premier phénomène culturel participant à la construction de savoirs expérientiels par les sages-femmes touche aux conceptions contemporaines de l'individualité, à l'autonomie, au choix, et à la responsabilité corolaires. Selon leurs activités spécifiques, mais également leurs trajectoires personnelles, les sages-femmes se positionnent différemment en regard des représentations sociales touchant à ces thématiques, aboutissant à la construction de segments professionnels distincts et, partiellement en désaccord, pour ce qui est de définir le cœur de la profession de sage-femme. Dans sa première partie, ce sous-chapitre évoque les problèmes posés par la conception contemporaine de l'individualité, ceci d'un point de vue ontologique et éthique, puis interroge les relations différenciées que les sages-femmes entretiennent avec cette notion, ainsi que leurs implications dans l'accompagnement des familles, à partir des perspectives de deux segments de sages-femmes.

Dans son acception contemporaine, typique des sociétés néolibérales, le sujet humain est souvent considéré comme un être autonome ayant prise sur sa trajectoire de vie et sur le ressenti de ses expériences. Dans les sciences humaines et sociales, l'autonomie et les notions rattachées de choix et de responsabilité, ont fait l'objet de critiques tant d'un point de vue ontologique qu'éthique. Ontologiquement parlant, la notion d'autonomie est problématique, car elle omet l'indissociable lien existant entre contexte de vie et développement humain (Toren 2001, Ingold 2011, Lende and Downey 2012). Chaque niche de développement offre des opportunités particulières, des *affordances* sensorielles dans le vocabulaire des sciences cognitives, intervenant directement dans le développement des capacités humaines (Gibson and Pick 2000, Thompson 2007, Marchand 2010).



Parmi ces affordances, intégrées tout au long de la vie, les interactions sociales sont essentielles, car sans elles il n'est pas de développement humain, au sens de capacité à communiquer avec les autres et à vivre en société (Toren 2001, Lende and Downey 2012). Les capacités humaines étant par ailleurs largement agies à un niveau infraverbal et impensé, le développement et les apprentissages échappent au contrôle total de soi ou des autres, se construisant de proche en proche par les activités et les relations situées. D'un point de vue ontologique, l'humain n'est donc pas autonome, mais reste limité par les opportunités spécifiques que sa trajectoire et sa situation sociales lui offrent.

D'un point de vue éthique, la valeur d'autonomie pose également question. Dans une société post-moderne, qualifiée de liquide tant elle est changeante, le besoin d'adaptation est constant (Rose 1999, Elchardus 2009). L'autonomie, c'est-à-dire une capacité des individus à se prendre en main, n'est pas seulement une valeur de liberté, mais constitue une compétence dont cette société a besoin. Être autonome, responsable, réflexif, pour s'adapter aux contraintes de l'environnement constitue dès lors une nouvelle norme sociale. De sociétés traditionnelles, qui changeaient moins rapidement, dans lesquelles le pouvoir était plus autoritaire et identifiable, nous sommes passés à des sociétés libérales ayant déplacé les modes de gouvernance à l'intérieur des individus, décrétés en conséquence autonomes et responsables (Rose 1999, Elchardus 2009). Ces nouveaux modes de gouvernance s'implémentent notamment par les contacts avec les professionnel-le-s de l'éducation, de la santé, du social et du développement personnel (Ehrenberg 2005, Otero 2005).

Les praticien-ne-s promeuvent l'autonomie, le choix, et la responsabilité individuelle, en tant que valeurs fondamentales, soulignant leurs avantages pour les individus (Ehrenberg 2005, Otero 2005). Ces normes imposent à chacun de devenir responsable de son destin à travers ses choix, comme si toutes les trajectoires permettaient les mêmes choix et comme si les conséquences des choix pouvaient être pleinement anticipées. La notion d'autonomie, la liberté qui lui est assimilée, font par ailleurs miroiter des possibilités qui dans les faits n'existent que pour une minorité d'individus (Ehrenberg 2005, Farmer 2005, Sen 2005). En ce sens, la conception de l'individualité contemporaine tronque la culture de l'une de ces fonctions essentielles qui est de fournir un contenant et une cohésion à la société (Ehrenberg 2005). Propager sans discrimination l'idéal d'autonomie, inciter à la responsabilisation, constitue ainsi un déni de la diversité des trajectoires et des *capabilités*<sup>246</sup> en résultant, posant en ce sens un véritable problème éthique (Sen 2000, Bonvin 2012).

---

<sup>246</sup>Le concept de capabilité proposé par Sen fait référence aux ressources différenciées dont disposent les acteurs sociaux, selon leur trajectoire et leur situation, et qui ne leur permettent notamment pas de faire un même usage des services ou des infrastructures proposées par les systèmes sociosanitaire. Pour parvenir à une distribution réellement équitable de ces ressources, il s'agit de tenter de corriger les inégalités de fait entre les acteurs sociaux et de proposer des moyens complémentaires à destination des groupes sociaux disposant de moins de pouvoir.

Les philosophes rattachés à l'éthique du Care considèrent quant à eux que les notions d'autonomie et de responsabilité dénie la vulnérabilité inhérente à la condition humaine et participent d'un dénigrement des personnes vivant des épisodes, inévitables à certains moments de la vie, où l'autonomie est nécessairement limitée, voire absente. Ces auteur-e-s soulignent l'importance du lien, du soin, et reconnaissent la dépendance relative de l'humain envers les autres. Ils évoquent par ailleurs le paradoxe dans lequel évoluent les plus ardents défenseurs de l'autonomie, appartenant souvent aux couches plus favorisées de la population, et qui ne peuvent vivre leur projet sans l'aide d'une multitude de personnes leur fournissant des services (Jouan and Laugier 2009). Ces travaux incitent à relativiser la notion d'autonomie et à la penser en regard de la plus ou moins grande vulnérabilité qu'imposent les événements aux individus.

Les sages-femmes, comme d'autres professionnel-le-s de la santé et du social, tendent-elles aussi à renforcer les impératifs d'autonomie et de choix dans leurs relations avec les personnes soignées. Ces notions sont par ailleurs explicitement mentionnées dans les documents officiels cadrant la formation et la profession de sage-femme depuis une quinzaine d'années et sont partie intégrantes des lois fédérales et cantonales suisses statuant les droits des personnes soignées. L'idée du respect de l'individualité de chaque personne soignée constitue, en partie, en un développement positif, visant à dégager les relations de soin du paternalisme et à renforcer les prérogatives des personnes soignées. Ce développement ne doit cependant pas être considéré avec naïveté. S'il y a quelques décennies à peine, les femmes n'avaient en effet guère de possibilité de choisir entre différentes options de soins, surtout lorsqu'elles appartenaient aux couches sociales les moins favorisées (Boltanski 1984, Domenighetti and al. 1996), aujourd'hui la situation reste pour une part non résolue et pour une autre part en quelque sorte inversée. Toutes les options de suivi de la naissance ne sont par exemple pas également accessibles et certains actes de ce suivi restent imposés aux femmes, faisant peu l'objet d'explicitations. En Suisse romande et en France, les examens vaginaux et les ocytociques de synthèse pour provoquer ou stimuler l'accouchement<sup>247</sup> sont par exemple largement utilisés et ne font pas nécessairement l'objet d'une procédure de choix éclairé (Carricaburu 2005, Carricaburu 2007). En parallèle, l'exercice du choix dit éclairé est parfois imposé aux femmes par certain-e-s praticien-ne-s, notamment dans le cadre du dépistage prénatal de maladies congénitales du fœtus, ceci sans qu'une aide à la décision ne soit toujours offerte, imposant alors une nouvelle solitude aux femmes (Burton-Jeangros 2010).

---

<sup>247</sup> La cadence des examens vaginaux est dépendant de la région et de l'institution qui abritent les naissances. Si les recommandations du guideline du NICE autorisent des examens vaginaux espacés de 4 heures et demandent à ce que ces examens, intrusifs, fassent l'objet d'un consentement, en Suisse romande ils sont pratiqués chaque heure ou au mieux chaque deux heures dans la plupart des institutions (Notes auto-ethnographiques).

Les sages-femmes rencontrées au cours de l'enquête de terrain souscrivent explicitement aux développements caractéristiques de l'individualité contemporaine et ont, par exemple, pour intention de s'adapter aux besoins et préférences concrets des femmes et des familles. J'ai montré déjà que cette posture est particulièrement marquée dans la communauté de pratique de l'Arcade, distinguant ses membres d'autres communautés que j'ai rencontrés au cours de ma carrière par exemple. Comme je l'ai déjà évoqué cependant, entre l'intention et la pratique se constituent parfois des décalages, notamment lorsque les postures idéologiques des sages-femmes sont perçues par celles-ci comme des vérités et deviennent dès lors difficiles à questionner. Avant d'aborder comment la perception de l'autonomie, du choix, et de la responsabilité peut poser question dans la relation aux femmes et aux familles, mais également participer de la création de segments professionnels distincts, j'aimerais brièvement replacer les sens multiples que prend l'autonomie dans la profession de sage-femme.

L'autonomie, comprise comme une capacité et un droit à agir avec une certaine liberté, tout en prenant ses responsabilités, est centrale pour aborder la relation des sages-femmes indépendantes à leur profession. En effet, l'autonomie concerne non seulement le rapport aux familles, mais également l'identité professionnelle. Tout d'abord, les sages-femmes souhaitent respecter l'autonomie des familles et, promeuvent à cette fin le choix éclairé à l'intérieur de leurs discours et, souvent mais pas toujours, de leurs pratiques. Ensuite, le terme d'autonomie est utilisé pour discuter du développement et de l'éducation des enfants avec les parents<sup>248</sup>, participant d'une finalité des pratiques éducatives courante parmi les populations occidentales (Harwood, Miller et al. 1995, Harkness and Super 1996, Perrenoud 2003). Enfin, dans une perspective de sociologie des professions (Carricaburu and Ménoret 2004, Dubar, Tripier et al. 2011), l'autonomie fait référence au champ professionnel que la sage-femme occupe sans avoir besoin d'en référer à d'autres professionnel-le-s. D'un point de vue légal, cette autonomie concerne la gestion indépendante des situations dites physiologiques, impliquant des responsabilités, des devoirs et des compétences spécifiques, par ailleurs légiférées. Ces acceptions plurielles de l'autonomie, portant sur des objets différents, contribuent à ce que ce terme soit fréquemment usité par les sages-femmes, devenant

---

<sup>248</sup> De nombreuses sages-femmes présentent la réponse aux besoins de réconfort et de contact des nourrissons comme un préalable indispensable à la construction de l'autonomie. Plus rarement, d'autres praticiennes suggèrent de laisser parfois pleurer l'enfant, pour qu'il apprenne à temporiser ses besoins et à être autonome. Les parents d'origine occidentale tendent quant à eux à valoriser, de la même manière, soit l'importance de répondre aux besoins exprimés par l'enfant, soit le risque que les enfants ne deviennent dépendants s'ils sont trop portés, en reliant eux-aussi ces pratiques divergentes à une même finalité d'autonomie (Notes de terrain) Perrenoud, P. (2003). Dormir ensemble : une réalité cachée. Master of Sciences, University of Geneva.. A noter qu'en psychologie, la capacité à être autonome est considérée comme une résultante de l'attachement dit sécure, montrant comment cette finalité éducative est centrale en Occident. Dans d'autres contextes culturels, si les comportements correspondant à un attachement sécure sont valorisés par les parents, c'est dans l'espoir que cette sécurité relationnelle permette de construire des liens avec les autres en société Harwood, R. L., J. G. Miller and N. Lucca Irizzary (1995). Culture and attachment, perceptions of the child in context. New York, Guilford .

une évidence de sens commun et un signifiant vague, parfois problématique pour l'accompagnement des familles. J'y viens bientôt.

Au chapitre 6, j'ai montré comment l'expérience à domicile fait découvrir les difficultés rencontrées par les femmes et les familles dans leur environnement, dévoilant des vulnérabilités qui ne sont pas nécessairement imputables à la période de naissance, mais que cette période potentialise cependant. L'impuissance plus ou moins importante vécue par de nombreuses familles illustre parfaitement les discordances ontologiques et éthiques véhiculées par la conception contemporaine et néolibérale de l'individualité. Les difficultés liées aux situations sociales et à l'environnement des familles interfèrent avec la santé mentale des femmes, ainsi qu'avec leurs capacités à protéger leurs enfants. En d'autres termes, ces femmes ne peuvent pas être pleinement autonomes, que ce soit dans leurs choix ou leurs actions, étant entravées par les difficultés d'ordre divers qu'elles rencontrent. De nombreuses sages-femmes, qui sont en contact avec cette souffrance sociale urbaine, parviennent à déconstruire l'impératif d'autonomie et de responsabilisation découlant de l'idéologie néolibérale. Ces praticiennes modulent également leur pratique pour répondre à certains besoins impératifs de ces familles, réinventant au passage leur rôle. Toutes les sages-femmes n'exercent cependant pas au contact des mêmes populations et selon leurs activités spécifiques, elles réalisent plus ou moins le lien existant entre contexte de vie, capacités, et santé mentale. Ces différentes activités contribuent par conséquent à l'élaboration de sous-segments professionnels et interviennent directement dans la construction des savoirs sur la maternité.

Les sages-femmes indépendantes choisissent d'offrir des prestations variées, en fonction des possibilités du système de santé, de leurs motivations, et des contraintes qu'impliquent ces prestations. Pour ces praticiennes, la demande la plus importante du système de santé, dans sa configuration actuelle, concerne les consultations postnatales à domicile, appelant de nombreuses sages-femmes à opter pragmatiquement pour cette activité. Le suivi postnatal est plus simple à organiser que les suivis continus, qui comprennent la grossesse et l'accouchement et, impliquent d'effectuer des gardes longues de plusieurs semaines. D'autres sages-femmes sont essentiellement motivées par le suivi continu, de la grossesse à la période postnatale, leur permettant d'exercer l'intégralité du rôle professionnel prévu dans les statuts professionnels et dans la loi. A tel point, qu'elles acceptent les semaines de garde autour de l'accouchement, ainsi que la position marginale que confère leur choix à l'intérieur du système de santé local, - la maternité de référence étant ouvertement défavorable à ces pratiques.

Selon les activités qu'elles exercent, les sages-femmes entrent en contact avec des familles dont le niveau social est différent. Par exemple, les suivis postnataux à domicile sont d'un accès

pratiquement universel à Genève, car ils sont d'une part remboursés par l'assurance maladie de base et d'autre part proposés et organisés pour toute femme accouchant en hôpital public. Les femmes vivant dans des conditions sociales difficiles ont donc *a priori* accès à ces prestations<sup>249</sup> ; qui peuvent être considérés à bas seuil, lorsqu'elles sont effectivement organisées par la maternité. C'est pourquoi les sages-femmes faisant des visites postnatales à domicile rencontrent une population très variée, appartenant à des milieux socio-économique tant favorisés que défavorisés et, s'exprimant dans une multitude de langues. Et, comme je l'ai déjà montré, cette confrontation multisensorielle à la vie en ville, modifie profondément les savoirs construits au sujet de la naissance et de son vécu et redéfinit le rôle professionnel au quotidien. Selon leur domicile et par conséquent la zone géographique qu'elles couvrent au cours des visites, les sages-femmes seront également plus ou moins confrontées à la mixité sociale et à la vulnérabilité socio-économique.

Les suivis continus, dits *globaux*, sont quant à eux moins accessibles, même s'ils sont également remboursés par l'assurance de base. En effet, le suivi global par une sage-femme ne constitue pas le suivi le plus commun en Suisse romande, lequel correspond au suivi par un obstétricien en cabinet privé ou éventuellement par une policlinique en maternité (Burton-Jeangros 2010). Pour bénéficier de l'une des formes de suivi continu offert par une sage-femme, comprenant ou non l'accouchement, les femmes doivent donc être en mesure d'identifier l'existence de cette prestation minoritaire dans le paysage sanitaire. Ceci implique d'une part de savoir lire en français ou en anglais et, de savoir naviguer sur internet. D'autre part, la demande excédant l'offre depuis plusieurs années, les couples doivent effectuer leur demande très tôt dans la grossesse et donc, vivre dans des conditions permettant une telle anticipation.

L'accès à certaines prestations offertes par quelques sages-femmes telles que le yoga, le watsu, le portage, les massages est encore plus sélectif, car ces prestations ne sont pas remboursées par l'assurance de base et doivent être payées par les familles. La préparation à la naissance quant à elle n'est remboursée qu'en partie et est également en partie à la charge des familles<sup>250</sup>. Par conséquent, les sages-femmes effectuant des suivis *globaux* ou offrant des prestations complémentaires sont en contact avec des familles issues de la classe moyenne ou moyenne supérieure. Les couples demandant et accédant à ces suivis ont fréquemment une formation universitaire ou de niveau

---

<sup>249</sup> Phelan et Link rappellent que toute prestation qui demande un effort au bénéficiaire, que ce soit un déplacement, un coût ou une recherche d'information, tend à être d'un accès limité pour les couches modestes de la population (2010). Par exemple, 17% de la population suisse souffre de déficience en littératie Notter, P., C. Arnold, E. Von Erlach and P. Hertig (2006). Lire et calculer au quotidien: compétences des adultes en Suisse rapport national de l'étude ALL. Neuchâtel, Office Fédéral de la Statistique. et ne peut notamment pas s'informer sur internet ou lire des brochures informatives.

<sup>250</sup> La préparation à la naissance destinée aux femmes allophone et incluant la participation d'interprètes communautaires est considérée comme une prestation de santé publique et est payée par des subventions étatiques. Les femmes sont en général informées de cette prestation lorsqu'elles sont en contact avec des associations ou qu'elles sont prises en charge dans une consultation spécialisée.

équivalent<sup>251</sup>, sont en emploi et, en couple. Ces familles sont souvent celles qui sont désignées par le qualificatif *chou*, interrogé au chapitre 5. En d'autres termes, les familles accédant aux différentes formes de suivi global, ainsi qu'aux prestations alternatives des sages-femmes, semblent souvent vivre dans des circonstances plutôt favorables, tant du point de vue socio-économique qu'affectif, ce qui transparait dans leur facilité à communiquer et négocier les termes de l'accompagnement. Les modalités d'accès plus difficiles à ces formes de suivi opèrent en d'autres termes une sélection des familles que rencontrent les sages-femmes, limitant de ce fait l'expérience sociale des praticiennes, qui rencontrent une population relativement homogène. Je propose d'examiner maintenant l'expérience de ces sages-femmes et l'implication de celle-ci sur la construction des savoirs.

Les suivis *globaux* permettent aux sages-femmes d'être en contact durant une longue période avec les familles. Elles apprennent ainsi à mieux les connaître et en éprouvent de la satisfaction, car il leur semble ainsi mieux personnaliser leur accompagnement. A terme, l'effort consenti est moindre, car le temps passé ensemble permet d'anticiper une partie des préférences des couples, même si les choix continuent d'être soumis et discutés. Les sages-femmes opèrent ainsi souvent une pré-sélection de leurs conseils ou de leurs suggestions. Telle famille versée dans la consommation biologique et locale se verra suggérer les produits *Weleda* pour nourrissons, plutôt que l'ensemble du panel de produits existant sur le marché. Parfois sages-femmes et parents parlent des caractéristiques d'un produit particulier, plutôt pour le plaisir de vivre des valeurs partagées, renforçant le lien entre la sage-femme et le couple, que pour réellement informer. Ces praticiennes incluent les informations que chaque famille partage, en tant que dimension essentielle du savoir professionnel. C'est grâce à cette connaissance-là, construite au fur et à mesure des rencontres, que l'accompagnement peut être de qualité, ceci en vertu des valeurs d'individualité et d'autonomie que véhiculent ces praticiennes. Et, c'est pourquoi elles attachent autant d'importance à prendre le temps, accédant ainsi mieux, selon elles, à la personnalité unique de chaque femme et de chaque membre de la famille.

Dans le suivi *global*, la relation particulière que les sages-femmes indépendantes entretiennent avec le temps est en effet à son comble. Les femmes qui sont suivies de leur grossesse, à leur post-partum par ces sages-femmes-là, expérimentent un suivi particulièrement attentif, leur offrant le loisir de s'exprimer et d'être entendues. C'est par ailleurs ce qu'elles viennent explicitement rechercher auprès des sages-femmes, car elles estiment les visites chez leur obstétricien trop brèves<sup>252</sup> (Burton-Jeangros 2010). Le besoin que la consultation soit un moment non seulement biomédical, mais également une rencontre ouverte à d'autres besoins, est ainsi partagé tant par les femmes, leurs

---

<sup>251</sup> D'une Haute Ecole Spécialisée ou d'une Ecole Polytechnique (Notes de terrain).

<sup>252</sup> Notes de terrain

compagnons que les sages-femmes. En ce sens, familles et sages-femmes construisent un laboratoire du suivi obstétrical, en rupture avec la logique gestionnaire prévalant dans de nombreux lieux de soins. Dans une logique d'anthropologie des habiletés, les conditions cadres de ce suivi sont suffisamment singulières pour constituer une niche unique de construction de savoirs professionnels. A ce titre, ces suivis globaux peuvent être considérés comme un patrimoine immatériel et, quels que soient leurs limites et leurs paradoxes, ils sont en ce sens à protéger.

Dans l'ensemble, les sages-femmes du suivi global semblent tisser un lien plus proche avec les familles rencontrées que l'ensemble des sages-femmes. La longueur du suivi et la durée de chaque consultation contribue vraisemblablement à ce rapprochement. La proximité socio-culturelle existant entre couples et sages-femmes donne souvent à la rencontre une coloration amicale et, contribue à l'ambiance détendue des consultations. Suite à la demande ou à la pratique spontanée des couples, le tutoiement est parfois adopté durant le suivi. La sage-femme est souvent accueillie par une bise et le plaisir de la rencontre entre la famille et la praticienne est manifeste. Cette proximité relationnelle semble faire partie intégrante des attentes tant des familles que des sages-femmes, constituant une expression du lien de confiance dont parlent souvent les sages-femmes en termes génériques. Les praticiennes effectuant des suivis *globaux* souhaitent être perçues comme des personnes à qui l'on peut se confier, d'où l'importance pour elles de ne pas adopter une attitude formelle.

Ces sages-femmes rencontrent donc des couples qui leur ressemblent. Cela a une influence sur la construction de leur savoir professionnel, à savoir sur leurs représentations de la naissance, de l'éducation des enfants et plus généralement de la vie. Parmi les représentations fréquemment véhiculées, se retrouve l'envie d'un accouchement aussi naturel que possible, investi non seulement comme une question de santé, mais également comme un moment clef de la vie, le lieu d'un investissement du soi. Sages-femmes et parents s'accordent particulièrement sur les valeurs d'autonomie, de choix et de responsabilité. Ces sages-femmes mentionnent l'importance du choix éclairé et ont pour intention de respecter, voire de renforcer l'autonomie des femmes<sup>253</sup>. Les parents s'attendent quant à eux à ce que les différentes options de soin leur soient explicitées et choisissent également ce suivi pour l'accès facilité au choix éclairé<sup>254</sup>. Possédant les capacités et le pouvoir symbolique nécessaire à l'exercice de l'autonomie et du choix éclairé, ces couples sont souvent rompus à l'art de la négociation, rendant agréables ces moments de discussion et de prise de décisions. En d'autres termes, grâce à ces couples qui jouent un rôle formateur, les sages-femmes

---

<sup>253</sup> Il est paradoxal qu'un-e professionnel-le de la santé ou du social ait l'intention de renforcer l'autonomie d'une tierce personne, sans toujours consulter cette dernière sur ses intentions. Le renforcement de l'autonomie m'apparaît comme un nouveau visage du paternalisme soignant.

<sup>254</sup> Les différentes interventions diagnostiques, préventives, et thérapeutiques font l'objet de choix éclairé. Les examens sanguins en cours de grossesse, les touchers vaginaux, le projet de naissance ou les soins à l'enfant sont ainsi discutés avec les parents (notes de terrain).

incorporent une expérience constructive du choix éclairé, renforçant leur engagement à l'égard de cette pratique.

Julie suit la famille Müller, Lisa et Romain, pour leur deuxième grossesse. Les parents sont venus à l'Arcade pour la dernière consultation avant l'accouchement *agréé* en milieu hospitalier, prévu avec Julie. Le couple et la sage-femme s'accueillent en se faisant une bise et en se souriant mutuellement. Julie débute la consultation en demandant comment se passe la fin de la grossesse, s'en suit une conversation sur les derniers préparatifs pour la naissance et le retour à la maison. Le couple me dit en cours de consultation que le suivi sage-femme a été choisi pour la possibilité de pouvoir discuter et choisir les détails du suivi. Vers la fin de la discussion, Julie aborde le dépistage du streptocoque B proposé à toute femme enceinte dans le canton. La question avait déjà été abordée lors de la précédente consultation et devant l'hésitation du couple, la décision avait été reportée à la dernière rencontre prénatale. Hésitant entre un risque faible et le surcroît de médicalisation que peut entraîner ce test, Lisa n'est pas complètement certaine de sa décision. Julie ne fait aucune pression ni dans un sens, ni dans l'autre. De mon point de vue d'observatrice, j'ai l'impression qu'elle-même se sent ambivalente envers ce test supplémentaire introduit relativement récemment et qui implique l'administration d'antibiotiques par voie intraveineuse pour les femmes testées positivement, même en l'absence de symptômes. Julie qualifie cette prise de décisions en tant qu'exercice de la responsabilité inhérente au rôle de parent. Mme Müller hésite encore, mais privilégie finalement le dépistage, perçu localement comme plus sûr. Suit la partie clinique de la consultation avec, entre autres, palpation abdominale et, écoute du cœur fœtal à l'ultrason. A la fin de cette séquence, Julie demande à Lisa si elle souhaite ou non un examen vaginal, pour avoir une idée de l'état de son col de l'utérus. Lisa opte pour l'examen qui peut lui donner une indication sur l'attitude à adopter en début du travail. A ses yeux, un col plus favorable impliquerait un départ un peu plus rapide pour la maternité. Après un dernier échange, une bise et l'appréhension joyeuse de se retrouver la prochaine fois pour la naissance, Lisa, Romain, et Julie, prennent congé. (Observation d'une consultation de grossesse, Julie)

Suivre des familles issues de milieux socioculturels similaires conforte les sages-femmes dans leurs représentations lesquelles deviennent parfois des certitudes. L'autonomie, le choix éclairé, et la responsabilisation de soi semblent être des valeurs opérationnelles et bénéfiques dans le cadre des situations constructives rencontrées en suivi global avec des familles *choux*. Ces couples s'expriment volontiers, avec aisance, et peuvent donner l'impression à la sage-femme qu'il est facile de s'affirmer au sein de la relation soignant-soigné<sup>255</sup>. Dans ces situations, le pouvoir inhérent à toute relation d'aide devient presque invisible, tant la relation semble fluide et harmonieuse. Par ailleurs, aussi bien les couples que les sages-femmes semblent valider que la vie est une question de choix. Exerçant une profession relativement bien rémunérée, ayant un réseau social suffisamment fourni, un niveau de littératie en santé remarquable et, parfois une trajectoire de vie relativement « simple », ces familles sont dans une situation où le choix et l'affirmation de soi sont facilités. Par ailleurs, tant les sages-femmes que les familles optant pour un suivi de grossesse par une sage-femme semblent suivre des activités de développement personnel au cours desquelles les notions d'autonomie, de choix, et de responsabilité sont renforcées<sup>256</sup>. L'idée que le déroulement de la vie soit une question de choix et

---

<sup>255</sup> Par son étude historique des discours de médecins, Boltanski a montré que la proximité sociale entre médecins et familles des milieux aisés, donnait lieu à des inégalités de traitement, ceci en termes de temporalité de la consultation, d'écoute et d'information (1984).

<sup>256</sup> Ayant moi-même suivi de nombreux stages de développement personnel, j'ai été passablement soumise à ce type de discours. Actuellement, les messages valorisant l'autonomie, et la prise en charge du soi pour construire le bonheur, sont légions sur le réseau social



d'attitude face aux évènements peut ainsi être évoquée aussi bien par les parents que les sages-femmes, aboutissant à l'élaboration d'un discours circulaire faisant savoir. Par conséquent, certaines sages-femmes cristallisent parfois l'idée que la vie et le destin sont une affaire de choix, d'autonomie, et de responsabilité.

Ces conceptions de l'individualité deviennent problématiques lorsqu'elles sont adoptées sur un mode cristallisé et que les sages-femmes entrent en contact avec des parents ne pouvant pas adopter une posture assertive, ni « se prendre en mains » pour exercer le choix éclairé, voire se sortir de situations difficiles. Certains parents n'ont pas forcément d'idée préconçue sur ce que devrait être leur accouchement par exemple, n'ont pas développé pour habitude de participer aux décisions concernant leur santé et ne prennent pas volontiers la parole face aux professionnel-le-s de la santé. Durant les observations, ces parents semblaient issus des classes moyennes inférieures, exerçant des emplois mal rémunérés et à moindre responsabilité. Ces parents n'étaient par ailleurs pas nécessairement dans des situations de grande vulnérabilité, telle que je les ai illustrées au chapitre 6, mais bénéficiaient de moins de latitude d'action sur leur vie que les parents recourant au suivi global. Les parents moins assertifs sont parfois issus des classes moyennes également. Un aspect de la personnalité, une timidité ou une propension à ressentir de l'anxiété, semblent rendre l'auto-affirmation de soi difficile. Les sages-femmes évoquent parfois un manque d'autonomie de ces parents, directement ou à l'aide de paraphrases, parce qu'ils n'ont pas ou n'expriment pas d'attentes particulières.

Anne-Catherine me rencontre dans le cabinet de sages-femmes collectif dans lequel elle travaille. Avant de nous installer pour l'entretien, elle me fait visiter chaque pièce et décrit les activités qui y sont pratiquées. S'attardant un peu sur la préparation à la naissance, Laurie regrette que souvent les parents n'aient pas d'attentes ou de demandes particulières en regard de cette activité, ce qu'elle voit comme un certain manque d'engagement et d'assertivité dans la relation avec les professionnel-le-s de la santé et dans le processus du devenir parent. Aimant débattre et échanger, animée, Laurie attend des parents une attitude assertive. (Visite du cabinet avant l'entretien, Anne-Catherine)

Le terme d'autonomie, devenu un lieu commun, fait rarement l'objet d'une définition, les sages-femmes interprétant ainsi cette notion en fonction de leur parcours et à leur guise. Promouvoir l'autonomie n'est de ce fait pas toujours un respect des droits de la personne soignée, mais peut constituer en une imposition de normes comportementales. Certaines praticiennes ressentent notamment le besoin de stimuler l'autonomie et la responsabilisation des femmes et peuvent être en contradiction avec les besoins de ces dernières :

---

Facebook. Certaines pages de ce réseau portent cette idéologie dans leur nom telle que par exemple « la solution est en vous ». Deux exemples de ces maximes : « Les gens les plus heureux n'ont pas tout ce qu'il y a de mieux. Ils font juste de leur mieux avec ce qu'ils ont », « Vous ne pouvez pas contrôler les paroles de certaines personnes, ni comment elles vous traitent. Mais vous pouvez contrôler comment vous y réagirez ». Une personne effectuant du développement personnel et étant sur les réseaux sociaux est fréquemment soumise à ces discours (Notes auto-ethnographiques et de terrain).

Pauline a rendez-vous chez Nora, suivie sur ordre médical en raison d'une tension élevée. Nora est presque au terme de sa grossesse et Pauline la rencontre pour la seconde fois. Quelques années auparavant, Nora a souffert d'un grave problème de santé qui a encore des répercussions dans son quotidien. Lors de l'épisode le plus critique, encourant un danger vital immédiat, Nora a bénéficié d'un suivi attentif par l'un des meilleurs spécialistes de sa pathologie. Nora n'ayant pas d'assurance privée, elle ne s'attendait pas à cette considération et en est reconnaissante. Elle décrit ce suivi comme étant de grande qualité, lui donnant une sensation de sécurité malgré la gravité de son état. Aujourd'hui enceinte, Nora bénéficie d'un suivi interprofessionnel en raison de son état de santé. Cependant, sans assurance privée, elle n'est pas au bénéfice d'un suivi continu ni par un obstétricien ni par une sage-femme<sup>257</sup>. Par conséquent, Nora recommence son récit à chaque consultation, voit les visages effrayés des médecins et des sages-femmes à la lecture de son dossier et, sent leur désarroi. Ce suivi obstétrical contrastant très fortement avec le suivi médical des années précédentes la déstabilise. Nora trouve que la communication ne se fait pas d'une fois à l'autre entre les professionnel-le-s. En l'entendant, je me dis qu'elle a besoin d'un suivi continu conduit par un tandem stable médecin-sage-femme pour mettre fin à cette impression d'éternel recommencement. J'espère que Pauline proposera d'appeler la maternité pour demander un suivi continu. Pauline écoute attentivement le récit pendant plusieurs minutes, mais ne propose pas de piste. Je décide d'intervenir en cours d'observation, ce que je ne fais habituellement pas sur un mode prescriptif, sans y être invitée par la sage-femme ou les parents, et suggère à Pauline de demander un suivi continu à la maternité. Pauline reprend l'idée et suggère que Nora appelle la maternité pour demander le suivi continu à l'équipe obstétricale. Nora s'offusque, ne voulant pas passer pour une personne difficile et montrant qu'elle n'osera pas téléphoner. Pauline insiste pour que Nora appelle elle-même et propose de contacter la maternité en cas de refus de la demande. La fin de la grossesse est proche, si le suivi peut être amélioré, c'est maintenant ou jamais. J'interromps une nouvelle fois l'échange, interférant avec la prise en soins. Je suggère à Pauline d'appeler la maternité, car manifestement Nora ne le fera pas. Pauline est étonnée par mon intervention, dit qu'elle verra ce qu'elle peut faire. Après la consultation, dans la voiture, Pauline me fait remarquer que j'ai modifié le cours de la consultation. Elle m'explique qu'elle a pour objectif de respecter l'autonomie des femmes et qu'elle fait en sorte que les femmes fassent elles-mêmes les démarches nécessaires à leurs soins<sup>258</sup>. Paradoxalement, la conception de l'autonomie était décidée unilatéralement par cette sage-femme. (Observation à domicile, Pauline)

L'autonomie en tant que finalité du développement surpasse parfois l'objectif de personnalisation des soins et devient alors prioritaire dans les prises de décision de certaines sages-femmes. L'imprégnation culturelle, renforcée au contact de familles de classe moyenne et dans les démarches de développement personnel, empêche une prise de recul et une relativisation de cette valeur. Ces sages-femmes promeuvent ainsi les valeurs de leur propre groupe social qu'elles ont incorporées et personnalisées au cours de leur expérience de vie. Paradoxalement encore, ces sages-femmes férues de l'idéal d'autonomie sont celles qui refusent le plus fermement l'idée d'inclure leur histoire et leurs valeurs dans l'accompagnement. Ces praticiennes rejettent ainsi explicitement l'idée de recourir à

---

<sup>257</sup> Les suivis continus par des sages-femmes sont réservés aux femmes ayant des grossesses physiologiques. Les femmes suivies par la consultation psychosociale bénéficient également d'une forme de continuité des soins. Nora n'entre ni dans l'une ni dans l'autre de ses catégories.

<sup>258</sup> Mon intervention peut en partie être considérée comme problématique, puisqu'elle modifie le décours de la consultation. Comme je l'ai annoncé dans la cadre de référence, l'anthropologie à laquelle je me réfère se veut impliquée. Par conséquent, je conçois que ponctuellement je puisse jouer un rôle non neutre, quand cela est demandé par la situation. En l'occurrence, c'est ici mon intervention et le besoin de Pauline d'en discuter qui a permis de dévoiler la posture précise de cette sage-femme à l'égard de l'autonomie. Et donc, même si j'ai regretté d'être intervenue à l'encontre de Pauline, car je l'ai gênée, j'ai par contre estimé que cela été utile à ma récolte des données. Je ne sais pas par contre si cela aura joué un rôle pour Nora, ne sachant pas ce que Pauline a finalement décidé de faire.

leur expérience de mère dans l'accompagnement des femmes. Utiliser sa maternité en tant que source de savoir est vu comme une confusion, une projection de soi sur l'autre, en d'autres termes une forme de colonisation personnelle<sup>259</sup>. La force de ce rejet, et la conviction de ne pas utiliser de savoir personnel, fait obstacle à une exploration réflexive de ce qui est emprunté aux valeurs, représentations et pratiques personnelles dans le quotidien professionnel. Les idéaux d'autonomie, de choix, et de responsabilité individuels, devenus des vérités sur le monde, sont abstraites de leur origine sociale, culturelle, et personnelle et, ne peuvent par conséquent par être identifiés en tant que représentations empruntées à la vie personnelle et sociale.

Enfin et toujours paradoxalement, l'accompagnement soigneux et la disponibilité offerte par les sages-femmes effectuant des suivis globaux, relève autant d'une logique du Care que d'une logique de promotion de l'autonomie. La temporalité de la consultation, les nombreuses heures supplémentaires et l'implication, relèvent d'une reconnaissance agie du besoin d'interdépendance évoqué par les théoricien-ne-s du Care. La continuité du suivi va d'ailleurs parfois très loin. Certaines sages-femmes mettent un point d'honneur à ne jamais être remplacée par une collègue, Laurie renonçant parfois à prendre des vacances à cette fin. Parfois, les discours de survalorisation de l'autonomie sont accompagnés d'attitudes et de pratiques plus sensibles à la vulnérabilité sociale lors de contacts avec des familles traversant des difficultés socio-économiques. Ce dernier paradoxe montre comment les différentes logiques, explicites ou, tacites et agies en pratique, comprennent nécessairement incohérences, contradictions, ou exceptions, qui sont ajustées, ou non, aux besoins des parents.

Encore marginal dans le système de santé suisse, le suivi continu par une sage-femme est validé par des recherches rigoureuses produites dans le cadre de l'EBM (NICE 2007, Sandall, Soltani et al. 2013). Son développement semble freiné par les obstétriciens dans une logique de concurrence d'une part, telle qu'elle est dévoilée par la sociologie des professions, et reste d'autre part moins connu et moins demandé par les familles<sup>260</sup>. Cependant, étant donné le niveau de preuve des recherches soulignant son efficacité, le plus haut dans le modèle de l'EBM, cette forme de suivi devrait être de plus en plus valorisée, l'étant déjà sans conteste dans les écoles de sages-femmes. Cette légitimation des suivis continus par la recherche devrait conforter l'assertivité professionnelle déjà observable aujourd'hui chez les praticiennes les effectuant. Comme je l'ai évoqué, ces suivis sont présentés comme la

---

<sup>259</sup> Je reprends le terme de colonisation employé par Boltanski pour parler de l'imposition des normes de comportement par les médecins aux familles (p.29, 1984). Notes de conversation avec Pauline, Delphine et Catherine.

<sup>260</sup> Toutes les formes d'accouchement extrahospitalier ont fait l'objet de critiques récurrentes et explicites dans les media au cours des dix dernières années, notamment à l'occasion de l'ouverture des maisons de naissance dans le canton de Genève. Le suivi agréé est actuellement menacé, les contrats des sages-femmes ne devraient ainsi pas être renouvelés, ce qui a également fait l'objet d'articles dans la presse romande et est l'objet d'une pétition par une association de parents sur internet.

quintessence de l'activité de sage-femme, permettant de déployer l'intégralité du rôle prévu par les règlements et lois régissant la profession.

Soutenues par les résultats de recherche et par les populations à haut pouvoir symbolique qui recourent à leurs services, pratiquant le rôle professionnel avec un maximum de latitude, les sages-femmes effectuant les suivis continus forment ainsi un segment professionnel fort. Les praticiennes effectuant ces suivis adoptent par ailleurs et parfois un point de vue critique à l'encontre des sages-femmes effectuant des suivis discontinus, ou continus uniquement sur la période postnatale. Comme si les unes effectuaient le vrai travail, et les autres *le sale boulot*<sup>261</sup> (Hughes 1984, Hammer and Ferreira 2009). Evoquant l'accompagnement des familles en situation de vulnérabilité plurielle, ces sages-femmes affirment que le rôle des sages-femmes consiste à se focaliser sur la naissance et à déléguer les autres dimensions du suivi au réseau socio-sanitaire. Moins au fait des aléas de fonctionnement du réseau et des besoins parfois cruciaux des familles en situation de vulnérabilité, elles rejettent les initiatives « hors obstétrique » prises par les sages-femmes en contact avec la vulnérabilité sociale. En ce sens, elles se constituent en un segment qui entend définir ce qu'est ou n'est pas la profession et l'activité de sage-femme, ceci malgré leur position minoritaire en termes de nombre de suivis.

Dans ses formes actuelles, bien que contribuant à la construction de savoirs originaux sur l'accompagnement, le suivi continu tend à s'inscrire dans le schéma inégalitaire de l'accès aux soins de santé, suivant une logique des besoins inversés (Hart 1971, Hart 2000). C'est-à-dire que les familles qui bénéficieraient le plus de suivis continus, soit les familles en situation de vulnérabilité socio-économique, n'en reçoivent que durant la période postnatale, et non durant l'ensemble de la naissance<sup>262</sup>. Les critiques émises par ces sages-femmes sont donc problématiques, car elles ne prennent pas en considération la situation réelle de soin en présence de vulnérabilité, impliquant une détresse intense et une impuissance des familles. Se représentant leur activité comme étant au cœur de la profession, il leur est difficile de concevoir la dimension contextuelle et sociale de leurs savoirs et, par conséquent, d'identifier les situations de vulnérabilité en tant qu'espaces de non expertise.

---

<sup>261</sup> Dans les travaux de Hughes, le *sale boulot* est constitué par les activités moins valorisées qui sont déléguées à des personnes elles-mêmes socialement moins valorisées. La qualification et la distribution des activités participent de la définition de hiérarchies entre groupes et segments professionnels. Que les suivis continus impliquent une rencontre avec des catégories valorisées de la population pourrait en ce sens renforcer l'auto-valorisation du segment professionnel concerné par ces suivis.

<sup>262</sup> Les femmes souffrant à la fois de troubles psychiatriques et de problèmes psychosociaux sont suivies par une équipe spécialisée en maternité publique. Ce n'est pas le cas des femmes ayant uniquement l'une ou l'autre forme de ces problèmes. Par ailleurs, bien que des efforts soient faits en ce sens, le passage du suivi par l'équipe hospitalière au suivi par une sage-femme indépendante durant la période postnatale comporte souvent des contretemps liés à la situation non écologique des soins en maternité et à des problèmes de circulation de l'information, comme je l'ai déjà montré au chapitre...

Les activités exercées par les sages-femmes indépendantes déterminent les populations rencontrées au quotidien par ces praticiennes et participent de la construction de leurs savoirs expérientiels. Plus leur accompagnement est accessible et se rapproche d'une logique de bas seuil, plus les sages-femmes rencontrent la population dans sa diversité, se confrontant alors aux vulnérabilités plurielles qu'impliquent certaines trajectoires et circonstances sociales. Plus le suivi est original et donc rendu difficile d'accès, plus il est choisi par des parents éduqués et partageant de nombreuses valeurs avec les sages-femmes. Les activités spécifiques exercées par les sages-femmes contribuent ainsi à la formation de segments professionnels distincts impliquant la construction de savoirs et de pratiques différenciés de l'accompagnement. Les unes diversifient leur rôle professionnel pour s'adapter aux rudesses de la ville et au fonctionnement concret des réseaux interdisciplinaires. Les autres, parce qu'elles offrent un suivi attentif et de longue durée, rencontrent des populations éduquées et affinent leur pratique du choix éclairé au contact de ces familles. Ces sages-femmes et ces familles développent par ailleurs des discours circulaires sur la naissance, des savoirs de classe, en raison de la proximité de leur insertion sociale, confirmant une fois encore les réflexions faites par Boltanski (1984) et Neyrand (2000).

## **8.2 Appréhender la culture du risque à domicile : un jeu du chat et de la souris ?**

Le second phénomène socioculturel saillant qui intervient à la fois dans la construction de savoirs et dans la différenciation de segments professionnels est le risque. Je n'avais pas l'intention d'investiguer ce phénomène dans cette recherche, celui-ci faisant déjà l'objet de nombreuses publications analysant son influence sur la naissance. La catégorie du risque émerge cependant nettement des observations, appelant une poursuite des réflexions à son sujet. La relation au risque intervient en effet en tant que thème récurrent et quasi ubiquitaire dans la construction du savoir des sages-femmes, à tel point que sa logique semble difficile à contourner (Scamell 2011, Scamell and Alaszewski 2012). La triangulation des méthodes m'a permis d'identifier des aspects du risque peu explorés jusqu'ici et, de poursuivre la réflexion sur cet important sujet.

Dans ce sous-chapitre, après une introduction sur l'implication du risque dans l'accompagnement de la naissance, ce phénomène apparaîtra dans l'expérience, les représentations, et les pratiques de sages-femmes. Cette discussion intègre des émotions et des sentiments parfois lourds à porter et qui sont soulevés par les sages-femmes. Ces dimensions de l'expérience sont en effet peu détaillées dans les publications concernant l'intervention du risque dans le champ de la naissance, d'où l'intérêt de les discuter ici. La triangulation des méthodes dévoile par ailleurs comment les discours et les pratiques au sujet du risque varient, notamment lorsque les mêmes interlocutrices sont entendues et observées dans des circonstances différentes. Ceci me permettra de montrer que l'appartenance à

des segments particuliers, notamment à celui des sages-femmes effectuant des accouchements à domicile, ne protège pas d'une intégration de la culture du risque. La diversité des postures adoptées dans un segment, et par de mêmes sages-femmes, souligne ici encore l'importance de ne pas réifier ni les appartenances, ni d'ailleurs les personnalités des praticiennes.

Le phénomène du risque, parce qu'il marque particulièrement les sociétés occidentales contemporaines, a été amplement interrogé par les sciences sociales. Je ne procède par conséquent pas à une revue de littérature supplémentaire, mais résume quelques-unes des analyses importantes faites à son sujet. Le risque, à l'instar de l'autonomie et de la responsabilité individuelle au sous-chapitre précédent, constitue un phénomène culturel présent dans la société en général sous la forme de représentations et de pratiques, s'exprimant aussi, *a fortiori*, en médecine et en obstétrique (Douglas 1992, Lupton 1999, Lupton 1999, Carricaburu 2005). Dans le sens où le risque tend à influencer de nombreuses représentations et pratiques autour de la naissance, je considère qu'il fait savoir, constituant un filtre de compréhension culturelle des situations obstétricales.

Le terme de risque est usité tant chez les profanes que les professionnel-le-s et, fréquemment sans prise de distance. Ceci est paradoxal, puisque que dans de nombreux champs de l'activité humaine la sécurité n'a jamais été aussi élevée (Scamell 2011). C'est notamment le cas de la naissance dans les pays occidentaux dont la mortalité maternelle et périnatale a notablement baissé au cours du vingtième siècle. Par contre et paradoxalement encore, l'approche par le risque contribue vraisemblablement à augmenter le taux de morbidité maternelle et néonatale par l'augmentation des interventions obstétricales que sa crainte suscite. Ainsi aujourd'hui, une femme sur trois « risque » une césarienne, qui n'est pas une opération mineure, faut-il le rappeler ? Cette augmentation récente des taux de césarienne s'est faite sans amélioration notable de la santé maternelle, alors qu'elle affecte la santé maternelle et néonatale négativement si l'indication médicale n'est pas bien posée (De Luca, Boulvain et al. 2009, Caughey, Cahill et al. 2014). La peur du risque, associée à la difficulté de gérer la charge de travail dans une médecine subissant la rationalisation des soins, contribue à une augmentation dramatique des accouchements provoqués ou stimulés par de l'ocytocine (Carricaburu 2005, Carricaburu 2007). La médicalisation de la naissance est utilisée dans l'objectif de maîtriser le risque, -devenant à cet égard l'objet transitionnel et rassurant des équipes médico-soignantes. Le risque fait par ailleurs système avec plusieurs autres phénomènes contemporains, dont la judiciarisation des rapports entre médecins et personnes soignées et, l'audit et accountability cultures (Manai, Burton-Jeangros et al. 2010). Médicaliser la naissance semble ainsi diminuer les craintes de représailles et de leurs expressions ultimes, encore rares en Europe, les plaintes, procès et condamnations à l'encontre des professionnel-le-s de la santé

(Burton-Jeangros, Hammer et al. 2010, Hammer 2010). La relation au risque des acteurs sociaux résulte d'une interaction systémique entre de nombreux enjeux sociétaux et est, de ce fait, particulièrement complexe à appréhender.

Si la naissance se déroule souvent normalement, sans complications et sans danger, pour la mère et pour l'enfant, des complications, plus ou moins prévisibles et sévères, surgissent néanmoins parfois. Morts d'enfants en cours de grossesse, accouchements immatures, hémorragies ou pré-éclampsie menaçantes, sont des expériences marquantes que font sages-femmes et obstétriciens, particulièrement dans les établissements hospitaliers de moyenne ou de grande taille<sup>263</sup>. Le rôle de la sage-femme est ainsi paradoxal. D'un côté, cette praticienne est supposée accompagner la normalité de la naissance (Scamell 2011, Scamell and Alaszewski 2012), laisser leur place aux émotions, à la joie, chercher à se faire petite pour respecter l'intimité des parents. Et, d'un autre côté, elle doit identifier les signes précurseurs de complications, sans inquiéter les parents, mais en développant une perspicacité mettant les parents, mais aussi elle-même, à l'abri de « mauvaises surprises ». Ces signes, lorsqu'ils sont utilisés de manière pondérée, permettent d'anticiper, puis de gérer, les événements pathologiques avec plus d'efficacité. Une partie de l'art de la sage-femme réside en cette capacité d'attention calme, n'entachant pas l'évènement naissance, mais permettant de réagir en temps opportuns<sup>264</sup>.

La catégorie du risque intervient comme une distinction identitaire entre médecins et sages-femmes, mais également entre sages-femmes hospitalières et sages-femmes indépendantes contribuant à la formation de segments professionnels distincts (Carricaburu 2007, Gouilhers 2010, Cavalli and Gouilhers 2014). Les sages-femmes sont plus critiques à l'encontre de l'appréhension du risque que les obstétriciens, regrettant le surcroît de médicalisation ainsi engendré, selon elles. La relation au risque diffère par ailleurs sensiblement selon que les sages-femmes appartiennent aux segments hospitaliers ou indépendants de leurs professions, les sages-femmes indépendantes étant globalement plus critiques à l'encontre du risque que les sages-femmes hospitalières. Ces sages-femmes opposent par ailleurs la notion de physiologie, qui signifie pour elles que la naissance se déroule *a priori* sans complication, à celle de risque, et se posent en avocates de la physiologie que l'approche par la risque menace (Gouilhers 2010).

---

<sup>263</sup> La naissance se passant souvent bien, lorsque l'on n'interfère pas inutilement avec son processus, il faut qu'une institution ait une certaine taille critique pour que les pathologies importantes soient *visibles*. C'est en raison de la relative rareté de certaines pathologies, que les décideurs politiques craignent parfois que le personnel actif dans les petites structures n'ait pas les compétences nécessaires au diagnostic et au traitement de ces pathologies lorsqu'elles surviennent. C'est ce qui explique en partie la structure hospitalière adoptée en France et qui est, en partie, évoqué lors des fusions de maternités en Suisse romande.

<sup>264</sup> Scamell postule que la perspective du risque corrompt l'accompagnement de la naissance normale. L'attention portée au dépistage d'évènements futurs rendant à ces yeux très difficile l'accompagnement paisible du déroulement présent de la naissance (2011). Je suis moins pessimiste qu'elle, et postule que la logique du risque peut à certaines conditions être intégrée sans irrémédiablement perturber le climat de la naissance.

J'ai souligné déjà l'éthos de la moindre empreinte qui fait savoir dans la communauté de pratique de sages-femmes indépendantes rencontrée. Cet ethos peut également être compris comme une résistance à l'approche par le risque et à la médicalisation conséquente, marquant l'existence du segment professionnel des sages-femmes indépendantes. Cependant, la relation au risque n'est pas univoque et comprend plusieurs dimensions telles que discours, pratiques, ainsi qu'une phénoménologie du risque. Dans la communauté de pratique que constitue l'Arcade, différents sous-segments professionnels plus ou moins délimités se constituent à partir de l'activité des sages-femmes. J'ai évoqué déjà les sages-femmes effectuant des suivis globaux et celles faisant essentiellement des suivis postnataux et montré comment ces activités influent sur la construction des savoirs. Deux autres segments se distinguent par leur relation différenciée au risque : celui des sages-femmes effectuant des accouchements extrahospitaliers et celui des sages-femmes n'en effectuant pas.

L'Arcade sages-femmes, je le rappelle, avait été créée à partir de la fusion de deux groupes de sages-femmes recouvrant spécifiquement ces deux segments (Luisier, Masur et al. 2014). Si les raisons amenant une sage-femme à ne pas pratiquer d'accouchements extrahospitaliers ne sont pas uniquement liées à la relation entretenue avec le risque<sup>265</sup>, cette relation est néanmoins essentielle. Pour pratiquer des accouchements à domicile, une sage-femme doit en effet construire une double distance face à la culture du risque. Elle doit d'une part ne pas avoir trop intégré cette culture, pour garder une confiance suffisante dans le processus de l'accouchement, pour penser et sentir qu'à certaines conditions l'accouchement à la maison est sûr et donc acceptable. D'autre part, cette sage-femme doit être à même de se préserver du regard extérieur, notamment celui des institutions hospitalières, des obstétriciens, et des pédiatres, pour la plupart ouvertement opposés à l'idée d'accouchement à domicile. En d'autres termes, ces sages-femmes doivent avoir incorporé une sécurité intérieure particulièrement élevée, en regard de la naissance et de leurs compétences, pour oser maintenir cette pratique à contre-courant<sup>266</sup>.

De manière prévisible, les sages-femmes pratiquant les accouchements extrahospitaliers tiennent des discours militants en faveur du respect de la physiologie et sont critiques face à l'augmentation de la médicalisation illustrée par le taux de césariennes. Cependant, lorsque ces sages-femmes n'ont pas la sensation de devoir produire un discours critique à l'encontre du risque, à des fins politiques, elles dévoilent dans leur discours et leur pratique, qu'en définitive, elles-aussi prennent le risque en

---

<sup>265</sup> Les sages-femmes, qui font des suivis globaux en incluant l'accouchement, mentionnent l'importante implication en temps que cette pratique demande, évoquant une perte de liberté. Les nombreux jours de garde autour de l'accouchement empêchent par exemple de partir, ne serait-ce que pour une journée de ski.

<sup>266</sup> Même si la dernière version du guideline du NICE publiée en 2014 par le NHS britannique suggère que l'accouchement à domicile est une option sûre, voire meilleure que l'accouchement en milieu hospitalier à certaines conditions, la pratique de l'accouchement à domicile reste marginale et fortement critiquée en Suisse romande.



considération, et se distinguent alors de la représentation naïve souvent véhiculée à leur propos. Maude décrit spontanément, au cours d'un entretien de recherche, plusieurs situations d'accouchement à domicile lui ayant posé problème. Elle me dit que les situations se passent souvent très bien, mais choisit de me raconter celles où elle a ressenti des doutes ou celles qui ne sont pas déroulées de manière attendue. La première situation concerne un accouchement pour lequel elle arrivé juste après la naissance, en raison de la rapidité de celle-ci et du trafic en ville. La seconde, racontée ci-dessous parle du doute vécu au cours d'un accompagnement difficile et la troisième, également résumée ci-après, d'une autre hésitation à transférer. Dans ces trois situations, Maud accepte de s'exposer, spontanément. Ses décisions seraient en effet questionnées si elles étaient connues par des professionnel-le-s travaillant en maternité hospitalière.

Dans la première situation, un pré-travail dure longtemps et laisse le doute s'infiltrer dans les réflexions de Maude, dévoilant comment la culture du risque s'invite chez cette sage-femme rompue à la pratique des accouchements à domicile :

Elle était pas encore en travail, c'était un pré-travail qui devenait pénible, fatiguant. Je savais pas encore dans quel sens ça allait aller. Au bout d'un moment, Sylvie n'en pouvait plus, elle commençait à être hyper fatiguée, le col bougeait toujours pas. Je commençais à trouver un peu long et je savais pas trop comment gérer cette histoire. On a plus ou moins décidé avec Sylvie qu'on se laissait encore une heure et, peut-être, que si c'était toujours pareil elle partirait à la mat. Quand son mari est revenu et quand on lui a dit que ça devenait dur, qu'on se laissait encore un moment mais qu'on envisageait de partir à la maternité, il a presque commencé à l'engueuler. Je me suis dit c'est quoi cette histoire, je le trouvais pas très cool avec elle. Et pis après, ça a tout changé. Il lui a dit « Mais tu voulais accoucher à la maison ou tu voulais pas accoucher à la maison ? On va pas déjà partir à la maternité maintenant, on continue. » Après, il m'a demandé si c'était vraiment nécessaire d'aller à la maternité tout de suite. J'ai dit y a pas d'urgence, on peut encore essayer et si ça va pas, on ira. Il avait pas du tout envie et il a complètement changé d'attitude du coup. Il s'est mis avec sa femme, il la soutenait. Finalement ça a commencé à bouger gentiment et elle a accouché à 2 heures du matin. J'avais commencé à avoir des flips, à avoir peur que ça bouge pas, que la rupture de la poche soit plus vieille, qu'il y ait une infection. S'il arrivait quelque chose. Je me sentais pas très bien avec cette responsabilité. (Entretien enregistré, Maude)

Dans la seconde situation, Maude évoque le doute ressenti quand un signe clinique pose l'accouchement dans une zone grise, plus complètement physiologique. Le processus d'accouchement évolue cependant, rendant parfois caduc des prises de décision prises en cohérence avec la culture du risque :

Il y a des situations limpides et des situations moins limpides. Des fois, c'est pas très limpide pendant un certain temps et tout d'un coup hop on passe dans une autre dynamique, les choses avancent. Je me souviens d'un autre accouchement, à la campagne, c'était un premier bébé, c'était assez long, mais ça avançait sans problème particulier. Au bout d'un moment, elle a perdu les eaux qui n'étaient pas vraiment claires, mais pas franchement méconiales<sup>267</sup>. Je me suis dit, bon on va pas paniquer tout de suite, on va observer un petit peu. Elle a perdu les eaux peut-être que ça va accélérer un petit peu le travail et pis on va attendre un peu, on va regarder. Mais bon y'avait déjà un petit truc qui me plaisait qu'à moitié, j'ai attendu une heure, deux heures, et ça avait toujours pas trop trop bougé. J'étais dans le doute et du coup j'appelle ma collègue Chloé qui devait être la deuxième sage-femme

---

<sup>267</sup> C'est-à-dire épaissies par une importante quantité de méconium, les selles que fabriquent le fœtus pendant la grossesse. En obstétrique, le liquide méconial est considéré comme un signe qu'il y a eu ou qu'il y a une souffrance fœtale. Le liquide méconial s'il est inhalé lors de la naissance peut provoquer des pneumonies chimiques chez le nouveau-né, d'où la réflexion des deux sages-femmes quant à la conduite à tenir.

pour la naissance et je lui raconte l'histoire. Elle me dit j'ai un mauvais souvenir avec du liquide teinté, je le sens pas trop et j'ai envie de transférer en maternité. On a parlé un moment au téléphone, j'étais sortie de la chambre où la femme était avec son mari. Je pense pas qu'elle a entendu vraiment ce que je disais, mais au moment où je reviens dans la chambre après 10 minutes je pense, quelque chose avait changé. J'observe quelques contractions et effectivement elle était plus la même femme qui avant était un peu passive, qui faisait pas grand-chose. Elle avait changé de position, elle s'était mise debout. J'ai attendu un peu et je l'ai recontrôlée et elle avait avancé énormément, elle était à 8 centimètres de dilatation. Du coup, j'ai rappelé Chloé et je lui dis qu'il fallait venir. La femme a super bien accouché finalement. (Entretien enregistré, Maude)

Maude me parle aussi, dans une rencontre informelle, des difficultés de collaboration occasionnelle avec l'un ou l'autre obstétricien ou pédiatre, lorsqu'elle se fait mal recevoir au téléphone par exemple. Suite à quelques accouchements plus longs et plus difficiles qu'à l'accoutumée, elle s'est mise à douter de sa motivation à continuer d'accompagner des accouchements à domicile. Le risque s'invite dans son expérience de la naissance, sous la forme de doutes, de craintes, de culpabilités parfois aussi, bien plus que ne le laisse supposer les stéréotypes véhiculés sur les sages-femmes suivant des accouchements à domicile.

Mia a effectué un séjour en Afrique du Nord qui a modifié ses conceptions de la naissance. Cette jeune sage-femme a constaté de ses propres yeux les conséquences parfois mortelles de certaines pathologies obstétricales, pour les mères et, surtout, pour les enfants. Mia a étoffé son expertise clinique en voyageant, vivant des expériences difficiles et souvent inédites pour des praticiennes suisses. Paradoxalement, l'expérience dans un milieu de soins manquant de matériel et de personnel lui a donné une plus grande confiance dans la naissance.

Il n'y avait pas les moyens de surveillance du genre PH pour voir le niveau d'hypoxie au sang du cordon, il faudrait voir comment les enfants se développent sur du plus long terme pour être vraiment rassurée. Mais sur le moment, ça me permettait de dépasser mes craintes. Quand je suis revenue à Genève et que j'ai vu les moyens matériels et les connaissances qu'on a, je me suis dit mais wahooo on peut tout faire. C'est génial, on a beaucoup de chance. Avant de partir, j'étais un peu dans cette optique : l'hôpital c'est nul, la maison c'est mieux. Cela m'a vraiment remis les choses à leur place. Pour la physiologie, je trouve qu'à la maison c'est mieux, mais pour la pathologie, il faut aller à l'hôpital. Je garde pas du tout de situation, je me sens pas du tout à l'aise avec une situation plus ou moins normale à la maison. Les enjeux sont trop importants pour vouloir à tout prix rester à la maison. Donc je le dis hyper clairement à mes patientes quand elles commencent le suivi avec moi, on reste à la maison si c'est complètement normal et si ça sort de la norme on va à l'hôpital. Quitte à avoir un accouchement magnifique à l'hôpital, c'est génial aussi. Au moins garder cette sécurité, qui fait qu'on va pas se mordre les doigts après, parce qu'on a trop voulu tirer sur la corde. (Entretien enregistré, Mia)

Les sages-femmes pratiquant des accouchements à domicile parlent souvent des risques, des limites à définir *a priori* et en cours de situation, du stress qui est parfois engendré dans ces expériences. Au cours des contacts avec elles, j'ai pris conscience de leur prudence, mais aussi de leurs doutes face aux naissances moins faciles. Au cours des trois ans qu'ont duré mes observations, il y a eu un

transfert problématique, qui s'est bien terminé, mais qui a fait questionné les réactions en situation des sages-femmes impliquées. J'ai su par des contacts travaillant dans l'institution qui a accueilli le transfert, que certain-e-s praticien-ne-s hospitaliers-ères n'avaient pas de mots assez durs envers ces sages-femmes. L'expression du risque confronte tant à sa propre culpabilité et honte, qu'aux regards et aux paroles des autres, constituant une forme de culture de ces émotions négatives, ressenties et véhiculées dans les services de soins (Douglas 1992, Scamell and Alaszewski 2012). Il s'agit bien sûr de ne pas se tromper d'enjeu : les femmes, les enfants, et les pères, souffrent en première ligne de l'expression des risques. Néanmoins, lorsque le risque s'exprime en complication grave, cela est lourd à porter pour les professionnel-le-s. Dans ces cas-là, les sages-femmes peuvent s'en vouloir pendant des mois, des années et, réorientent parfois même leurs carrières<sup>268</sup>.

La relation au risque chez les sages-femmes est souvent désignée par le terme émique *stress*. Être *stressée* implique de percevoir le risque de manière excessive et, désigne les émotions et les comportements que cela provoque. Une sage-femme stressée momentanément ou souvent, est une sage-femme qui a peur et ressent de l'anxiété. Cela se voit sur les traits de son visage, tendus, évoquant la préoccupation, sur le ton et le rythme de sa voix plus haute et plus rapide et, sur sa manière de manipuler le matériel rapide, maladroit, et bruyante. Le *stress*, expression sensorielle, émotionnelle, et comportementale de la culture du risque, émerge à partir des doutes focalisés sur la qualité et la sécurité du suivi. Les écoles cherchent à former des sages-femmes résistant au *stress* et à la pression et le recrutement tient compte de cette dimension de la personnalité. Cependant, la capacité des candidates à s'autoévaluer, le fait que le recrutement n'ait pas lieu en situation de soins simulée, implique que cette sélection de personnes capables d'un grand sang-froid n'est évidemment pas parfaite. Certaines sages-femmes, bonnes professionnelles par ailleurs, sont plus habitées par la culture du risque, souffrant plus intensément et plus souvent du *stress* que d'autres. Les communautés de pratique développent une ambiance de base plus au moins « stressée et stressante », contribuant à l'installation d'habitus plus ou moins calmes ou stressés. Le *stress*, en d'autres termes le risque incorporé, fait souffrir :

Léa entre en coup de vent dans les locaux communs. Elle dit à peine bonjour et décrit dans un phrasé rapide la situation d'une femme qu'elle vient d'hospitaliser pendant sa grossesse. Cette femme, suivie sur ordre médical pour une hypertension, a soudainement développé une pré-éclampsie inquiétante. Léa retourne son suivi dans tous les sens devant nous, cherchant une erreur, un diagnostic trop tardif. Elle se sent mal, craignant d'avoir commis une coupable négligence. Pourtant, connaissant bien cette pathologie, je sais que son suivi était adéquat. Une sage-femme présente dans les locaux, ainsi que moi-même, tentons de la rassurer en désignant explicitement chacune des étapes du diagnostic et de l'action cliniques qu'elle a correctement entreprises. (Conversation à trois, Léa)

---

<sup>268</sup>Notes de terrain.

Dans l'association de sages-femmes, le calme et la pondération sont considérés comme des attitudes rassurantes pour les familles et, sont par conséquent, considérées comme des savoirs pratiques essentiels, sortes d'incorporations d'une résistance à la culture du risque. Cette attitude « Regardez, je ne stresse pas » est constitutive de l'identité sage-femme ; les praticiennes s'en démarquant sont stigmatisées. Parfois, la culture du calme, du « no stress », développée par certaines sages-femmes, est en décalage avec ce que ressentent les familles et peut être un motif explicite pour demander à changer de sage-femme. La pertinence des savoirs développés se vérifie dans la relation avec chaque famille, la résistance à la culture du risque ne faisant pas toujours recette.

A l'intérieur et à l'extérieur de la communauté de pratique, de nombreuses praticiennes réalisent qu'elles évoluent dans une culture du risque et ont pour objectif de s'en affranchir suffisamment afin d'offrir des soins sûres, mais qui ne soient pas inutilement intrusifs. L'ethos de la moindre empreinte est emblématique de cette intention. Les sages-femmes travaillant en Suisse Romande ont cependant été formées dans des hôpitaux Suisse et/ou français. L'expérience en milieu hospitalier est construite d'une multitude de situations, de relations, d'actions, de sentiments et d'émotions, composant une entité phénoménologique substantielle ne pouvant pas être exhaustivement pensée et déconstruite. D'autant plus, je le rappelle, qu'une proportion importante de l'expérience est ineffable, procédant de sensations et d'actions (Davis-Floyd and Davis 1996, Clark 1998, Ingold 2006, Pink 2009, Ingold 2010). Par conséquent, les discours valorisant la notion de physiologie et, appelant à une limitation de la culture du risque et de la médicalisation, s'accompagnent de pratiques contrastées. La cohérence n'est que partielle, la phénoménologie du risque trahissant parfois les intentions des sages-femmes, mêmes lorsqu'elles accompagnent des naissances extrahospitalières<sup>269</sup>.

La relation au risque habite notamment les soins au nouveau-né. La pesée quotidienne de ces derniers est controversée, car elle peut être anxiogène pour les parents et, pour les professionnel-le-s. Les sages-femmes estiment que l'augmentation de poids se constate mieux avec des pesées plus espacées et, dans les situations physiologiques, certaines questionnent même l'utilisation de la pesée, la prise de poids se remarquant à travers les modifications physiologiques du nouveau-né : les joues, le ventre, et les cuisses qui deviennent plus *ronds*. De nombreuses sages-femmes souhaiteraient peser moins souvent les nouveau-nés pour signifier leur distance à la culture du risque et à la définition chiffrée de la santé typique de la culture biomédicale. Plusieurs d'entre elles s'adaptent aux attentes des parents et laissent le choix en l'absence d'indications concrètes. Certains parents sont fiers d'avoir remarqué à l'allure de l'enfant qu'il avait pris du poids et ne veulent pas

---

<sup>269</sup> Entretien avec Jeanne.

nécessairement de pesée, alors que pour d'autres cet examen constitue un rituel accompagnant la visite de la sage-femme. De rares sages-femmes pèsent les nouveau-nés à chaque visite et semblent réagir de manière exacerbée lorsque la prise de poids n'est pas régulière. Lors de réunions entre sages-femmes, la fréquence des pesées est par conséquent interrogée. Les attitudes *stressées*, en d'autres termes les expressions comportementales et émotionnelles de la culture du risque (Scamell 2011), sont considérées comme anxiogènes pour les parents. Malgré les critiques envers l'outil que constitue la pesée, ce geste, considéré comme peu intrusif, est régulièrement effectué pour répondre à l'attente des pédiatres et faciliter la collaboration avec eux. En d'autres termes, la construction du rapport au risque est l'objet de fréquentes négociations entre les idéaux et un certain pragmatisme nécessaire à la collaboration interprofessionnelle.

L'évolution de la santé du nouveau-né, lorsqu'elle n'est pas univoquement physiologique, engendre doute et stress. La logique de la moindre empreinte voudrait que ces sages-femmes indépendantes interviennent le moins possible par des dépistages ou des traitements. Cette posture éthique implique que ces praticiennes intègrent l'incertitude que provoquent les situations ambiguës, ce qui peut être stressant pour elles et interférer dans leur vie privée :

Pour se préserver, il faut mettre ses limites par rapport à la responsabilité que nous avons, être bien au clair. Pour moi au début, c'était difficile d'aller chez une patiente et d'avoir la présence d'esprit d'être vraiment claire dans ce que je faisais, dans les décisions que je prenais, de repartir en me disant que je suis tranquille, j'ai contrôlé ce qu'il fallait. Tu peux être dans des histoires un peu ambiguës. Par exemple, t'as un bébé jaune, tu te dis est-ce que maintenant je dois le piquer ou pas? C'est pas évident. Quand il est très jaune, tu piques, puis tu vas au labo. Mais quand c'est entre deux, ça soulève plein de questions. Est-ce que je fais vraiment ce geste-là? Est-ce que c'est un geste en trop? Est-ce que si je le fais après je dois repiquer demain, vu que c'est limite? Quand tu te dis que mince, tu voulais rentrer tout de suite, que c'était pas prévu dans ton planning. Tu es fatiguée, c'est la fin de la journée. Mais si t'as décidé de ne pas le faire, que tu rentres à la maison et que tu te dis que, mince, ce bébé peut-être tu aurais dû le piquer. Peut-être qu'il est en zone de photothérapie? Je me montais des films comme ça, à stresser. Je me suis rendue compte que j'étais pas ok avec ma décision. C'est un processus d'apprentissage, de connaissance de soi, de savoir qu'après ce n'est pas simple. Où est la limite? Quand tu sors, supporter ta décision, pour que ça te pourrisse pas la nuit. Savoir exactement ce qu'il y a en jeu, être vraiment honnête avec soi-même. Là, tu piques pas ce bébé, parce que t'as mis en priorité que tu veux rentrer. Et est-ce que c'est ok? Vraiment ok? Avec le tout petit doute que t'avais quand même? (Entretien enregistré, Rebecca)

Pour Rebecca, gérer le *stress* et les doutes implique de se situer soi-même dans le contexte des soins à domicile :

C'est une histoire de bien se connaître et de trouver un équilibre à propos de la responsabilité. C'est pas un métier facile, tu dois tout régler avec toi-même. Quand t'es indépendante, t'as pas une collègue à côté, le service qui va prendre le relais. Une fois que t'as lâché ton patient, il faut être sûr de ce que t'as fait. C'est quelque chose qui se développe avec les années. C'est une sorte de défi quand même d'être sage-femme indépendante. Après dix ans, ça va bien, je suis tranquille, mais ça m'a pris

beaucoup de temps de savoir comment je fonctionnais dans ce monde-là, dans cette jungle-là. On maîtrise pas tout, loin de là. Il peut toujours y avoir des surprises. (Entretien enregistré, Rebecca)

Prendre les décisions dans les zones troubles, lorsque les symptômes ne sont pas univoques, est difficile. D'autant plus que les décisions sont parfois parasitées par d'autres considérations, ici l'épuisement en fin de journée, l'envie de rentrer, plutôt que d'aller au laboratoire. On pourrait argumenter, que si une sage-femme a un doute, elle doit opter pour l'alternative la plus prudente et dans le cas précis, effectuer l'examen. Mais ce doute, n'est pas forcément causé par les signes cliniques eux-mêmes, il est aussi le reflet de sensations internes, d'un *stress* ressenti, du tiraillement entre fatigue et responsabilité et des histoires que chacune se raconte sur les situations. Le doute est autant lié à l'incertitude de la situation clinique qu'à l'expression sensorielle du soignant, reflet de sa trajectoire personnelle et professionnelle, de sa socialisation à la culpabilisante culture du risque. Certaines sages-femmes, comme le montre l'exemple de Rebecca, sont parfois plus « à risque de souffrir du risque ». La relation à ce phénomène reste donc difficile à maîtriser, s'agissant spontanément sous la forme d'émotions, de sentiments, de comportements et d'idées parfois envahissantes. Effectuer l'examen intrusif à chaque doute, calmerait peut-être les professionnelles les plus sensibles à cette culture, mais ferait le jeu de la surmédicalisation et des excès de l'obstétrique contemporaine. Les sages-femmes indépendantes rencontrées, voulant le bien des familles en interférant le moins possible avec les processus entourant la naissance, cherchent par conséquent un équilibre entre sécurité et moindre empreinte et, tentent, mais ne réussissent pas toujours, de discriminer les habitudes culturelles des nécessités cliniques.

Dans une logique d'anthropologie des habiletés, le métier se réinvente chaque jour en émergeant partiellement à partir d'expériences passées. Les habitudes ne peuvent être modifiées que de proche en proche et/ou par un contact substantiel avec des professionnel-le-s pratiquant leur activité selon des modalités différentes. Il est difficile d'inventer et de se réinventer en dehors des sentiers balisés par la communauté de pratique et son environnement direct, représentés ici par l'association de sage-femme et l'hôpital proche. Par ailleurs, pour être reconnue par la communauté des sages-femmes et des médecins comme un-e professionnel-le de la naissance digne de ce nom, chaque sage-femme indépendante doit adopter un suivi s'apparentant suffisamment à ce qui est localement reconnu comme adéquat. Peu de sages-femmes osent sciemment sortir des schémas locaux de suivi, sous peine d'être stigmatisées. Les sages-femmes indépendantes soupèsent donc la nécessité des interventions et se questionnent pour trouver un équilibre entre prévention du risque, ethos de la moindre empreinte et intégration dans le tissu social local. Les savoirs apparaissent ici sous leur jour culturel et négocié, loin de l'idéal d'objectivité que propose le registre de l'EBM.

### **8.3 Ecouter ou conseiller: entre intentions et performances aux temps du risque**

Les sages-femmes de l'Arcade partagent différentes représentations et pratiques, adoptant une temporalité similaire, un ethos de la moindre empreinte et diverses stratégies de valorisation des parents. L'existence et la cohésion du groupe se constatent à travers ces pratiques partagées, distinguant les praticiennes de cette communauté de pratique d'autres segments de sages-femmes. Les pratiques partagées forment un savoir de l'action, agi sans toujours être explicitement identifié et pensé. Ce sous-chapitre interroge la récurrence d'une attitude relationnelle supplémentaire et qui est, elle-aussi, partagée par les sages-femmes, à savoir la formulation de conseils à destination des parents. Pour saisir les enjeux de ces attitudes dans la relation des sages-femmes avec les parents, j'utiliserai certaines critiques formulées en sciences sociales à cet égard et prendrai en considération les descriptions théoriques de la relation d'aide. A l'instar de ce que font les anthropologues des habiletés, j'utiliserai donc moi aussi des savoirs professionnels en tant que repères dans mon analyse. Il ne s'agit pas d'une utilisation au premier degré, qui serait une confusion, mais d'une instrumentalisation qui permet de révéler certaines incohérences « normales », c'est-à-dire inhérentes aux pratiques humaines.

La place importante des conseils dans l'accompagnement des sages-femmes marque sans doute l'appartenance à leur profession, et plus largement aux professions de la santé, dénotant un engouement des soignant-e-s pour la promotion de la santé et la prévention. La diffusion de conseils souligne aussi l'appartenance des praticiennes à une société où l'enseignement explicite prend beaucoup de place, ceci particulièrement dans le champ de la puériculture (Delaisi de Parseval and Lallemand 1998, Neyrand 2000). Aujourd'hui, même si cette diffusion est controversée, devenue pratiquement archaïque, supplantée dans les formations initiales et continues par des techniques telles que l'entretien motivationnel, elle reste vivace en pratique, ce qu'ont montré les observations à domicile. Certaines formes de distribution de conseils aux parents, en longues listes, dénotent aussi d'une intention de « tout » dire, d'une peur d'oublier un risque à signaler aux parents. Ces pratiques s'observent par ailleurs chez des sages-femmes se distançant à d'autres égards explicitement de la culture du risque. Ceci montre, à nouveau et d'une part, l'ubiquité du risque dans l'accompagnement de la naissance. D'autre part, la mise à distance du risque dans l'habitus des sages-femmes à domicile, à travers leurs discours sur la physiologie ou leur ethos de la moindre empreinte, n'est que partielle, soulignant la complexité et la diversité qui constituent les habitus professionnels.

Depuis plusieurs décennies, les manuels instruisant à la pratique de la relation d'aide et destinés aux professionnel-le-s de la santé considèrent le conseil comme une attitude relationnelle à utiliser avec parcimonie. La recherche de solutions à la place des personnes accompagnées et la distribution de

conseils sont assimilées à des formes de paternalisme et de non reconnaissances des capacités des personnes (Chalifour 1993, Bioy and Maquet 2007). Plusieurs chercheurs ont critiqué les professionnel-le-s travaillant autour de la naissance, ainsi que les auteur-e-s d'ouvrages de puériculture, pour leur usage intempestifs de conseils auprès des parents (Boltanski 1984, Delaisi de Parseval and Lallemand 1998, Neyrand 2000). Les conseils en puériculture changent souvent, mais tendent néanmoins à être énoncés de manière rigide, ce qui déstabilise les parents, constamment pris en défaut (Delaisi de Parseval and Lallemand 1998). Les conseils reflètent les positions idéologiques impensées des professionnel-le-s et forment un savoir circulaire, vérifié auprès de parents issus de couches sociales similaires à celles des professionnel-le-s (Boltanski 1984, Neyrand 2000). Les mères critiquent ouvertement la disparité des conseils et affirment que ceux-ci participent des inquiétudes qu'elles ressentent parfois (Razurel, Heliot et al. 2003).

Alors qu'elle rhabillait son bébé, Livia me pose une question au sujet de l'allaitement. Elle interrompt alors ses gestes, détourne son regard de son enfant pour me regarder droit dans les yeux, l'air un peu agacé. Livia me dit alors, avant que j'aie pu répondre : « Et vous, je sais, vous allez encore me dire autre chose ». (Note auto-ethnographique effectuée à l'accueil quotidien de l'Arcade sages-femmes).

Si la circulation de conseils autour de la naissance et des soins à l'enfant mérite d'être interrogée pour ses effets auprès des parents, je rappelle que l'autonomie valorisée par les différentes approches de la relation d'aide n'est pas anodine, constituant une forme contemporaine de gouvernance. Cette attitude n'impliquant pas seulement un surcroît de liberté, mais également un devoir de prise en charge de soi, est sous-tendue par une dénégation de la vulnérabilité humaine et du besoin corolaire de se reposer parfois sur les autres (Jouan and Laugier 2009). Ces critiques de la conception de l'autonomie, véhiculée par les approches de la relation d'aide, invitent à garder une distance vis-à-vis des recommandations promulguées par les théoriciens de cette relation. L'idée que l'autre, cet être autonome, n'ait pas besoin de conseils apparaît alors comme une vision totalisante. Les trajectoires de vie, les expériences et les circonstances plus ou moins faciles, appellent des besoins différenciés des parents, également en termes de conseils en puériculture.

Mia effectue une dernière visite postnatale à domicile chez Paola mère de son premier enfant, et qui trouve difficile les débuts de sa maternité et de ses relations avec son nouveau-né. Son mari travaille et ne rentre que le soir, il s'est même absenté une fois pour aller boire l'apéritif avec ses collègues. Paola regrette ouvertement que la maternité soit synonyme d'autant de changements pour les femmes, et selon elle si peu pour les hommes, étant donnée l'organisation de la société. C'est injuste. Paola ressent par ailleurs de l'anxiété, couplé à cet agacement vis-à-vis des normes sociales qu'elle perçoit et se sent contrainte de respecter. Elle aimerait d'ailleurs être certaine de faire « juste » et veut que son enfant soit bien élevé, qu'il ne soit pas gâté. Elle demande à Mia un conseil au sujet du sommeil, puis se ravise explicitement : « C'est vrai, j'oubliais, il n'y a pas qu'une manière de faire. Je dois essayer et voir ce qui marche ». Elle semble avoir intégré que pour sa sage-femme, donner des conseils n'est pas à l'ordre du jour. Paola fait cependant une moue triste juste après son intervention, semblant à la fois regretter d'avoir une fois encore demandé un conseil et, de ne pas l'avoir reçu. Elle l'aurait vraiment souhaité. (Observation à domicile, Mia)



Plusieurs des sages-femmes rencontrées connaissent les critiques formulées à l'encontre du conseil dans le cadre de la relation d'aide ou des sciences sociales. Ces sages-femmes réalisent que les parents sont face à une pléthore de propositions. Par conséquent, elles répondent aux questions en demandant en premier lieu aux parents ce qu'ils connaissent déjà pour ne pas péjorer l'instabilité causée par les conseils contradictoires. Ces praticiennes considèrent l'attitude de conseil comme une forme de contrôle social et d'interférence avec la vie des familles et souhaitent par conséquent y recourir avec parcimonie. Les sages-femmes réalisant que les conseils peuvent être superflus recourent d'autant plus à un ethos de la moindre empreinte, trouvant souvent, mais pas toujours comme l'exemple ci-dessus le montre, un équilibre entre leur conception et les besoins des parents.

Dans leur globalité, les sages-femmes indépendantes tendent cependant à donner beaucoup de conseils aux parents et, dans une cohérence culturelle, à mettre l'accent sur la prévention des risques. Entre alimentation et sommeil de l'enfant, prévention des accidents ou de la mort subite, rééducation du périnée, les thématiques pouvant faire l'objet de conseils sont innombrables. Par conséquent, lorsqu'une sage-femme a pour objectif d'être exhaustive, arrivant à domicile avec un agenda constitué, une partie de la consultation se transforme en monologue. Concentrées sur ce qu'elles veulent dire, les praticiennes ne réalisent pas toujours que l'écoute des parents n'est que polie, l'ennui se lisant sur les visages. Paradoxalement, parmi les sages-femmes très promptes à donner des conseils pour prévenir des risques, figurent plusieurs praticiennes effectuant des accouchements en milieu extrahospitalier. Une praticienne peut ainsi parvenir à se distancer de la culture du risque dans un secteur de sa pratique et, l'embrasser dans un autre secteur, lorsqu'elle cherche à atteindre un idéal d'omniprvention en mentionnant toutes les stratégies de prévention des accidents de la petite enfance imaginables. Les sages-femmes ont identifié que la disparité et la quantité des conseils imposés aux parents posent problème, mais cette situation, engendrée par plusieurs corporations de professionnel-le-s de la santé, et par les media, persiste.

L'atavisme du conseil provoque parfois une tension entre les intentions et les performances des sages-femmes. Maude est une sage-femme douce et calme, tant avec les familles qu'avec ses collègues. Son intention d'offrir des soins respectueux et personnalisés est sincère. Cette sage-femme accorde cependant une grande importance à la prévention et donne beaucoup de conseils. Lors d'une journée de consultations, la discrédence entre ses intentions et ses attitudes apparaît:

A mon arrivée chez elle, Maude m'offre un thé, puis passe en revue les situations prévues pour la journée. Elle souligne les points importants de chaque situation, les raisons qui ont fondé certaines décisions du suivi tant à l'hôpital que dans son accompagnement à domicile. Maude parle en termes

positifs des femmes<sup>270</sup>, valorisant leurs choix et leurs actions. Elle prend en considération les difficultés des trajectoires de vie pour comprendre les situations actuelles. Maude m'informe ainsi qu'Arya, la première femme que nous verrons, ne sera majeure que dans quelques mois. Elle dit également qu'Arya est une femme « débrouille », autonome, qui vit chez sa mère avec qui elle s'entend bien. Maude souligne que le bébé est calme, ce qui est aidant. Arya n'aura pas longtemps besoin d'une sage-femme. L'analyse de Maude est situationnelle, l'âge d'Arya n'étant qu'un critère parmi d'autres.

Durant la visite, je découvre à mon tour Arya, mère et mineure pour quelques mois encore. Arya, calme et particulièrement réfléchie, émet des propos méta-réflexifs dans un langage soigné et avec un vocabulaire varié sur son rôle de mère. Elle parle d'un nouveau sens des responsabilités, d'une impulsion à protéger et à s'inquiéter pour son bébé. Son entrée facile dans son rôle de mère est manifeste. Le ton de sa voix est calme, son regard envers son enfant est doux et ses attentions protectrices. Arya replace la couverture pour que son bébé n'ait pas froid, elle préfère ne pas le rhabiller après la pesée, pour ne pas le déranger inutilement, le bain étant prévu après notre visite. Empathique, elle se met à la place de son enfant pour décider de ses actions.

Pour débiter sa consultation, Maude demande à Arya comment elle va. Bien, dit celle-ci. Maude entame peu après une séquence de conseils ciblés sur la prévention des accidents. Elle décline une longue liste de comportements prudents à adopter. Maude mentionne le risque de chute, celui de mort subite, de noyade, du bébé secoué, la relation aux chats et aux chiens et, le transport des enfants en voiture. Maude pose une question orientée: « Vous n'allez pas conduire prochainement, n'est-ce pas ? » Ce à quoi Arya répond que oui, elle a l'intention de passer son permis rapidement. L'utilisation d'une voiture lui permettra de reprendre ses études. La sage-femme discute alors de la qualité des sièges automobiles pour bébés, dit que c'est un point du budget sur lequel il ne faut pas lésiner et, souligne qu'il vaut mieux acheter un siège neuf. Maude ajoute que si Arya devait acheter un siège d'occasion, il faudrait s'assurer que celui-ci n'a pas subi d'accident de la route. Arya interrompt sa sage-femme. Il n'est pas question pour elle d'acheter un siège au rabais. Maude approuve, mais continue à discuter des sièges. Elle n'adapte pas son discours ni à la perception positive qu'elle a d'Arya, ni à au discours de celle-ci. La situation particulière d'Arya, mère mineure et dont la famille est immigrée, semble renforcer la tension devenant perceptible dans la relation. Le discours insistant de Maude contient l'idée implicite qu'Arya pourrait mal assurer la sécurité de son enfant, étant donné son statut social de mère mineure issue de l'immigration. Arrivée au terme de la consultation, Maude propose à Arya de choisir si elle veut ou non des visites supplémentaires. La sage-femme souligne que pour elle tout va bien, qu'Arya est autonome dans les soins à son enfant et qu'elle peut solliciter sa mère, le cas échéant. Une visite supplémentaire est envisageable, si elle semble utile à Arya. La jeune mère décline poliment l'offre. (Observation à domicile, Maude)

Dans cette situation, l'interruption des visites n'est en soi pas un problème. Ce qui peut par contre être regretté est que la sage-femme ne perçoive pas que son attitude fasse barrière à une personnalisation effective des soins. Paradoxalement, Maude a identifié les compétences de la jeune femme, qu'elle décrit comme mature dans sa transmission, mais elle n'utilise pas ces savoirs, construits durant les interactions précédentes avec la jeune femme, lorsque qu'elle entreprend la séquence de prévention. Comment comprendre ce décalage produit par une personne souhaitant

---

<sup>270</sup> Cela peut sembler évident, mais cela ne l'est pas. Durant mes années d'expérience en tant que sage-femme, j'ai souvent entendu parler des femmes ou des couples en des termes péjoratifs notamment durant les transmissions.

par ailleurs être respectueuse ? Comment ce savoir explicite construit dans la relation avec l'autre est-il ensuite omis dans la pratique ?

Avant de tenter de répondre à cette question, je propose de décrire une autre situation, celle de Mylène, sage-femme très douce comme Maude et pratiquant également des accouchements extrahospitaliers. Mylène est également une sage-femme pour qui l'adaptation aux femmes est essentielle et, pourtant, elle administre elle-aussi une liste de conseils visant à prévenir les accidents<sup>271</sup>. Dans l'entretien ayant précédé les observations, elle passe d'ailleurs du thème de l'adaptation à l'autre à celui de la prévention et des conseils.

Répondre à leurs besoins, c'est ça mon but. Voir qui ils sont, faire connaissance et voir de jour en jour les besoins de cette femme, de ce bébé, de cette famille. Ne pas en faire trop, ni amener des choses qui vont pas, qui seraient pas au bon moment. De jour en jour, répondre au plus pressé entre guillemets, au plus important pour cette femme-là. Après, je vois toujours dans une globalité, et j'aborde X thèmes de prévention, l'essentiel de ce qui concerne les préoccupations et les choses importantes pour une jeune maman et pour son bébé. La mise en place de l'allaitement par exemple, que le bébé aille bien, qu'il grossisse bien. S'assurer qu'elle a toutes les clefs en main pour savoir ce qu'est la prévention de la mort subite, avoir parlé de la vaccination si elle le désire, connaître le carnet de santé, à quoi il sert. Il y a plein d'infos, savoir où demander de l'aide si elle a besoin à un moment ou à un autre. Je coche sur mon dossier quand on a parlé de la vitamine D, de la puériculture, du bain, l'histoire de la peau, de tous ces thèmes. (Entretien enregistré, Mylène)

Les exemples tirés des contacts avec Maude et Mylène montrent que les sages-femmes rencontrent les familles selon différentes logiques. L'écoute attentive à un moment de la consultation, accompagnée d'une pratique particulièrement douce, peut être suivie de moments *hors contact*<sup>272</sup> quand l'agenda prévu par la sage-femme est perçu comme impératif. Les praticiennes craignent que l'absence de mention des accidents domestiques puisse aboutir à certains de ces accidents, intégrant ainsi la logique du risque. Certains thèmes ont par ailleurs fait l'objet de campagnes de prévention, notamment la mort subite du nourrisson. Cette relation au conseil souligne à quel point il est difficile, voire impossible, d'échapper à la culture du risque dans le champ de la naissance. L'adoption d'une posture critique à l'égard du risque, dans les discours et dans certaines pratiques, telles que celle de l'accouchement extrahospitalier, ne constitue pas une garantie de se préserver de cette logique dans d'autres secteurs de l'activité.

Conseiller sous la forme de monologues, en reprenant des contenus préconstruits, non négociés avec les parents, constitue l'une des routines des sages-femmes. Ce schème du conseil émerge par la force de l'habitude agie en pratique située, sortant les sages-femmes d'une relation personnalisée et

---

<sup>271</sup> Notes de terrain.

<sup>272</sup> Terme émique utilisé par les professionnel-le-s de la relation d'aide formé-e-s à l'approche centrée sur la personne (notes auto-ethnographiques).

réflexive avec les familles. Parfois cependant, un évènement rompt l'impression de routine et permet à la sage-femme d'adopter une attitude d'écoute.

Avant de commencer la première consultation, Evelyne m'explique qu'elle a pour objectif de suivre les souhaits des femmes et qu'elle n'entend pas faire pression, explicitement ou implicitement, pour inciter l'une ou l'autre à poursuivre un allaitement par exemple. Evelyne a effectué plusieurs formations continues, qui se remarquent dans son usage régulier d'attitudes conformes à la notion d'écoute. Evelyne reformule ce qu'elle comprend des partages des femmes, pose des questions pour obtenir des précisions. Elle exerce une forme d'empathie active ancrée dans le langage<sup>273</sup>. Evelyne me dit avoir la sensation qu'avec l'expérience certaines consultations sont faciles à conduire, ne demandant plus d'efforts. « Ce n'est presque plus du travail ». Au cours d'une consultation annoncée comme facile, Evelyne émet plusieurs conseils à partir de sa représentation de l'éducation des enfants, similaire à celle d'auteur-e-s d'ouvrages de puériculture français qui incitent à « cadrer » les bébés<sup>274</sup>. Sandrine, la mère qu'elle accompagne n'imagine pas laisser pleurer son bébé, ses pleurs l'émouvant beaucoup. Evelyne minimise les pleurs et se pose en décalage avec le ressenti de Sandrine. Durant les deux premières consultations, Evelyne passe de moments d'écoute respectueux, à des moments « relâchés » au cours desquels elle pose sa vision de la famille en modèle, se situant alors en porte-à-faux avec son désir de s'adapter aux familles. Dans une troisième consultation cependant, une femme évoque son parcours migratoire douloureux. En Suisse depuis 1 an, venue d'Afrique et attachée à un autre pays européen qu'elle a quitté, Désirée ne se sent pas bien. Cette femme, créative et énergique, ses tissages expressifs et raffinés ornant son appartement, trouve peu de débouchés en Suisse. Désirée est frustrée de ne pas pouvoir utiliser son potentiel, mentionnant la discrimination à l'embauche dont elle fait l'objet. Evelyne, calme, en position « petite », se tourne vers Désirée et l'écoute. Ce moment ne changera pas la vie de cette femme nostalgique de son premier pays d'adoption, mais lorsque nous partons, la tension perceptible à notre arrivée est redescendue. Evelyne a offert une écoute personnalisée dans cette situation qu'elle percevait comme difficile. Pour reprendre ses mots, cette sage-femme s'est alors sentie au travail. (Observation à domicile, Evelyne)

Certaines sages-femmes estiment par ailleurs qu'un recours fréquent à l'attitude de conseil modifie la temporalité de la naissance et son vécu. Ces praticiennes considèrent qu'un ensemble de circonstances, dont l'intervention des sages-femmes, poussent les femmes à être dans un processus constant d'anticipation des évènements, empêchant le *réel* vécu du moment présent. Les sages-femmes mettent ce phénomène en lien avec l'expérience d'anxiété touchant environ 15% des femmes dans la période postnatale (Murray and Cooper 1997). Ces observations conduisent certaines praticiennes à se former dans les approches à succès telles que la méditation de pleine conscience, l'haptonomie, le watsu, ou le yoga utilisées pour promouvoir la conscience du moment présent. Voici ce que dit Line de cette anticipation dans un langage très spontané<sup>275</sup>, reflétant sa personnalité originale :

---

<sup>273</sup> L'empathie étant une attitude incorporée de l'écouter, elle implique des sensations et une réponse corporelle, notamment des mimiques faciales. Chez Evelyne, ces attitudes sont peu marquées, et c'est ce qui me fait insister sur la dimension verbale de son attitude empathique.

<sup>274</sup> Voir par exemple : Thirion, M. and M.-J. Challamel (2011). *Le sommeil, le rêve et l'enfant*. Paris, Albin Michel.

<sup>275</sup> Le langage est proche de ce que Line utilise en consultation avec des parents. L'extrait d'entretien ne contient évidemment pas le ton de la voix ou l'attitude non verbale de Line. L'ensemble dégage un mode relationnel familial, un peu agité parfois. L'attitude peut paraître problématique, mais la personnalité globale, la chaleur dégagée par Sandra, en fait une sage-femme en général très appréciée

J'adapterais mon travail à la maternité si j'y retournais. Avant je voulais donner le maximum d'infos à la maman avant qu'elle parte. En fait, on embrouille tout le monde avec ça. J'ai des mamans, elles sortent avec des conseils, qui sont valables à un mois de vie, qui servent à rien à la sortie. Chaque jour, les premières 24 heures, t'as des conseils, les prochains jours, c'est d'autres conseils. Quand t'as la montée de lait, c'est différent. Si la montée de lait est douloureuse, c'est encore différent. Si le bébé il est tout petit ou plus gros, c'est différent. Avec tous ces conseils, y a une confusion vraiment. Je pense qu'on peut faire mieux. Il faudrait qu'on adapte. Moi, ça serait plus la même chose si j'y retournais à la maternité. En sachant le soutien qu'il y a à la maison par la sage-femme indépendante, je répondrais pas aux questions du futur. Je dirais vous verrez avec votre sage-femme en temps voulu. Tu occupes pas l'espace de l'ici et maintenant. Ces femmes elles sont trop dans la projection. Des fois je suis là, mais vous avez 3 mois de congé maternité. Avant de partir en vacances, vous pensez déjà à votre retour au travail ? C'est quoi votre façon de fonctionner ? Vous voulez pas profiter de ce moment ? Vous êtes avec votre **nouveau-né. Nouveau-né**. Il sera plus jamais nouveau-né. Déjà dans deux semaines, c'est fini. (Entretien enregistré, Line)

Line relève l'ambiguïté que les sages-femmes nourrissent à l'égard de la prévention et de l'accompagnement. Les circonstances professionnelles des femmes, la durée des congés maternité, la rareté des places en crèche, provoquent l'émergence de préoccupations non ancrées dans le présent. Ces anticipations contribuent à l'anxiété que ressentent certaines femmes, et sont parfois abordées directement par les sages-femmes<sup>276</sup>. Cependant, les informations données par les praticiennes durant la grossesse, et notamment la préparation à la naissance<sup>277</sup>, participent de ce processus d'anticipation. La préparation à la naissance propose une anticipation de l'accouchement pour lequel les femmes sont incitées à se mettre en projet (Charrier and Clavandier 2013). Camille remarque que l'accouchement prend trop de place dans les anticipations au détriment de la période postnatale. L'attitude des sages-femmes est paradoxale, car si elles regrettent la place prise par l'anticipation, qu'elles estiment anxiogène, elles l'alimentent elles-aussi. Line identifie le problème constitué par l'excès de conseils, mais n'est pas pour autant avare de cette attitude durant ses visites à domicile. Cette ambivalence montre qu'un-e praticien-ne peut savoir sans savoir, signifiant en d'autres termes que les savoirs explicites ne déterminent pas les savoirs pratiques agis au quotidien.

Jasmine et Corinne ont quant à elles particulièrement réfléchi à la notion de conseil et à celle de contrôle social. Jasmine réalise par exemple que la liste de conseils pouvant être formulée est si longue qu'elle pourrait prendre tout le suivi. Cette sage-femme considère que de nombreux conseils courants relèvent d'idéologies concernant les rapports de genre ou l'éducation des enfants. Jasmine sait que les femmes verront d'autres professionnels, dont les pédiatres, et que « tout » ne doit pas être discuté dans les dix jours suivant la naissance. Par ailleurs, les objets habituels de la prévention n'ont pas nécessairement besoin d'être discutés avec des professionnels, les parents s'informant également par eux-mêmes. Depuis plusieurs années, Jasmine a donc choisi de n'offrir de conseils

---

<sup>276</sup> Notes de terrain.

<sup>277</sup> Notes auto-ethnographiques et de terrain.

qu'à partir de questions ou d'indices concrets émergeant de la consultation, ce qu'elle me dit en cheminant en ville, entre deux visites. Jasmine ne nourrit pas de certitudes quant à sa posture et craint d'être considérée comme une sage-femme minimaliste, montrant ainsi la force de la norme qui constitue à distribuer des conseils.

En cohérence avec les théoriciens de la relation d'aide, certaines sages-femmes considèrent que ce sont aux parents de décider de leurs attitudes éducatives. Cette posture ne convient par ailleurs pas à tous les parents ou à toutes les étapes de la consultation, comme je l'ai déjà relevé. Imposer aux parents de choisir l'ensemble de leurs attitudes à l'égard de leurs enfants participe de nouvelles normes imposées par ces sages-femmes, ceci dans une logique de l'individualité contemporaine impliquant un devoir d'autonomie et de responsabilité individuelle. Cet épisode rappelle les témoignages de femmes n'appréciant pas de se retrouver seule devant le choix du diagnostic prénatal (Burton-Jeangros 2010) et illustre la difficulté à réinventer une médecine qui soit non paternaliste et réellement à l'écoute des besoins des personnes soignées. Le succès de la relation de soins ne peut pas être garanti *a priori*, en rejetant les anciens modèles de relation aux familles. L'absence de conseils ne constitue pas la solution simple à des dilemmes complexes et subtils :

Jasmine a voulu me reparler d'une famille dont j'avais observé une consultation. Dans cette situation, la praticienne avait choisi de ne pas interférer avec un allaitement mixte, incluant allaitement maternel et allaitement artificiel, pour respecter les prérogatives d'une mère, Stefania. Il n'y avait pas de raison médicale à l'administration de compléments en lait artificiel. Stefania souhaitait allaiter, mais préférait le mode mixte qui la rassurait. Jasmine a considéré important de respecter les décisions de cette femme qui s'était sentie infantilisée durant son hospitalisation. Plusieurs semaines après la naissance, Stefania alors en confiance avec l'allaitement avait souhaité abandonner le lait artificiel pour revenir à un allaitement maternel complet. Le manque de stimulation de la lactation des premières semaines a rendu ce projet impossible, malgré un recours aux techniques permettant de restimuler la lactation. Suivre Stefania plutôt que de dialoguer avec elle et de l'informer sur les recommandations officielles, n'avait pas permis de satisfaire cette femme au bout du compte. En évoquant cette situation, Jasmine souhaitait souligner à quel point la réussite d'un accompagnement repose sur des ajustements subtils. Conseiller est un savoir atavique problématique à certains égards, mais le cheminement vers des soins plus adaptés ne passe pas par une absence de positionnement des sages-femmes. Une attitude peut être adaptée aux besoins et à la trajectoire d'une famille à un moment de l'accompagnement, mais ne pas correspondre aux besoins à plus long terme. (Entretien non enregistré, Jasmine)

Les théories de la relation d'aide ont été construites dans le cadre de la santé mentale et du développement personnel. L'usage de ces théories s'est beaucoup répandu aujourd'hui, touchant les métiers de la santé, voire le monde de l'entreprise (Otero 2005, Demailly 2008). Cela étant, l'utilisation des différentes attitudes relationnelles n'est pas nécessairement repensée à l'aune de ces nouveaux champs d'application. En psychothérapie, l'écoute est la principale attitude relationnelle utilisée pour promouvoir la valeur contemporaine d'autonomie. Les professionnels de la santé, tels

que médecins, infirmières, ou sages-femmes, utilisent des attitudes relationnelles plus variées pour aborder les problèmes de santé physique. Ces praticien-ne-s recourent par conséquent à des attitudes critiquées dans les théories de la relation d'aide construites pour la psychothérapie. La pratique de l'anamnèse qui constitue une forme d'interrogatoire implique par exemple l'utilisation de questions fermées<sup>278</sup>. Dans le travail des sages-femmes, Les conseils sont utilisés pour montrer des positions d'allaitement, l'utilisation de matériel technique comme le tire-lait, ou encore pour expliciter les soins au cordon. En cours d'accouchement, l'utilisation brève d'un ton péremptoire peut être parfois nécessaire pour diriger une femme à un moment où elle perd pied.

En stage en France voisine, j'accompagne la naissance du deuxième enfant de Macha, à peine majeure et, qui fait partie d'un groupe de gens du voyage installés à proximité de l'hôpital. Le travail avance vite. La salle d'accouchement est pleine et les sages-femmes sont toutes occupées, je dois assumer seule, sauf pour l'accouchement lui-même ou, en cas de problème. Je tente de rassurer Macha avec une voix douce et de la gentillesse. Je n'aime pas les préjugés que beaucoup de sages-femmes de cette maternité expriment à propos des femmes dites tziganes. J'en suis d'autant plus aimable et polie avec ces femmes. Macha est de plus en plus agitée, elle voudrait que la sage-femme diplômée, au style nettement plus dynamique, mais qui est occupée avec une autre femme, revienne. Plus de douceur, plus de gentillesse. Macha semble de plus en plus en difficulté. Remarquant que je ne parviens pas à la rassurer, je change d'attitude sans vraiment le préméditer. Avec une voix qui sort de je ne sais où, forte, je dis à Macha que cela suffit, qu'elle doit maintenant me regarder dans les yeux et faire ce que je lui dis. Macha dit « oui madame, oui madame, oui madame », moins agitée, avec une voix de petite fille. Je n'aime pas parler ainsi aux femmes, mais constate que cela a été utile à Macha. Elle me regarde, puis continue à pousser son enfant, sans risquer cette fois-ci de tomber de son lit. Elle me dira merci à maintes reprises après la naissance (Récit auto-ethnographique).

Les sages-femmes, comme d'autres professionnel-le-s de la santé, doivent donc apprendre à naviguer entre ces différents registres relationnels en fonction des besoins ponctuels des familles, ceci dans un micro-ajustement relationnel typique de la logique du soin (Mol 2008).

La pertinence des conseils demande également à être interrogée en sa qualité de moyen d'éducation à la santé. Souvent en effet, les conseils exprimés sous des formes verbales, concernent des attitudes corporelles ou des gestes à adopter par les femmes ou les familles. Je veux faire référence ici à des enseignements concernant les positions d'allaitement ou la rééducation du périnée par exemple. Certaines sages-femmes conseillent en parlant, d'autres dessinent, d'autres encore montrent sur le corps et d'autres enfin proposent aux femmes de prendre les positions ou d'effectuer les exercices. Lorsque les conseils portent sur des postures ou des exercices physiques, dire ou dessiner ne saurait suffire à transmettre les savoirs ciblés par les sages-femmes. Apprendre de nouveaux gestes implique une incorporation du savoir, c'est-à-dire un processus qui nécessite avant tout la performance des gestes considérés (Ingold 2001, Ingold 2006). Ceci est d'autant plus important à considérer que les

---

<sup>278</sup> Il existe des formes d'anamnèse moins directes, prenant la forme de narrations, et qui emploient l'écoute active pour récolter les données médicales. Ce modèle est très peu utilisé en obstétrique, et l'anamnèse interrogatoire, même si elle est controversée, reste l'instrument de référence. Je reconnais ici simplement sa présence et ne me positionne par sur sa pertinence.

parents n'ont pas tous les mêmes compétences proprioceptives<sup>279</sup>, ni nécessairement une sensibilité aux schémas dessinés. La réalisation des gestes, les positions d'allaitement ou les contractions du périnée, dépasse ce que les mots peuvent traduire soulignant une fois encore les ineffables compétences du corps. Lorsque les sages-femmes expliquent, et omettent parallèlement de montrer ou de faire avec les femmes, elles agissent leur appartenance au système éducatif occidental lequel survalorise les savoirs explicites au détriment des savoirs pratiques et tacites. De nombreuses sages-femmes répètent les modalités d'enseignement qu'elles ont enculturées en tant qu'étudiantes, et conçoivent l'éducation comme un monologue<sup>280</sup>.

Cette réflexion concernant la diffusion de conseils, construite à partir du processus inductif de recherche, autorise plusieurs commentaires en regard de la construction des savoirs. La confrontation entre les représentations verbales de l'activité et l'activité elle-même, permet tout d'abord d'observer des décalages, par la triangulation des méthodes. En pratique, les sages-femmes n'agissent pas constamment en accord avec leurs valeurs, ne le réalisant souvent pas. C'est-à-dire que le décalage ne remet pas en question les valeurs en tant que telles, mais souligne qu'une part de la pratique se constitue d'atavismes impensés. La forme verbalisée des valeurs professionnelles, cette éthique théorique, procède d'une dimension différente, en partie incommensurable à l'action professionnelle. Éthique théorique de la moindre empreinte, par exemple, et ethos pratique sont parfois en cohérence et, parfois en contradiction, ceci chez la même sage-femme. L'ethos peut en effet correspondre au positionnement éthique dans un registre et, ne pas correspondre dans un autre. Par ailleurs, l'accord entre éthique et ethos de la moindre empreinte, par exemple chez Jasmine, marquant une distanciation envers les représentations genrées des rôles maternels et paternels, et une distance envers la culture du risque, n'implique pas nécessairement une adéquation avec les besoins des familles.

La diffusion de conseils, par sa fréquence chez les professionnel-le-s en contact avec la grossesse ou la petite enfance, signale par ailleurs son statut de savoir culturel. Les trajectoires et les expériences personnelles et professionnelles des sages-femmes, incluant leurs formations continues, modulent cet ancrage culturel, permettant une plus ou moins grande adéquation entre l'éthique revendiquée

---

<sup>279</sup> C'est à partir d'une réflexion auto-ethnographique que je remarque cela. Je suis une personne moyennement adroite, en tous les cas incapable de deviner seule la position que devrait prendre mon corps et celui de mon enfant, pour essayer une position alternative d'allaitement. J'ai besoin, lorsque j'apprends une nouvelle séquence gestuelle, d'être accompagnée avec patience, que l'on me montre, m'explique, et m'aide en même temps. C'est quelque chose que j'ai vécu en faisant du sport ou de la danse par exemple. Je ne parviens pas à apprendre un mouvement ou une coordination rapidement ou à partir de conseils. J'ai ainsi dû intensément observer mes collègues pour apprendre la nouvelle position d'allaitement « en rugby », car seule je ne voyais, ni ne sentais, comment m'y prendre. Dans un deuxième temps, lorsque j'ai incorporé le savoir gestuel, je ne rencontre pas de problèmes particuliers.

<sup>280</sup> L'introduction des ateliers de simulation en formation initiale modifiera probablement la relation à l'enseignement aux parents des sages-femmes.



et les pratiques concrètes. Ici, l'assemblage entre dimension culturelle et dimension personnelle des savoirs ressort nettement.

## 8.4 Synthèse

Les représentations et les pratiques culturelles véhiculées dans le système de santé et plus généralement dans les sociétés occidentales contemporaines s'invitent selon plusieurs modalités dans l'accompagnement des familles et dans la construction des savoirs expérientiels.

Certaines problématiques qui ont reçus une grande attention par les sciences sociales, telles que l'approche de la naissance par le risque, sont également problématisées par les sages-femmes, ce qui leur permet d'opérer une prise de recul dans de nombreuses situations. Cependant, les conceptions contemporaines de la catégorie du risque sont à tel point présentes dans la société, que leur influence est difficile à identifier systématiquement. Ceci se traduit par l'usage de pratiques interférant avec l'objectif d'adaptation à la personne, illustré ici par l'habitude de donner certains conseils sans les moduler en fonction de la situation des femmes et des familles. D'autres problématiques, faisant pourtant l'objet de très nombreuses recherches en sciences humaines et sociales, sont moins interrogées par les sages-femmes, notamment l'appréhension de l'individualité, de l'autonomie, et de la responsabilité individuelle. Questionner le risque se comprend aisément dans une perspective de sociologie des professions, ces critiques étant utilisées pour valoriser la place des sages-femmes dans l'accompagnement de la naissance. Interroger le lien à l'individualité contemporaine appelle une posture plus critique envers sa propre corporation, mais fait également référence à un champ de réflexions peut-être moins connu que celui du risque, expliquant en partie le recul moins net envers cette seconde thématique. Que ce soit à l'égard du risque ou de l'individualité, les élaborations culturelles des sages-femmes sont parfois agies de manière impensée, montrant la force de la dimension culturelle intervenant dans la construction des savoirs professionnels.

Les différentes activités et clientèles des sages-femmes participent de la création de segments professionnels fins qui nuancent le segment des sages-femmes indépendantes. Ces segments fonctionnent, comme l'ont montré Bucher et Straus, dans une concurrence partielle et visent à définir le rôle et les activités typiques des sages-femmes. Ceci dit, comme le révèlent les observations et les entretiens, ces segments comportent une variabilité, tributaire des trajectoires personnelles des sages-femmes, mais aussi de la culture locale de la naissance, s'exprimant par exemple par l'ubiquité du risque. S'il le fallait encore, l'importance de ne pas réifier les appartenances ressort de l'enquête, soulignant la complexité de la construction des identités et des savoirs professionnels.

Les élaborations culturelles reprises par les sages-femmes dans leur quotidien sont largement véhiculées dans le contexte social actuel, devenant parfois des vérités qu'il est difficile de déconstruire. Ici encore, et dans l'esprit de Mary Douglas, accepter d'envisager que chaque professionnel joue son rôle à partir de ses références culturelles, permet d'identifier et de problématiser les interférences du soi dans l'accompagnement (1992). L'illusion d'un soi professionnel se construisant sans interférences du personnel et du culturel apparaît ici encore, soulignant comment l'idéologie d'objectivité véhiculée à l'ère de l'EBM peut être problématique pour la réflexivité professionnelle.

## **Chapitre 9 La vie d'une communauté de pratique et de ses segments professionnels : entre négociations, confrontations, et circulations de savoirs**

Au cours des chapitres précédents, j'ai montré différents processus, sources, et contenus participant à la construction de savoirs des sages-femmes indépendantes. J'ai évoqué l'existence de plusieurs segments professionnels, dont celui des sages-femmes en contact avec la diversité sociodémographique des familles d'une part, et celui des sages-femmes soignant des familles de classe moyenne avec un haut niveau d'éducation, d'autre part. Le type d'activité et le lieu du domicile des sages-femmes déterminent les populations que ces praticiennes rencontrent, aboutissant en conséquence à la construction de représentations différenciées de la maternité et du rôle professionnel. D'un côté, un segment professionnel répondant à des besoins sociaux complexes, s'adaptant autant que possible aux parents vivant des vulnérabilités plurielles. De l'autre, un segment refusant la logique gestionnaire contemporaine, et développant un espace original du soin, amical, dévoué, et égalitaire. Dans ce segment, le contact avec des populations socialement favorisées tend à faire de l'autonomie une valeur et une norme sociales, transformant parfois celle-ci en impératif paradoxal. Plus loin, j'ai montré comment la pratique ou non de l'accouchement à domicile différencie deux segments de sages-femmes en regard de la catégorie du risque, les unes s'en affranchissant mieux que les autres. Ces différents segments sont perméables, c'est-à-dire que les activités tendent à influencer les sages-femmes dans le sens décrit, mais cette influence n'est ni totalisante, ni mécanique. En effet, les trajectoires individuelles des sages-femmes influencent leurs représentations et leurs pratiques selon différentes logiques.

Ce chapitre décrit tout d'abord quelques segments professionnels complémentaires, émergeant du processus inductif de recherche, puis montre ensuite comment les savoirs spécifiques construits par ces différents segments circulent et font l'objet de négociations dans la communauté de pratique de sages-femmes. En d'autres termes, je conçois ici les savoirs en tant que processus et résultats d'interactions quotidiennes, faites de partages, mais aussi de tensions, voire de conflits, entre les membres de la communauté de pratique (Lave and Wenger 1991, Wenger 1998).

### **9.1 Les segments professionnels : intersections entre expériences professionnelles et trajectoires personnelles**

Ce sous-chapitre analyse la construction de segments professionnels complémentaires, ainsi que d'avatars ou de prémisses de segments, soit de sous-groupes de sages-femmes distinguables, mais n'exprimant pas nécessairement tout l'éventail des comportements de segments identifiés par

Bucher et Straus (1961). Ces avatars ou prémisses impliquent des tensions et des négociations en regard des comportements des sages-femmes, mais parfois seulement à un niveau local, produisant des débats qui n'atteignent pas l'ensemble de la profession ou la formation professionnelle. Mon objectif principal reste de définir et d'interroger les processus de construction de savoirs, la liste de segments et de prémisses n'est donc pas exhaustive. Car, dès que l'on prête attention à leur existence, de nouveaux segments apparaissent, même si moins grands et moins saillants.

Les premiers segments complémentaires concernent la relation positive et revendiquée des sages-femmes au féminisme<sup>281</sup>, essentielle dans leur habitus (Charrier and Clavandier 2013). Cette posture féministe se décline en différentes nuances et, s'exprime tant dans les discours des sages-femmes sur leur activité qu'au cours de l'accompagnement des familles. Dans les définitions émiques des sages-femmes, le féminisme apparaît comme un engagement à promouvoir et respecter les droits des femmes, ainsi que leur intégrité corporelle et émotionnelle<sup>282</sup>. Les praticiennes sont témoins des difficultés que rencontrent les femmes : la solitude, les relations de couple hasardeuses ou les relations tendues avec les employeurs, je le rappelle. Les praticiennes s'accordent pour reconnaître que ces différentes problématiques sont liées à des questions de genre, et sont symptomatiques des imperfections de notre société, en termes de respect de l'égalité des sexes. A partir de ce constat, les sages-femmes s'engagent en fournissant aux femmes de l'information sur les différentes ressources du réseau socio-sanitaire ou, en prenant position dans certaines situations qu'elles estiment non respectueuses des femmes et de leurs droits, comme je l'ai déjà évoqué. Les sages-femmes participent également à certaines campagnes politiques précédant des votations lorsque celles-ci concernent la situation des femmes.

L'éthique et l'ethos féministes des sages-femmes indépendantes apparaissent aussi lors de discussions touchant aux pratiques obstétricales contemporaines. La médicalisation et la technicisation de la naissance, ou plutôt sa surmédicalisation et sa sur-technicisation, dont le taux de césarienne suisse à 33%, est l'un des emblèmes, préoccupent ces praticiennes. Elles perçoivent les gestes superflus comme des agressions sur le corps des femmes et, comme un manque de confiance en leurs capacités à donner naissance à leur enfant. A partir de cette posture de base, les sages-femmes se divisent selon plusieurs subtils sous-segments qui peuvent être reliés à différents courants féministes, bien que ceux-ci ne soient presque jamais nommés explicitement par les praticiennes. Pour certaines, les interventions médicales, lorsqu'elles sont superflues, constituent dans l'absolu une intrusion faite au corps des femmes. Le féminisme revêt ici un jour naturaliste

---

<sup>281</sup> Je me réfère aux termes émiques employés par les sages-femmes dans cette section de texte et ne définis pas le féminisme à partir de courants théoriques, cette démarche dépassant l'objectif de mon questionnement.

<sup>282</sup> C'est une valeur forte au sein de la communauté, même si elle est parfois habitée de contradictions, lorsque le féminisme est promu en dépit de la volonté de certaines femmes. Il s'agit ici de souligner l'existence d'une valeur commune et non de valoriser les sages-femmes.

(Memmi 2014), consistant à respecter les capacités des femmes à enfanter et se situant proche des postures de Sheila Kitzinger, Ina May Gaskin, ou encore Michel Odent. Ces praticiennes conçoivent néanmoins des zones « grises » où il n'est pas facile de déterminer si oui, ou non, une intervention est nécessaire. Pour d'autres sages-femmes, que l'on pourrait rattacher à un féminisme plus matérialiste<sup>283</sup>, reconnaissant l'identité féminine en tant que résultat d'une construction sociale, le point de vue des femmes prime. Ces sages-femmes ne veulent pas imposer aux femmes de normes quant au vécu de la naissance, à la pratique de l'allaitement, ou aux formes de maternage. Lorsqu'une femme souhaite une prise en soins théoriquement surmédicalisée, c'est-à-dire qui fait appel à un niveau de médicalisation plus important que sa situation obstétricale ne l'exigerait *a priori*, son choix doit être respecté. Ces sages-femmes « avocates des femmes », critiquent la normalisation de la naissance en tant que projet ancré dans la physiologie et l'absence d'intervention, trop revendiqué à leurs yeux dans la corporation des sages-femmes. Le courant féministe intersectionnel, qui problématise la cumulation des désavantages sociaux liés aux identités de genre, de classe, et de « race »<sup>284</sup> est également présent chez quelques sages-femmes. Certaines sages-femmes peuvent sembler inspirées tant du féminisme matérialiste et intersectionnel, c'est par exemple le cas de Marianne :

Au cours d'un échange entre plusieurs sages-femmes au sujet d'une femme allaitant des jumeaux, Marianne souligne, avec emphase, à quel point cela doit être fatiguant, puis relève la nécessité de soutenir les femmes souhaitant interrompre l'allaitement. Marianne fustige les visions simplistes de l'allaitement, naïves à son goût, et qui oublient les contraintes physiques qu'implique ce mode d'alimentation. La force de son intervention rend difficile toute intervention en faveur de l'allaitement. Lors de plusieurs discussions autour de la santé mentale périnatale, Marianne souligne que les conditions de vie faites à certaines femmes, notamment immigrées, sont pour beaucoup dans leur malaise périnatal. Marianne évoque la pauvreté et les conditions de logement difficiles comme autant de facteurs d'influence de l'expérience de la maternité et corrige une collègue dont le discours lui semble trop « psychologisant ». (Observation de plusieurs échanges en groupe)

Jasmine adopte elle-aussi un point de vue que l'on pourrait qualifier de matérialiste et d'intersectionnel :

J'ai rencontré Jasmine à plusieurs reprises au cours des observations. Lorsque le thème de médicalisation de la naissance ou celui d'allaitement apparaît dans notre échange, Jasmine critique ce qu'elle perçoit comme un point de vue majoritaire chez les sages-femmes, à savoir une idéologie favorable à un faible niveau de médicalisation et à un maternage proximal. A ces yeux, ces prises de positions sont utilisées pour faire pression sur les femmes, souvent de manière impensée par ailleurs. Lors d'observations à domicile en sa compagnie, Jasmine m'explique la situation difficile des femmes qui subissent, selon elle, un suivi pluridisciplinaire en raison de leur situation psychosociale complexe. Pour Jasmine, ces femmes sont contraintes d'accepter une intrusion, une surveillance de leur vie intime, par peur de perdre des droits sur leurs enfants. Dans ces situations, Jasmine voit son

---

<sup>283</sup> Si le féminisme matérialiste est habituellement rattaché à Simon de Beauvoir et Christine Delpy, les premiers travaux d'Elisabeth Badinter ont influencé les sages-femmes de ma génération, remettant notamment en question l'instinct maternel.

<sup>284</sup> Ce courant, américain avant tout, réfute l'existence de races biologiques, mais problématise les effets de la construction sociale de race sur les trajectoires des groupes sociaux perçus dans le sens commun comme appartenant à une race ou une autre. Schultz, A. J. and L. Mullings, Eds. (2006). Gender, Race, Class and Health. San Francisco, Jossey-Bass.

intervention comme l'une de ces intrusions possibles et elle prend soin de s'enquérir auprès des femmes, régulièrement, si ce qu'elle fait convient ou non. A plusieurs reprises, je la surprends entrain d'expliquer à ses collègues que les femmes suivies par le réseau interprofessionnel peuvent être lassées par ce regard intrusif des professionnel-le-s, expérimenté parfois depuis longtemps dans leur vie. (Entretiens non enregistrés et observations, Jasmine)

Enfin, un quatrième sous-segment réintroduit l'enfant dans les choix effectués autour de la naissance. Les sages-femmes de ce sous-segment considèrent, plus que les autres, les conséquences des différents choix ou décours des naissances sur le nouveau-né. Pour elles, la césarienne doit être considérée en vertu de son impact négatif sur l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine, lorsqu'elle est pratiquée en l'absence d'indications médicales. Ces sages-femmes promeuvent un maternage proximal et explicitent plus que les autres les besoins des nouveau-nés lorsqu'elles sont en contact avec les parents et c'est pourquoi je les appelle des sages-femmes « avocate des bébés ». Dans les discussions entre collègues, ces sages-femmes prennent généralement le contre-pied de l'opinion des « avocates des femmes » pour défendre la cause des enfants. Line est l'une d'entre elles :

Line, enthousiaste et vive, comme à son habitude, sourit à Catarina une jeune mère d'origine brésilienne, parlant parfaitement français. En fin de matinée, Catarina nous reçoit en souriant faiblement, habillée avec un « training » et pas vraiment coiffée. Elle est très aimable, accueillante, mais semble particulièrement fatiguée. Catarina est pâle aussi, peut-être anémique. Lorsque Line lui demande comment elle va, elle dit sa fatigue, mentionne que son bébé pleure beaucoup et se réveille plusieurs fois par nuit. Ce qui peut être considéré comme normal d'un point de vue du développement du bébé par une sage-femme, peut être difficile à vivre dans la période postnatale, ce qui semble être le cas pour Catarina. Tout en parlant par intermittence avec Catarina, Line déshabille Loïc le bébé, lui souriant et lui parlant en mamanais. Line parle du besoin de patience des parents, les enfants font leurs nuits au moment où ils sont prêts, et souligne le besoin de contact de Loïc<sup>285</sup>. (Observation à domicile, Line)

Ces différents segments se reconnaissent donc dans les représentations évoquées au cours de discussions, entre sages-femmes ou avec les parents, et dans les attitudes professionnelles. Les différents rapports au féminisme sont également réinterprétés autour de la conception de l'allaitement. Les sages-femmes « avocates des bébés » font une promotion explicite de l'allaitement auprès des familles, conformément aux recommandations internationales (OMS 1999). A ce sujet, les sages-femmes « avocates des femmes » limitent parfois le nombre d'informations qu'elles donnent, dans l'intention de ne pas interférer avec les valeurs ou les pratiques des mères. Les sages-femmes « avocates des bébés » se distinguent par ailleurs par l'usage d'un mamanais plus prononcé que celles qui sont « avocates des femmes ». Enfin, Les sages-femmes « avocates des bébés » passent généralement plus de temps en interaction avec les nouveau-nés que les sages-femmes « avocates des femmes ».

Selon la posture du lecteur ou de l'observateur, l'un ou l'autre de ces segments de sages-femmes apparaît comme plus adéquat. La posture féministe est parfois mise en avant par les chercheurs en

---

<sup>285</sup> Ce segment professionnel promeut des normes concernant la relation aux nouveau-nés, agissant dans le registre d'un contrôle social. Il faut souligner cependant que les sages-femmes sont confrontées régulièrement à des attentes parentales en décalage avec le développement effectif des nouveau-nés et des nourrissons. Et ce qu'elles essaient de rétablir, le cas échéant, est une meilleure compréhension des besoins de ces enfants et de leur vulnérabilité initiale, ce que soutient un très substantiel corpus de recherche en psychologie. Voir par exemple : Pierrehumbert, B. (2003). Le premier lien : théorie de l'attachement. Paris, Odile Jacob..

sciences sociales, par les obstétriciens et, par certaines sages-femmes, parce qu'*a priori*, elle est plus respectueuse des femmes, plus proche de leurs souhaits et de leurs intuitions. Mais comme le montre la situation suivante, la réalité n'est pas si simple:

Une vingtaine de parents participent à la réunion, dont un nombre plus élevé de femmes que d'hommes. Jasmine et sa collègue, sages-femmes de l'Arcade, présentent les différents lieux de naissance et types de suivi à partir d'une présentation Power-Point®. Ces praticiennes mentionnent la maternité publique, les cliniques privées, les maisons de naissance, ainsi que différents types de suivis globaux, - dont l'accouchement à domicile. Elles parlent aussi bien des obstétriciens que des sages-femmes en tant qu'accompagnant-e-s possibles de la naissance. Suite à la présentation, les parents posent quelques questions. Parmi eux, Magali, enceinte et presque à terme, souhaite accoucher par césarienne. Magali semble gênée de parler, montrant qu'elle craint tant les réactions de l'assemblée que celle des sages-femmes. Elle sait que son souhait n'est pas nécessairement considéré comme judicieux. Réagissant à sa manière de s'exprimer, Jasmine ne la contredit d'aucune façon, la réconforte dans son souhait, qu'elle affirme comprendre et qu'elle déclare légitime. La voix de la sage-femme est posée et douce. En fin de séance, Magali vient échanger avec Jasmine et paraît soulagée, n'ayant pas eu à se justifier, se sentant comprise et acceptée par cette sage-femme (Observation de l'information globale).

Plusieurs semaines après cet épisode, je rencontre à nouveau Magali, accompagnée de son enfant qu'elle vient peser à l'accueil.

Magali est pâle, ses traits et ses expressions ne montrent guère de joie, elle semble fatiguée. Je lui demande de ses nouvelles. Magali me raconte qu'en raison d'une complication obstétricale, elle a eu une césarienne élective, c'est-à-dire décidée et effectuée avant tout travail d'accouchement. Un peu naïvement, je me réjouis pour elle, car je me souviens de son souhait. C'est alors qu'elle me raconte combien elle a trouvé la césarienne difficile. Sa vision idéalisée a été transformée par la douleur vécue durant les premiers jours du post-partum. (Observation auto-ethnographique)

Il n'y a pas de posture *a priori*, de savoir absolu, qui permette de mieux servir et écouter les femmes. L'empathie parfaite selon les canons de l'approche *centrée* sur la personne, l'acceptation sans discussion des souhaits des femmes, ne résolvent pas tous les dilemmes. Plutôt que de proposer une discussion sur les conséquences possibles d'une césarienne, Jasmine a répondu au besoin immédiat de Magali, besoin qui était d'être comprise dans son projet particulier. Dans cette situation, la praticienne suppose que le médecin de cette femme discutera le projet de césarienne. En revoyant Magali quelques semaines plus tard, je me suis aperçue qu'elle avait manqué d'informations au sujet de la césarienne, et qu'elle avait minimisé les suites, forcément douloureuses, d'une opération abdominale. Cet exemple, emblématique, montre que les différents segments jouent des rôles complémentaires et que l'un ne doit pas être survalorisé au détriment des autres.

D'autres sous-segments ne concernent quant à eux pas directement les soins ou les relations aux familles, mais relèvent d'une logique d'organisation du travail. J'avais déjà évoqué les sages-femmes qui, travaillant dans le cercle restreint de leur quartier, en deviennent des « guides touristiques »

pour jeunes parents. Ces sages-femmes ont d'autres caractéristiques. Le périmètre de leur activité est restreint en raison de la densité de la population en centre-ville, leur permettant de se déplacer à vélo ou à pied sans perdre de temps, et en étant respectueuse de leur sensibilité à l'écologie. D'autres sages-femmes, qui se déplacent en voiture en raison du lieu de leur domicile, et de la taille de leur zone d'activité, sont parfois critiques envers ces sages-femmes *écologistes*. Les premières, parce qu'elles circulent à vélo ou à pied, refusent régulièrement de sortir de leur zone habituelle d'activité. Par conséquent, les sages-femmes *motorisées* effectuent de plus vastes déplacements, particulièrement lorsque la permanence rencontre des difficultés pour attribuer une sage-femme à une famille durant les périodes de surcharge. Les sages-femmes *motorisées* sont parfois lassées par cette pression supplémentaire, qui leur est faite, en vertu de la souplesse que confère leur mode de déplacement. Par conséquent, il existe des tensions entre ces deux segments de la communauté, à tel point que lors d'engagements de nouvelles membres, la question de la mobilité apparaît parfois comme un critère de sélection dans les discours des sages-femmes *motorisées*.

De la même manière, les situations économiques et sociales des sages-femmes interviennent dans leur engagement, participant de la constitution de sous-segments plus diffus, mais néanmoins perceptibles. Certaines sages-femmes sont mariées, d'autres pas, quelques-unes vivent dans des conditions relativement confortables, alors que d'autres peinent à nouer les deux bouts. De nombreuses sages-femmes ont une charge de famille, mais toutes ne sont pas dans cette situation. Ces différentes circonstances participent des besoins qu'ont les praticiennes, que ce soit en termes de temps et/ou d'argent. Certaines ont besoin de travailler beaucoup, car elles apportent le salaire principal de leur famille, alors que d'autres ont besoin de temps. Quelques-unes enfin auraient autant besoin de temps que d'argent, - reflet de circonstances de vie plus contraignantes. Selon leur situation, les sages-femmes se positionnent différemment face à la charge de travail. Il y a des sages-femmes toujours en demande d'activité et d'autres, qui résistent aux pressions de la permanence pour ne suivre que peu de familles. Dans les périodes de surcharge, au moment des vacances, les sages-femmes en recherche de travail sont appréciées et celles qui travaillent peu sont parfois critiquées. Dans les périodes de pénurie de travail, c'est exactement l'inverse qui se produit.

Dans ce sous-chapitre, j'ai montré quelques logiques distinctes contribuant à la construction de sous-segments professionnels supplémentaires. Ces éléments complètent les descriptions effectuées précédemment au sujet des situations complexes, du suivi continu, et de la relation au risque, montrant la diversité qui compose la communauté de pratique. Les représentations et les pratiques différenciées qui caractérisent ces sous-segments contribuent par ailleurs à l'émergence de tensions au sein de la communauté de pratique. Dans les deux sous-chapitres suivants, je montre comment la



structure de la communauté contribue à créer des espaces de négociation de ces tensions participant de la construction des savoirs communautaires des sages-femmes.

## **9.2 Rencontres institutionnalisées, fortuites, ou désirées : négociations de pouvoirs et de savoirs à l'intérieur d'une communauté de pratique**

En termes de construction et de négociation des savoirs, la communauté de pratique observée au cours de cette recherche est un lieu singulier. Les sages-femmes fonctionnent tout d'abord dans un collectif en autogestion, c'est-à-dire sans recourir à une hiérarchie, ce qui dans le champ de la santé est rare. Cela a pour principale conséquence que l'avis de toute sage-femme est *a priori* légitime, et utilisable pour penser les savoirs. Ensuite, les contacts avec les médecins sont organisés en fonction des besoins des familles et selon le déroulement des situations ; ils sont de ce fait plus sporadiques qu'en milieu hospitalier, où ces contacts rythment l'organisation journalière. Ces deux conditions contribuent à ce que le rapport au savoir et à l'activité bénéficie d'une marge de manœuvre plus importante qu'en milieu hospitalier, ce dont attestent les postures choisies par les sages-femmes en relation à la temporalité de l'activité ou à la distance moindre établie entre soignants et soignés. Enfin, les trajectoires personnelles et professionnelles des sages-femmes, particulièrement diversifiées, créent de nombreuses opportunités d'échange et d'apprentissage entre les membres.

J'ai montré précédemment l'existence de plusieurs segments professionnels se construisant à travers les activités spécifiques qu'exercent les sages-femmes. Ces différents segments se côtoient lors des différentes activités communautaires, formant autant d'opportunités pour négocier et confronter les savoirs entre segments, aboutissant à des déconstructions et des reconstructions, ainsi qu'à une circulation des savoirs au-delà de leurs segments d'origine. Parfois, les sages-femmes nuancent leurs positions, et adoptent de nouveaux points de vue à partir des échanges avec leurs collègues. D'autres fois, les discussions cristallisent des positions et les segments qui y sont liés, mettant à mal l'idéal de cohésion communautaire. Pour comprendre comment ces négociations se déroulent, j'évoque ci-dessous les espaces communautaires leur permettant de survenir. En d'autres termes, pour saisir la logique de construction, de négociation et de circulation des savoirs, il convient d'identifier au préalable qui rencontre qui et, dans quelles circonstances.

Dans la partie descriptive de cette enquête, j'ai mentionné les différents organes de l'association ; je les reprends brièvement ici, pour souligner les opportunités et les limites qu'offrent ces organes, en termes de rencontres et de négociations. L'un des partis pris des membres de l'Arcade est que le regroupement communautaire sort les sages-femmes indépendantes des risques de l'isolement et, facilite la circulation de différents savoirs et ressources. Au sein de l'association, certaines activités

sont explicitement identifiées comme étant le lieu d'échanges de savoirs : c'est le cas des formations continues et des cercles qualités. D'autres organes sont destinés à des fonctions différentes, telles que l'organisation du travail et de la communauté et, les discussions autour de sujets annexes y sont moins bienvenues. Enfin, la participation à certains organes plutôt qu'à d'autres, selon des logiques variables, fait que les sages-femmes sont plus souvent en contact avec certaines collègues qu'avec d'autres, ce qui influence la négociation et la circulation des savoirs, renforçant ou atténuant certains positionnements déjà évoqués.

Parmi les réunions auxquelles les sages-femmes participent dans le cadre de leur appartenance à l'association, certaines sont obligatoires, alors que d'autres sont facultatives. Toutes les sages-femmes sont tenues de participer aux assemblées générales, aux réunions de zone, à un cercle qualité, et à une proportion définie de formations continues. Certaines des activités de santé publique, telles que l'accueil ou les séances d'information globale, se pratiquent à deux, et sont également des occasions de rencontres institutionnalisées. L'adhésion au comité, organe exécutif de l'association, se fait, lui, sur une base volontaire, et après une élection à bulletins secrets.

L'assemblée générale est un évènement essentiel de l'association, qui réunit 8 fois par année l'ensemble des membres. Les ordres du jour, chargés, préparés par l'administratrice et le comité, laissent peu d'espace pour des échanges entre les membres. A chaque assemblée, un espace de discussion s'ouvre néanmoins spontanément, qui concernera l'un ou l'autre des sujets tenant à cœur les sages-femmes, transgressant ainsi l'ordre du jour. Ces espaces de négociation sont essentiels, puisqu'ils ont lieu en présence de l'ensemble des sages-femmes, rendant ainsi visibles à toutes, les différentes postures présentes au sein du collectif. Les discussions font apparaître les accords et les désaccords au sein de l'association, provoquant l'émergence de négociations, et parfois de confrontations soutenues. Selon les discussions, mais aussi les évènements et périodes communautaires plus ou moins fastes, ces négociations mettent en lumière les espaces de cohésion ou de dissension, renforçant ou déifiant le sentiment d'appartenance communautaire. En d'autres termes, quel que soit l'ordre du jour de l'assemblée, celle-ci est régulièrement instrumentalisée en tant qu'espace de production, de négociation, et de circulation de savoirs, modulant tant le rôle professionnel que le sentiment de cohésion communautaire. Les savoirs sont quant à eux également instrumentalisés, servant parfois de prétextes à des négociations de pouvoir entre les membres.

Dans les autres réunions instituées par l'association, les sages-femmes se rencontrent en groupes restreints, construits selon des logiques variables incluant par exemple le lieu du domicile, les intérêts et les activités des sages-femmes, ainsi que les affinités entre elles. Suivant quelles sages-femmes participent à ces réunions, un ou plusieurs segments professionnels sont représentés,

permettant d'appréhender et de négocier une plus ou moins grande diversité de postures. Les savoirs peuvent ainsi être plus ou moins nuancés, ou, au contraire se cristalliser. Ci-dessous, l'exemple des réunions de zone et des cercles qualité montre, de manière détaillée, comment ces négociations aboutissent à la construction, à la négociation et à la circulation de savoirs.

L'Arcade a découpé le territoire dans lequel elle exerce ses prestations en quatre zones géographiques. Chaque sage-femme est affectée à une zone en fonction de son lieu de domicile. Les sages-femmes des différentes zones se réunissent régulièrement, afin d'organiser la répartition des présences et des absences, et de permettre que les visites à domicile soient assumées chaque jour de l'année civile. Les sages-femmes ne choisissent pas les collègues qu'elles rencontrent dans les réunions de zone. Dans l'une des zones, comprenant plusieurs quartiers socio-économiquement défavorisés, les sages-femmes appartiennent toutes au segment sensible à la souffrance sociale, et forment un groupe relativement cohérent. Dans une autre zone, des sages-femmes opposées à l'accouchement à domicile collaborent avec d'autres qui le pratiquent. La cohésion et la collaboration à l'intérieur des réunions de zone peuvent ainsi être plus ou moins évidentes à établir. Les zones d'activité sont variablement chargées et inégalement dotées en sages-femmes, selon les périodes et les évènements. Les négociations pour répartir les vacances et les absences se font ainsi plus ou moins aisément, selon les attentes de chacune et, selon la dotation de chaque zone. Par conséquent, tant les positionnements à propos de thématiques particulières, telles que la souffrance sociale ou l'accouchement à domicile, et l'organisation du travail en tant que telle, rapprochent ou éloignent, les membres des zones les unes des autres. Selon la qualité des contacts, évoluant forcément dans le temps, les réunions de zone peuvent être des lieux d'échanges importants pour les sages-femmes, du fait de la taille restreinte de ces groupes ; ou être centrés sur l'organisation, lorsque le climat se prête moins à la discussion. La réunion de zone peut ainsi être, ou non, un lieu ressource autour de situations ressenties comme difficiles. Selon ces liens, les sages-femmes sont en effet plus ou moins susceptibles de s'entraider et de partager leurs différentes expériences, - participant d'une redéfinition en continu du rôle et des savoirs professionnels.

Les cercles qualité (CQ) sont quant à eux choisis en fonction de thématiques liées aux activités exercées par les sages-femmes. Ces cercles ont des objectifs relativement ouverts. Ils comprennent parfois un volet « organisation » comme dans le groupe *Accadom*, qui planifie les gardes d'accouchement à domicile. Tous les CQ sont cependant des lieux de réflexion où les sages-femmes spécialistes de certaines thématiques ont un rôle d'informatrice à jouer pour l'ensemble de l'association. Selon leurs spécialisations, les sages-femmes auraient la possibilité de participer à plusieurs CQ ; cependant, étant donnée la charge de travail, globalement élevée, la majorité opte

pour une participation à un seul cercle. Certaines sages-femmes semblent donner la préférence à la thématique du cercle, alors que d'autres tiennent compte des membres composant les différents cercles, choisissant celui qui leur convient le mieux de ce point de vue. Globalement, les CQ rassemblent des sages-femmes dont les profils se ressemblent, contribuant à une relative circularité de savoirs, ce qu'illustre par exemple la représentation de l'autonomie véhiculée par les sages-femmes effectuant des suivis continus.

La participation au comité, organe exécutif de l'association, se fait quant à elle sur une base volontaire et après une élection. Les sages-femmes du comité sont responsables de l'organisation et de l'administration de l'Arcade, en collaboration avec l'administratrice, et en respect des décisions de l'assemblée générale. Bien que l'administratrice traite des tâches essentielles de gestion, les sages-femmes du comité sont directement confrontées à des prises de décision complexes, impliquant l'association dans son fonctionnement et dans ses liens avec l'ensemble du système de santé. L'expérience en comité transforme par conséquent les représentations préalables au sujet de l'association et de l'activité professionnelle. Dès lors, sur la base des possibilités et des limites qu'offre le système de santé, le rôle et la marge de manœuvre de l'association sont plus réalistement compris. La conception microsociale de l'activité centrée sur l'obstétrique et la relation aux familles, fréquente durant les premières années de pratique, est dépassée. Le passage en comité change par conséquent le statut officiel de chaque sage-femme au moment de son mandat, en raison des responsabilités accrues conférées à cette occasion. Passer par le comité modifie tacitement et durablement le statut des sages-femmes qui deviennent en quelle que sorte des membres seniors. Les mandats au comité durent deux ans et sont parfois prolongés par un deuxième mandat consécutif, voire exceptionnellement un troisième. De ce fait, la majorité des sages-femmes passe par le comité durant la vie associative.

Par conséquent, lorsque les membres du comité présentent leurs propositions en AG, elles le font devant un public initié et critique, du fait de son expérience antérieure en cet organe exécutif. La communauté possède ainsi un potentiel de réflexion élevé permettant de débattre des objets délicats auxquels elle est confrontée. Cependant l'expérience des unes ou des autres interfère parfois plus qu'elle ne contribue à l'avancée des débats. C'est le cas, lorsque le style d'un comité détonne avec l'image que d'anciennes élues se font de ce rôle central. Le comité est alors régulièrement confronté en AG. Consécutivement, son fonctionnement en est parfois amélioré, parfois entravé. La logique de circulation régulière du pouvoir, relevant du choix d'autogestion, est ainsi tour à tour une force et une faiblesse pour l'avancée des projets, et pour la construction des savoirs communs.

En sus des réunions instituées, les sages-femmes créent et vivent des occasions de rencontre plus spontanées, au gré des hasards mais aussi selon leurs affinités. Lorsqu'elles travaillent à deux pour animer les prestations de santé publique, les praticiennes choisissent, ou non, leur partenaire, par exemple. Certaines sages-femmes s'organisent pour effectuer ces animations avec des personnes dont elles sont proches, tant du point de vue des segments que des affinités, -trouvant ainsi dans la collaboration un confort tant relationnel qu'idéologique. D'autres s'inscrivent aux activités de santé publique en fonction de leur disponibilité, sans rechercher une collaboration plus fréquente avec des personnes proches. Varier les collaborations en duo donne autant d'occasions de se confronter à des représentations différenciées de la maternité, et du rôle professionnel.

Par ailleurs, les sages-femmes qui rencontrent des difficultés occasionnelles dans le suivi des familles, contactent parfois leurs collègues pour inspirer leur prise en soins. Ces contacts se prennent selon des logiques variables, selon le type de difficultés rencontrées, mais également selon la plus ou moins grande importance accordée aux affinités. Certaines sages-femmes sont identifiées par l'ensemble de la communauté comme étant expertes de thématiques précises.

Dans une discussion entre plusieurs collègues, Marianne dit que les sages-femmes nouvellement arrivées à l'Arcade lui téléphone souvent pour des femmes vivant des situations de détresse économique et sociale, - situations qui les déstabilisent beaucoup. Elle remarque que les collègues savent qu'elle est expérimentée dans ce type de situations. (Observation d'un échange entre sages-femmes)

Parfois, les situations sont si perturbantes que les sages-femmes abordent la première collègue venue pour partager leur expérience, et obtenir un feedback. Ces échanges et interrogations sont fréquents ; et font circuler des informations au sujet des types de difficultés rencontrées et des réactions préventives ou thérapeutiques mises en œuvre par les sages-femmes. De nombreux exemples de situations et de pratiques circulent ainsi et nourrissent les savoirs communautaires.

Le dernier type d'échanges entre membres de l'association concerne les sujets personnels. A de nombreuses occasions, lors de cafés ayant précédés les observations, lors de repas improvisés faisant suite à une réunion, j'ai participé à des conversations intimes avec les sages-femmes. Ces conversations se déroulent entre des praticiennes provenant de tous les segments professionnels et, ne se sont pas limitées aux personnes que je connaissais le mieux. Ces discussions abordaient les histoires de vie, les évènements heureux et malheureux touchant les existences des sages-femmes, les séparations, les soins aux parents ou aux beaux-parents, la dépression ou l'anxiété, les nouveaux amours, ou le contact avec les petits-enfants.

Dans la voiture entre deux visites, Evelyne que je connais depuis longtemps, mais assez peu intimement jusqu'alors, me parle de sa situation familiale. Cette sage-femme est particulièrement

fatiguée, car elle s'occupe actuellement d'un parent proche dont l'état de santé se péjore, mais qui refuse obstinément, selon Evelyne, une hospitalisation. La praticienne ne reçoit pas de soutien de ses proches, qui n'ont pas le même sens du devoir qu'elle et vit depuis plusieurs semaines une forme de triple journée, usante. Durant la conversation, elle me montre qu'elle perçoit cette période comme une longue corvée, mais ne sent pas légitimée à en faire moins, quitte à laisser ce proche face à ses choix et à se protéger elle-même un peu plus. Touchée par la sincérité du partage et par cette abnégation obligatoire, j'écoute attentivement. (Entretien non enregistré, Evelyne)

J'ai contribué à ces échanges en me dévoilant parfois, appréciant l'écoute attentive qui m'était offerte. A l'occasion d'un repas chez Jasmine, préparé par son compagnon pour que cette sage-femme ne perde pas de temps entre les visites à domicile, nous discutons ensemble de nos parcours :

Assises confortablement dans les fauteuils du salon, proches l'une de l'autre, Jasmine et moi entrons rapidement dans des échanges intenses touchant à nos parcours de vie respectifs. J'évoque des souvenirs d'enfance et d'adolescence, une relation mouvementée qui s'est terminée difficilement et a comporté de la violence. Dans l'échange, j'évoque comment plusieurs épisodes difficiles, récurrents, ont contribué à faire de moi cette sage-femme un peu trop stressée, faisant un lien entre mon histoire personnelle et le milieu sévère du monde hospitalier. Jasmine écoute attentivement, me pose des questions et aborde ensuite, elle-aussi, des événements épineux de sa vie. L'intensité de nos échanges et de l'attention mutuelle, sont interrompues par le repas de midi où la conversation familiale, en présence d'adolescents, prend un tournant politique et énergique. (Entretien non enregistré, Jasmine)

D'un point de vue anthropologique, je me suis aussi interrogée sur la signification communautaire de ces conversations. N'étaient-elles que contingentes et fallait-il renoncer à en construire une interprétation fonctionnaliste ? Ou avaient-elles un sens pour la communauté et pour la construction de savoirs professionnels ? Ces conversations m'ont semblé renforcer les liens affectifs existant entre les sages-femmes, ainsi que la cohésion de la communauté de pratique et de ses valeurs. L'écoute et le partage offerts réalisent l'idéal associatif où la confiance et la considération de l'autre sont essentielles. Ces conversations dévoilant les vulnérabilités des sages-femmes, soulignaient la présence inévitable de la personne privée dans l'habitus professionnel. Les vécus personnels de la maternité complètent et interrogent les représentations professionnelles, participant de la construction des savoirs. La facilité avec laquelle les sages-femmes, et moi avec elles, entrons dans ces conversations intimes peut être reliée à l'intérêt qu'ont ces femmes pour l'introspection et l'écoute. Par ailleurs, la temporalité particulière du métier de sage-femme impose à ces praticiennes d'être prêtes, en tout temps, à avoir des conversations intimes avec les femmes et les familles. Ces moments valaient par conséquent tant pour leur fonction de partage, de création de lien, que pour leur activation d'une écoute de l'autre. Apprendre à écouter en étant écoutée et, en observant les collègues et leurs attitudes.

En partageant des bribes de leur histoire, les sages-femmes font une place à leur vulnérabilité humaine, entrant ainsi dans une logique du Care (Jouan and Laugier 2009). La logique gestionnaire de l'hôpital, peu attentive aux vulnérabilités du personnel, est une fois encore rejetée. Les sages-

femmes parlent de leurs difficultés, lorsqu'elles gèrent simultanément leur activité et un problème personnel important. Par ailleurs, l'association a développé une fonction de soutien agie tant dans les réunions que spontanément, au détour des rencontres. Chaque personne vivant une période difficile reçoit de l'attention, à travers les cartes envoyées, les nouvelles prises et retransmises systématiquement, mais sobrement, lors des assemblées générales. Les sages-femmes font preuve de compréhension à l'égard des membres ne pouvant momentanément ou durablement pas assumer leur activité. Il arrive cependant que le besoin de soutien et la vulnérabilité ne soient pas identifiés, qu'une voix ne soit pas entendue, et aboutissant à des difficultés de collaboration, voire à la souffrance de certaines membres.

La participation obligatoire ou facultative aux organes communautaires, les différentes possibilités de rencontre, de collaboration et d'échange, font les multiples opportunités de créer et recréer les conceptions de la naissance, du rôle professionnel, et du travail associatif. Les différents segments de sages-femmes liées tant aux prestations exercées, qu'aux zones d'activité, ou encore aux postures professionnelles et personnelles, véhiculent des représentations et des pratiques variées et parfois divergentes dans l'ensemble de l'association. L'existence de cette variété, parfois polarisée, est essentielle, car elle permet de travailler la cohésion communautaire à travers les partages, les moments d'écoute, les tiraillements et les conflits. Lorsque certains idéaux sont polarisés, aboutissant par exemple à des postures peu respectueuses de l'esprit du soin, ils trouvent un contre-pied au cours de discussions dans l'association. L'idéal d'autogestion, supposant un droit à la parole équitable entre les sages-femmes, permet *a priori* de remettre en question les prises de position des unes et des autres. Ces différentes négociations sont cependant et évidemment traversées par des relations de pouvoir vues plus en détail au sous-chapitre suivant.

### **9.2.1 La pratique de l'autogestion : entre les trajectoires individuelles, l'exercice de pouvoirs, et les négociations de *savoirs***

L'idéal d'autogestion n'est pas facile à réaliser, car le pouvoir fait l'objet de négociations et de jeux, aboutissant parfois à une distorsion des objectifs égalitaires de l'association. Les sages-femmes ont des trajectoires personnelles et professionnelles variées, qui influencent les rôles que chacune joue au sein de l'association, lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins de celle-ci.

La participation au comité, impliquant la gestion de l'association dans ses multiples dimensions, difficultés et imprévus occasionnels inclus, transforme les profils des sages-femmes, complétant leurs parcours professionnels. Pour certaines, aux profils aguerris, ayant exercé des activités de gestion ou une pratique en contexte difficile, l'expérience exécutive fait synergie avec le profil professionnel initial. Ces praticiennes sont volontaires pour conduire les négociations difficiles avec des partenaires

tels que l'Etat ou les assureurs maladie. Des postures fortes, une connaissance approfondie des dossiers, et une vision systémique des enjeux sont alors indispensables. Ces différentes expériences façonnent un segment de sages-femmes exerçant un surcroît de pouvoir au sein de la communauté de pratique, une hiérarchie officieuse mais bien visible.

Par conséquent, selon leur trajectoire professionnelle, mais aussi leur personnalité, les sages-femmes interviennent différemment lors des différentes réunions de l'association. Certaines prennent la parole régulièrement, parfois pour chaque thème abordé, alors que d'autres parlent rarement, uniquement lorsqu'un thème les concerne spécifiquement. Certaines ne parlent presque jamais - à moins d'y être expressément invitées. Les unes débattent calmement, alors que les autres haussent vite le ton et, interrompent parfois leurs interlocutrices. Certaines sont attentivement écoutées, d'autres sont souvent interrompues, parfois avant qu'elles n'aient pu expliciter leurs idées.

Il arrive que ces inégalités de pouvoir soient discutées par les sages-femmes, ce qui aboutit à des réactions contrastées. Certaines s'accommodent des inégalités et ne se sentent pas frustrées, alors qu'elles interviennent peu dans les débats. D'autres souffrent d'être peu écoutées, ou regrettent le climat parfois tendu, qui rend les interventions difficiles. D'autres encore, pragmatiques, estiment normal que la vie en équipe ne soit pas constamment harmonieuse, et considèrent les tensions occasionnelles comme inévitables. Les sages-femmes prenant plus régulièrement la parole sont parfois ouvertes aux critiques, comprenant la frustration de quelques membres. Ces praticiennes ressentent parfois de la frustration ; étant en charge des dossiers les plus difficiles, il leur semble dès lors normal de prendre position dans les discussions. Camille me dit ainsi « *qu'elle n'en peut plus de ces discussions sur le pouvoir* » ; les différences en termes de droit à la parole étant à ses yeux justifiés par les mandats à responsabilité variable qui séparent les membres entre elles. Les sages-femmes les plus extraverties posent explicitement le droit à la parole comme du ressort de l'autonomie et de la responsabilité individuelle, ceci au cours d'une AG, niant que la dynamique de groupe puisse faciliter ou inhiber la prise de parole. Enfin, certaines praticiennes refusent de discuter les inégalités en temps de parole et en pouvoir, déniaient leur existence au sein de l'association. L'autogestion pratiquée avec succès depuis vingt ans, enrichit la construction et le renouvellement des savoirs, mais n'est pas un long fleuve tranquille.

Parallèlement aux discussions sur le pouvoir et sa répartition, une inquiétude périodique revient, qui interroge la cohésion et le sens du travailler ensemble. Cette inquiétude relève de deux logiques. La première implique un besoin de faire communauté et de donner un sens à la collaboration, au-delà des aspects organisationnels. Les sages-femmes sont notamment attentives aux dénominateurs communs concernant l'engagement associatif et la vision du rôle professionnel. Les membres ne



participant pas en pleine conformité avec la convention signée sont interpellées, leur comportement étant perçu comme une menace pour la cohésion et la solidarité de l'association. Les sages-femmes *plus indépendantes*, ayant des difficultés à remplir les demandes établies dans la convention, offrent souvent des prestations originales, étoffant les prestations de l'association et la rendant plus attractive pour la population. La communauté de pratique doit donc souvent faire quelques concessions en regard de sa cohésion, de l'équité entre les membres, afin de développer et maintenir une offre attractive pour la population.

En assemblée générale, Marianne soutient Caroline qui a été prise à parti. Caroline, inventive et énergique, a fait de nombreuses formations continues. Cette sage-femme est beaucoup demandée pour des suivis continus et des prestations impliquant des méthodes alternatives ; son temps est de ce fait limité. Plusieurs membres reprochent à Caroline de ne pas être suffisamment active dans l'association elle-même. Marianne souligne l'importance du travail spécifique de Caroline pour l'association et l'occupation pleine du rôle des sages-femmes, appelant à une meilleure compréhension de Caroline et de ses écarts aux principes de l'association. (Observation d'une assemblée générale)

Les sages-femmes interrogent leur appartenance à leur association selon une deuxième logique, focalisée sur les prestations à la population. La disparité des conseils et des attitudes obstétricales existant en France et en Suisse est connue de la plupart des sages-femmes. Sachant que cette disparité est une source de déstabilisation et d'anxiété pour les parents, les sages-femmes demandent une unité minimale d'action au sein de leur communauté de pratique. Les prises en soins doivent se ressembler et la « marque communautaire » doit être observable. Les sages-femmes ont à cet effet négocié une partie de leurs suivis avec les institutions hospitalières environnantes, afin que chacune adopte un suivi reconnu. Lorsqu'un thème est travaillé dans le collectif, que ce soit l'allaitement ou les situations complexes, une recherche de consensus est observable, se transformant parfois en une pression à la conformité. Les sages-femmes m'ont d'ailleurs demandé d'observer s'il existait des similitudes et des disparités dans leurs accompagnements ; j'ai effectué plusieurs restitutions à ce sujet.

Ces négociations redéfinissent la construction des savoirs professionnels en continu, en parallèle à l'exercice pratique. Certaines sages-femmes, plus anciennes et ayant acquis plus de pouvoir au sein de l'organisation, prennent évidemment plus de place dans ces négociations. D'un côté, de par leur expérience et leur importance dans l'association, ces membres renforcent la cohésion des valeurs du groupe. De l'autre côté, leur intervention menace parfois l'idéal de participation démocratique du collectif, ainsi que sa diversité, pourtant nécessaire pour évoluer. A cet égard, je postule que la culture biomédicale joue un tour aux sages-femmes, les empêchant de reconnaître et d'accepter la dimension subjective et contingente de certaines de leurs postures et actions. L'idéal professionnel de ces praticiennes intègre la notion de médecine scientifique (Gordon 1988). Les pratiques

devraient être argumentées à partir de recherches et de connaissances professionnelles désignées sous le terme d'obstétrique. Cette conception s'accompagne souvent d'un rejet de la dimension subjective de l'activité, de la compétence individuelle et de ses particularismes. Par conséquent, certaines sages-femmes attendent que le rôle professionnel soit joué de manière uniforme et « juste ». La dimension subjective ou interactive des compétences reste alors implicitement agissante.

Chaque sage-femme agit dans les limites conférées par sa trajectoire personnelle et professionnelle. Certaines ont un besoin de cohérence important. Lorsqu'elles réalisent que des collègues offrent des prestations qu'elles-mêmes n'envisagent pas, ces sages-femmes tendent à disqualifier les prestations des autres. Ces critiques ont pour objectif de renforcer d'une part la cohésion communautaire et de faire, d'autre part, barrière à une demande d'élargissement de leurs prestations. La peur de devoir franchir ses limites influence la tonalité des discours. Ce qui pourrait être un échange à propos de la diversité des pratiques devient une confrontation au sujet de « vérités », perdant nuance et tolérance. L'enjeu « vérité » implique qu'à l'issue du débat une partie gardera la face et l'autre la perdra, d'où la tension, palpable, accompagnant ce type de négociations. Le même type d'échange peut se produire dans la situation inverse, lorsque des sages-femmes qui offrent des prestations originales tentent de les imposer aux autres. En assemblée générale ou en groupe restreint, les membres qui ont davantage de pouvoir, tentent plus fréquemment d'imposer leurs représentations et pratiques en tant que « vérité » à leurs collègues.

L'influence de la culture biomédicale et de son sens commun, faisant du savoir un absolu, les critiques au sujet de la disparité des conseils et enfin, le besoin de cohésion associative, incitent à rechercher, voire imposer, des représentations et des pratiques similaires aux sages-femmes entre elles. Certains savoirs originaux, notamment lorsqu'ils sont portés par des segments ou des sages-femmes minorisés, ne sont ainsi pas reconnus, ou conservent un statut précaire. Cela était notamment le cas des prestations originales offertes par les sages-femmes confrontées aux situations complexes. Parallèlement aux pressions à la conformité, la diversité des représentations et des pratiques, difficilement réductible dans un contexte de travail ouvert comme celui de l'Arcade, continuent d'évoluer au quotidien. L'équilibre précaire que les sages-femmes construisent entre recherche de conformité d'une part, et valorisation de la diversité d'autre part, permet une évolution des savoirs à la fois structurée et ouverte.

Différentes opportunités s'offrent aux sages-femmes pour construire, négocier, et faire circuler des savoirs professionnels dans la vie en communauté de pratique. Le dernier sous-chapitre illustre, avec

plus de détails, et à partir d'un exemple concret, comment des savoirs divergents sont négociés, et aboutissent ainsi à l'évolution de représentations et de pratiques.

### **9.2.2 La trame d'une négociation : l'exemple du cercle qualité « allaitement »**

Parmi les segments de sages-femmes coexistant au sein de l'association figurent ceux qui impliquent des postures sensiblement différentes en regard de la promotion de l'allaitement maternel. Les sages-femmes qui ont des représentations et des pratiques différentes de l'allaitement et de son accompagnement, affirment, négocient, et font évoluer leurs postures lorsqu'elles se rencontrent. Le cercle qualité (CQ) *allaitement*, qui réunit en moyenne 6 sages-femmes est l'une des occasions permettant un tel travail sur ces savoirs professionnels. Ce CQ a pour objectif de penser et d'organiser les animations de l'Arcade en lien avec l'allaitement, ainsi que de fonctionner comme ressource pour l'association. Comme son titre l'indique, ce sous-chapitre s'inspire de l'interactionnisme symbolique, et de son intérêt pour les relations concrètes entre les acteurs sociaux (Strauss and Baszanger 1992, Le Breton 2004). Sa première partie situe le CQ allaitement et son habitus. La seconde aborde les négociations intervenant entre les sages-femmes et qui participent de l'évolution de leurs savoirs sur l'allaitement.

L'un des objectifs prioritaires de ce cercle qualité est de construire une vision suffisamment commune de l'allaitement, car, les sages-femmes y participant, co-animent à tour de rôle deux groupes d'information et d'écoute sur l'allaitement, l'un prénatal et l'autre postnatal. Certaines femmes fréquentent le groupe d'allaitement postnatal pendant une relativement longue période et, de ce fait, les sages-femmes souhaitent que leurs informations se recoupent.

Les femmes venant au groupe d'allaitement souhaitent allaiter, souvent sur une relativement longue durée. Face à ce groupe plutôt déterminé quant à ses choix, les sages-femmes se trouvent dans une situation apparemment plus facile que dans leurs contacts avec la population générale. Elles peuvent en effet déployer leur habitus « favorable à l'allaitement » sans risquer d'imposer une pression aux femmes, celles-ci étant désireuses d'allaiter. La population fréquentant les groupes d'allaitement n'est cependant pas complètement homogène. Certaines femmes perçoivent un décalage entre leurs pratiques et certaines normes d'allaitement et, expriment parfois de la culpabilité, voire de la crainte, en rapport à leurs choix :

En ouvrant la séance du groupe allaitement postnatal, Francine propose à chaque femme de se présenter et d'évoquer, si elle le sait, la raison qui l'amène dans le groupe aujourd'hui. Parmi les quatre femmes présentes, Agathe, se recroqueville sur elle-même quand vient son tour, parle plus doucement alors qu'elle annonce faire quelque-chose de « faux », disant à haute voix qu'elle va sûrement se faire réprimander. Depuis quelques temps, Agathe a introduit des biberons de complément. (Observation du groupe allaitement, Francine)

Le niveau d'éducation de la population assistant à ces groupes est par ailleurs très élevé, l'université étant à deux pas de l'Arcade. Ceci implique que les sages-femmes doivent être particulièrement bien informées, tant sur la physiologie de l'allaitement, que sur le soutien à celui-ci, ce qui ne va pas de soi. En effet, bien que les apports en information concernant l'allaitement aient été augmentés durant la formation initiale, ceux-ci sont limités, en raison de l'étendue des savoirs théoriques et pratiques à acquérir pour devenir sage-femme. Par ailleurs, les savoirs transmis jusqu'au milieu des années 1990, voire au-delà pour certains lieux de pratique, ne correspondent pas à l'ensemble des recommandations contemporaines pour le soutien à l'allaitement. Par conséquent, les sages-femmes du cercle qualité *allaitement* ont suivi des formations continues pour actualiser et augmenter leurs savoirs et leurs compétences, dont pour plusieurs d'entre elles la formation de conseillère en lactation certifiée IBCLC<sup>286</sup>.

L'instauration de formations continues certifiées a permis aux sages-femmes d'être mieux informées sur la littérature scientifique publiée au sujet de l'allaitement. Ces formations complémentaires semblent aider les professionnel-le-s de la santé à adopter des conditions d'accompagnement favorables l'allaitement et, à résoudre ses complications les plus fréquentes. Par ailleurs, ces formations promeuvent une éthique de l'accompagnement de l'allaitement plus parcimonieuse en gestes et plus respectueuse de l'intégrité corporelle des femmes et des nouveau-nés<sup>287</sup>. En parallèle, ces formations semblent cependant véhiculer une idéologie de promotion de l'allaitement relativement univoque. N'ayant pas fait d'observations directes de leur enseignement, je ne peux dire si cette transmission est délibérée ou contingente. Le temps substantiel passé à étudier l'allaitement et son accompagnement semble « faire oublier » qu'il existe des femmes dont le besoin ou le souhait de ne pas allaiter, ou d'interrompre son allaitement, doit être entendu. Dans le CQ *allaitement*, toutes les sages-femmes souhaitent s'adapter aux femmes et à leurs besoins, aucune n'a l'intention de « forcer » qui que ce soit à quoi que ce soit. Plusieurs sages-femmes semblent néanmoins si convaincues des bienfaits de l'allaitement, que cela interfère avec leur capacité à respecter les besoins ou les préférences de femmes, qui ne souhaitent pas ou ne souhaitent plus allaiter.

Mirka, une sage-femme expérimentée dans l'accompagnement de l'allaitement, rend visite à Nadia, une femme originaire d'un pays africain, arrivée en Suisse durant son adolescence et titulaire d'un permis d'établissement. Nadia travaille, a son permis de conduire et une voiture. Elle montre au cours de la conversation qu'elle se sent chez elle en Suisse. Lors de la visite postnatale, Nadia nous reçoit en habit « traditionnel africain », qu'elle a cousu elle-même et qui souligne son statut de femme

---

<sup>286</sup> Pour International Board Certified Lactation Consultant, qui est l'une des associations les plus actives dans la formation continue concernant l'allaitement. <http://consultants-lactation.org/>

<sup>287</sup> Lorsque j'ai débuté ma formation, les professionnel-le-s avaient l'habitude de mettre les enfants eu sein *manu militari*, c'est-à-dire en prenant l'enfant et le sein, sans en demander l'autorisation à la mère, ceci pas toujours avec ménagement. Ces pratiques sont proscrites dans les nouvelles formations initiales et continues.

immigrée. Suite au compliment de Mirka sur sa robe, Nadia raconte qu'elle s'habille en jeans et en pull quand elle sort, ne mettant cet habit confortable qu'à la maison. Le post-partum de Nadia se passe bien. Elle se réjouit de bientôt déménager, car le studio dans lequel elle vit est trop petit pour elle, son mari, et leurs deux enfants. Nadia parle de la reprise de son travail qu'elle apprécie et annonce qu'elle interrompra progressivement l'allaitement autour du troisième mois. A cette annonce et devant un allaitement se déroulant très bien, Mirka, surprise, réagit : « Oh mais non pas vous ! Pourquoi arrêter ? C'est dommage ! ». Nadia confirme son intention, apparemment sans s'offusquer de la réaction de sa sage-femme. Mirka me semble voir Nadia en tant que personne « typiquement africaine », du fait de son habillement et de son allaitement « facile ». En quelque sorte trompée par sa vue, pour revenir à l'anthropologie des habiletés, Mirka construit une compréhension stéréotypée de Nadia. Baissant sa garde, elle laisse alors s'échapper son habitus favorable à l'allaitement, rompant avec sa posture d'écoute. (Observation à domicile, Mirka)

J'ai abordé déjà l'existence de sous-segments de sages-femmes plutôt « avocates des femmes » ou « avocates des bébés ». Toutes les sages-femmes rencontrées respectent le droit des femmes à choisir d'allaiter au sein ou au biberon, qu'elles soient ou non dans le cercle qualité. Les sages-femmes « avocates des femmes » vérifient cependant plus souvent comment les femmes se sentent en regard de la poursuite de l'allaitement lors de difficultés ou de complications. Ces sages-femmes n'attendent pas qu'une femme affirme spontanément son désir d'interrompre l'allaitement, et elles prennent en considération le pouvoir symbolique existant entre soignant et soigné. Ces praticiennes ouvrent la discussion lorsqu'elles perçoivent une ambiguïté, et confirment le droit des femmes à pratiquer l'allaitement qui leur convient, que celui-ci soit maternel, mixte, ou au lait artificiel.

Les sages-femmes plutôt « avocates des bébés » attendent quant à elles plus longtemps pour commencer un dialogue sur la poursuite de l'allaitement en cas de complications, et déploient leur énergie pour aider à la résolution de ces difficultés. Elles perçoivent plus tard que les sages-femmes « avocates des mères » une indication à discuter de l'expérience des femmes et de leur motivation à poursuivre l'allaitement<sup>288</sup>. Elles pratiquent un peu plus longtemps ce que je nommerais une tactique « de l'omission », c'est-à-dire une attitude qui vise à attendre que la femme réinterroge elle-même l'allaitement. Il n'est pas souhaitable d'interroger les motivations des femmes sur leur volonté de poursuivre l'allaitement à chaque évènement désagréable, ce qui serait décourageant. Parfois, cette interrogation est néanmoins une congruence nécessaire pour soulager les femmes vivant une expérience d'allaitement difficile. Toutes les femmes n'explicitent pas leurs souhaits, leurs besoins, ou leurs doutes, avec la même facilité, ni avec la même sensation incorporée de légitimité. La perception qu'une mise au point est nécessaire n'émerge pas au même moment pour chaque sage-femme, ce type de perception ne relevant pas d'une mécanique. Lorsque la stratégie d'omission a trop duré, ou que le malaise n'a pas été perçu, les sages-femmes apprennent parfois que l'une ou l'autre femme a attendu la fin des visites postnatales pour sevrer son enfant. Dans ces situations, les

---

<sup>288</sup> Notes de terrain.

femmes n'ont pas senti leur droit à sevrer leur enfant en présence de la sage-femme, ce qui montre que la posture « avocate des bébés » est parfois problématique.

Lorsque j'ai commencé les observations dans le CQ allaitement, le groupe était majoritairement composé de sages-femmes plutôt « avocates des bébés » dans ce sens particulier relié à l'allaitement<sup>289</sup>. Les représentations de ces praticiennes étaient renforcées par les femmes qu'elles rencontraient lors des groupes *allaitement*. Ici, le savoir est donc doublement circulaire. Des sages-femmes partageant un même intérêt se réunissent et confirment ensemble leurs représentations, qui sont ensuite confirmées par le contact avec des femmes engagées en faveur de l'allaitement.

La composition et la dynamique de chaque cercle qualité change cependant au gré des arrivées et des départs de sages-femmes. Au cours des observations, plusieurs sages-femmes sont arrivées dans le cercle qualité alors que d'autres l'ont quitté. Parmi les sages-femmes qui ont quitté le cercle figuraient des personnes très investies pour l'allaitement, et particulièrement compétentes pour résoudre les difficultés et les complications les plus fréquentes. En d'autres termes, ces personnes bénéficiaient d'une aura légitime d'experte et n'étaient de ce fait guère contredites. Parmi les nouvelles arrivées figuraient plusieurs praticiennes plus « avocates des femmes » qu'« avocates des bébés », sensibilisées à l'idée que l'allaitement peut être aussi bien une expérience harmonieuse qu'une épreuve. Certaines d'entre elles avaient d'ailleurs vécu un ou plusieurs allaitements difficiles. Ces sages-femmes ont explicitement affirmé leur volonté de ne pas se retrouver en posture d'induire les femmes dans une voie qu'elles ne souhaitaient pas, ou ne souhaitaient plus. Leur tempérament relativement affirmé laissait apparaître clairement qu'elles ne tairaient pas leur posture, et que celle-ci devait désormais être prise en considération. Suite à ces départs et arrivées de sages-femmes, les discours au sujet de l'allaitement sont devenus plus diversifiés ; l'importance d'un accompagnement ne se situant pas dans le registre de la pression, en d'autres termes du contrôle social, est devenue plus explicite, même chez les sages-femmes qui avaient auparavant tenu un discours plus uniformément favorable à l'allaitement. En un peu plus d'une année, les savoirs sur l'allaitement en tant que discours sur la pratique, avaient évolué durant les négociations entre anciennes et nouvelles sages-femmes du cercle qualité.

Le fonctionnement d'un CQ illustre comment les groupes de sages-femmes construisent et négocient les savoirs professionnels, à partir de la composition et de la dynamique des groupes dans lesquels elles se rencontrent. Cet exemple emblématique montre comment l'évolution des savoirs peut tenir à des détails presque aléatoires, comme le changement des membres d'un groupe. La présence de

---

<sup>289</sup> Une sage-femme peut être « avocates des bébés » en ce qui concerne l'allaitement et ne pas l'être en ce qui concerne le sommeil et suggèrera alors que l'enfant dorme dans sa chambre et dans son lit et s'endorme de manière *autonome*.

savoirs circulaires, qui se construisent lorsque les sages-femmes et les parents appartiennent à des segments sociaux similaires, est à nouveau soulignée ici. Ces savoirs sont problématiques pour les parents n'adoptant pas les représentations ou les pratiques les plus saillantes dans le tissu culturel local. L'importance des savoirs issus de l'expérience personnelle des sages-femmes ressort encore, car c'est bien l'intensité de cette expérience, qui donne au discours contradictoire sa force et sa portée, contribuant au renouvellement du discours commun devenu plus nuancé et plus favorable à la diversité des expériences des femmes.

### **9.3 Synthèse**

En conclusion, les organes et les statuts de la communauté de pratique créent de multiples opportunités de rencontre entre sages-femmes, formant un tissu complexe de négociations lequel redéfinit sans cesse les savoirs communautaires. Les échanges plus ou moins aboutis, plus ou moins constructifs, confrontent les différentes modalités d'expression du rôle professionnel entre les différents segments de sages-femmes.

Ces négociations couvrent des thématiques très variées, allant des représentations de la naissance et de la parentalité, à l'organisation du travail et au contenu du rôle professionnel. La présence de postures différentes, parfois contradictoires et exprimées de manière très affirmée, confronte les représentations et les pratiques des unes et des autres. Les postures polarisées tendent à être ramenées vers plus de nuance par les négociations, par exemple en termes de promotion de l'allaitement, mais aussi de lieu de la naissance. La résolution partielle des désaccords participe du contenant communautaire et permet de réguler les tensions à travers l'obtention de consensus. L'autogestion, quoi qu'imparfaite comme toute entreprise humaine, et ne remplissant pas pleinement ses objectifs d'équité, pose néanmoins l'association de sages-femmes dans une dynamique continue et relativement ouverte de renouvellement des savoirs.

La construction, la négociation, et la circulation des savoirs communautaires sont par ailleurs sous l'influence de nombreux phénomènes. Tributaire du temps que les sages-femmes ont, ou n'ont pas, pour approfondir les réflexions, tributaire aussi des cursus de chacune, de leurs ressources et de leurs limites, des relations plus ou moins harmonieuses également, le faisceau des échanges est dense et complexe. Des éléments structurels sont décidés et mis en œuvre pour opérationnaliser le fonctionnement, les collaborations et la transmission de nouveaux savoirs, notamment par la construction de protocoles de soins. Cependant, ces efforts d'organisation n'empêchent pas l'émergence de circuits informels, faisant des savoirs des entités qui ne se maîtrisent jamais complètement.

### **3<sup>ème</sup> partie. Synthèses et conclusions**



## Introduction

Après avoir interrogé le phénomène de l'Evidence-based Medicine à partir des travaux de différentes auteur-e-s et avoir procédé à plusieurs analyses documentaires, dont celle d'un important échantillon d'Essais Contrôlés Randomisés (ECR), après avoir décrit et interrogé les processus et contenus participant de la construction des savoirs de sages-femmes indépendantes, je propose de confronter dans cette dernière partie ces deux modalités de construction de savoirs professionnels. Le premier chapitre repose sur une mise en miroir concrète des appréhensions de l'expérience de la naissance par les femmes, ainsi que de l'accompagnement, telles qu'elles sont effectuées par les sages-femmes indépendantes et les auteur-e-s d'ECR. Cette première confrontation reviendra sur la place des circonstances de vie dans l'expérience de la naissance et sur les rôles joués par les pères et les nouveau-nés.

Le deuxième chapitre traite de la relation à la diversité culturelle que rencontre les sages-femmes et interroge le coût, en termes de savoir, de l'exclusion des personnes allophones et immigrées des protocoles de recherches. Ce chapitre aborde aussi certaines différences concernant des représentations et des pratiques autour de la naissance et, discute de l'éventuelle relation de ces différences à une origine culturelle. Enfin, l'exotisation, que supposent les approches de sens commun de la notion de culture, est questionnée à travers plusieurs exemples, ce qui souligne l'importance de continuer à déconstruire cette notion.

Un troisième chapitre confronte à un niveau plus générique différentes formes de savoirs utilisés par les professionnels et problématise leur évaluation. Le quatrième et dernier chapitre revient sur les forces et les limites de cette recherche et, évoque plusieurs pistes pour la prolonger avant de conclure.

A l'intérieur de ces différents chapitres, je documente mon interprétation selon différentes modalités pouvant donner l'impression d'un déséquilibre. Lorsque je synthétise « simplement » des observations déjà documentées, je recours à des exemples, nommés à l'intérieur de mon argument, et renonce à l'usage de verbatim qui seraient alors redondants. Lorsque par contre, j'argumente à partir de nouvelles perspectives, je tends à soutenir mon interprétation par des verbatim.

## Chapitre 10. Les savoirs expérientiels de sages-femmes indépendantes en tant que miroir confrontant de l'Evidence Based Medicine

L'obstétrique contemporaine continue à valoriser l'ECR en tant qu'instrument de prédilection pour évaluer les pratiques professionnelles, ce dont atteste la construction des principaux guidelines ou les demandes en preuve que toute introduction de nouveauté suscite, lorsque celle-ci questionne les cultures locales. Cette mise en valeur de l'ECR repose à mon sens sur la position de cet instrument de recherche dans la pyramide des niveaux de preuve, et non sur une véritable évaluation de sa capacité à prendre en considération les réalités des phénomènes envisagés. Ce chapitre confronte par conséquent les savoirs construits par les sages-femmes au contact des familles et les savoirs construits à partir d'ECR, en soulignant la part de réel considérée dans ces deux modalités de construction des savoirs professionnels.

Comme je l'avais annoncé, cette confrontation repose sur un objet concret, - l'accompagnement de la naissance par les sages-femmes, qui donne un accès à l'expérience des femmes et des familles, mais touche aussi cette expérience par divers interventions. Et donc, si dans la partie précédente j'ai interrogé comment les sages-femmes construisent des savoirs à partir de différentes sources et processus, je reviens ici sur ce que concrètement elles « savent » de l'expérience de la naissance. A nouveau, il ne s'agit pas de poser ce savoir en tant qu'élaboration nécessairement « juste », mais bien d'interroger son contenu. L'expérience des sages-femmes construite au contact direct des familles permet, par un effet de contraste, de saisir les réalités que les ECR prennent ou non en considération, puis d'envisager les conséquences d'une politique de survalorisation de ce type de recherche, sur la construction des savoirs et sur les politiques de soins. Je rappelle que les évocations relatives à l'expérience des parents, ressortent des échanges que ces acteurs entretiennent avec les sages-femmes, mais aussi de partages directs à l'anthropologue, recueillis lors d'observations à domicile ou rapportés par les praticiennes.

Cet objet, l'expérience de la naissance, touche à la santé mentale des femmes et des familles, au sens large proposé par Massé (2008) ou Ehrenberg et Lovell (2001). Je propose par conséquent de rappeler comment je compte aborder mon questionnement en recourant, comme Massé, à un lexique qui touche aussi bien les catégories DSM utilisées par les psychiatres que des termes mettant mieux en lien les expériences de la naissance avec les circonstances sociales de leur occurrence. L'expérience des sages-femmes implique en effet un lien avec la nosologie officielle du DSM, au sens où le rôle de ces praticiennes implique de dépister les états sortant de la *norme*<sup>290</sup>, pour faire appel le

---

<sup>290</sup> Terme employé de manière récurrente dans le référentiel de compétences des sages-femmes qui est utilisé lors de la formation.

cas échéant au psychiatre. Cependant, le diagnostic, et donc la dénomination selon la nosologie DSM, appartiennent à ce dernier. L'utilisation de termes se rapportant au DSM, tels que ceux d'anxiété ou de dépression, doit donc être comprise comme une construction émiqque des sages-femmes, reliée aux nosologies psychiatriques, mais ne les recouvrant pas parfaitement, et qui est, surtout, employée pour dépeindre des états concrets observés en pratique. Durant leur accompagnement, les sages-femmes effectuent un dépistage, et non un diagnostic, des états de santé mentale, devant être à même d'identifier des états pathologiques, sans pour autant avoir la prérogative de les qualifier. Ces praticiennes ont donc un rôle de *gatekeeper* dans le système de santé, ceci particulièrement dans la période postnatale, rôle qui n'est pas toujours explicitement reconnu par les autorités médicales. L'ambivalence de la relation aux états pathologiques, que j'avais déjà évoquée, apparaît à nouveau ici.

L'enquête de terrain révèle l'influence des trajectoires et des circonstances de vie, soulignant la participation du social à l'expérience de la naissance. Ce vécu, souvent positif, mais rarement intégralement, comporte ses failles, qui se traduisent en émotions et sentiments négatifs et, dans certaines situations, en des difficultés à faire face aux problèmes rencontrés, que ceux-ci concernent la naissance ou la situation sociale des familles. En ce sens et pour ce qui concerne des aspects moins bien vécus de la naissance, l'enquête de terrain rappelle nettement les travaux de Massé sur la détresse et ceux des théoricien-ne-s du Care sur la vulnérabilité. Je rappelle donc brièvement la compréhension qu'en proposent ces auteur-e-s. Massé, pour couvrir la variété des expériences subjectives négatives vécues par les acteurs sociaux et, pour sortir ces expériences des nosologies réifiées par la psychiatrie contemporaine, propose le terme de détresse. Les états de détresse, expériences incorporées vécues entre soi et le monde, sont donc autant des expériences subjectives que sociales. Massé propose ensuite de comprendre ces états dans une logique de la troisième voie, c'est-à-dire en prenant en considération aussi bien l'histoire politique des sociétés abritant les acteurs sociaux, que le fonctionnement actuel de ces sociétés, ainsi que leurs impact à un niveau meso-et microsocial sur les acteurs et leur vie. En d'autres termes, il relie les états de détresse à la présence d'une souffrance sociale, résultant des structures sociétales, des héritages de l'histoire, ou des opportunités et limites qu'offrent les sociétés contemporaines en termes de sécurité, d'emploi, de mobilité sociale, ou de soutien social (2008). Pour souligner l'intervention de circonstances difficiles sur le vécu des acteurs d'une part et pour donner la pleine mesure de certaines expériences négatives, Massé, à l'instar de Farmer (2003), de Das ou de Kleinman (1997), fait référence à la notion de souffrance sociale, désignant ainsi autant les causalités du mal-être que son intensité.

Lorsque les théoriciennes du Care évoquent la vulnérabilité inhérente à la condition humaine, c'est pour souligner qu'à tout moment, la vie peut basculer dans des expériences subjectives, sociales, ou physiques, qui soient difficiles et qui coupent les acteurs de leurs capacités d'action habituelles ou potentielles. En ce sens, l'humain est susceptible d'entrer dans des états de vulnérabilité, de durée plus ou moins longue, et il ne peut dès lors pas jouer ce rôle d'acteur constamment performant, autonome, et responsable, qui est imposé comme une nouvelle norme par les sociétés néolibérales (Jouan and Laugier 2009). Dans cette acception, la vulnérabilité peut couvrir, tout comme la détresse, des états très variés, par leur origine, par leur intensité ou, par leur durée. La vulnérabilité peut être physique, s'inscrire dans les suites de la naissance, les états de plus ou moins grande fatigue qui suivent souvent cet évènement. Elle peut aussi être sociale, au sens d'évènements ou de personnes, qui soudain prennent plus de place et demandent plus d'attention dans une vie. Enfin, pour citer un dernier exemple, la vulnérabilité peut être socioéconomique au sens d'une privation de certaines ressources telles qu'un emploi stable et correctement rémunéré ou d'un logement. La notion de vulnérabilité désignée ainsi est donc proche de celle de souffrance sociale, elle marque cependant plus la labilité des situations. Dans la réflexion qui suit, je ferai référence à cette notion pour souligner la situation de personnes effectivement vulnérabilisées par leurs trajectoires et circonstances de vie, mais dont la détresse, et parfois la souffrance, peut être plus ou moins intense, suivant les soutiens obtenus.

Je propose maintenant de revenir aux sages-femmes et à leur expérience au contact des familles pour confronter celle-ci à ce que les ECRs analysés retiennent de l'expérience de la naissance.

### **10.1 Accompagnement de la naissance : quelle visibilité pour les contraintes contextuelles ?**

Les sages-femmes indépendantes parcourent les rues de la ville, s'immiscent entre les barres d'immeubles des grands ensemble construits à partir des années 1960, voient les corridors plus ou moins bien entretenus, sentent leurs petites odeurs plus ou moins agréables et remarquent les efforts plus ou moins consentis par les bailleurs pour faire de leurs objets des lieux de vie accueillants. La géographie de l'activité fait voir les contrastes, sentir les inégalités sociales par les détails concrets, ici un logement trop exigü pour une famille, là quelques beaux livres savamment posés pour décorer un intérieur confortable. Rencontrer les familles à leur domicile, faire son chemin dans la ville et repartir tous les jours à sa découverte, participe d'un suivi écologique et d'une appréhension multisensorielle des contraintes, des ressources, et des besoins des familles.

Pour commencer cette confrontation entre différentes formes de savoirs, je propose tout d'abord d'examiner les différences qui séparent l'expérience hospitalière de l'expérience à domicile. Ce contraste est essentiel, car les savoirs construits en recherche le sont avant tout par des praticien-ne-s hospitaliers. Le travail à domicile, par l'accès multisensoriel aux conditions de vie des parents qu'il procure, donne en effet plus à savoir aux sages-femmes indépendantes qu'aux autres professionnel-le-s de la santé. C'est en effet une chose que de faire venir des femmes à son cabinet pour une visite de courte durée et une toute autre chose que de se déplacer, pour rendre visite à des familles, là où elles habitent, dans leur quartier et dans leur chez-elles. Voici deux exemples:

Jasmine et moi arrivons à la porte de la chambre de l'hôtel dans lequel Stefania est logée par les services sociaux. Juste la place pour un lit, un meuble de rangement et une banquette sur laquelle est posée une bouilloire. Lorsque nous arrivons, quelques sacs non déballés témoignent du déménagement récent de Stefania, qui s'excuse pour le désordre qu'elle dit ne pas aimer. Alors que Jasmine commence la discussion, deux employés de l'hôtel continuent d'éponger le sol de la salle de bain et d'une partie de la chambre. L'immeuble dans lequel se situe l'hôtel sans étoiles est en mauvais état, sa plomberie désuète, et c'est une inondation qui a accueilli la nouvelle famille à son retour de la maternité. (Observation à domicile, Jasmine)

Une consultation s'est ajoutée à la journée de Mia, une femme avec un problème d'allaitement. En attendant Mia, je regard l'immense immeuble dont la forme est bizarre, dysharmonieuse. La façade est grise, défraîchie. L'ascenseur ne s'arrête pas au dernier étage, Mia et moi devons monter à pied, traverser des coursives sombres, en béton brut, pour arriver chez Hilde. Celle-ci, soucieuse, nous accueille dans un appartement, certes petit, mais fraîchement rénové et clair. Le couple, expatrié et venant du Nord de l'Europe, y habite depuis plusieurs mois. Des cartons de déménagement sont encore posés ici et là, peu de meubles, pas de décorations ou d'objets personnels, donnant un aspect transitoire à ce logement. Seule en Suisse avec son compagnon, Hilde, qui souffre de crevasses aux mamelons depuis plusieurs semaines, veut arrêter d'allaiter. Jon son enfant refuse de prendre le biberon de *lait artificiel* depuis plusieurs jours. Hilde est désespérée. Mia suggère que les biberons soient d'abord donnés par une autre personne que Hilde. Jon, qui ne sentirait alors plus l'odeur du lait maternel, accepterait peut être mieux de prendre le *lait artificiel*. Hilde dit n'avoir personne à qui confier cette tâche, elle est seule la journée quand son mari travaille. Mia propose à Hilde d'aller prendre un café avec moi à la cafétéria du centre commercial proche, pendant que Mia tentera de donner le biberon à Jon. Dans une cafétéria un peu sombre, aux tons oranges et verts, Hilde me parle de son quotidien en Suisse et du manque de vrais liens, de gens sur qui compter. (Observation à domicile avec Mia et conversation avec Hilde)

Les sages-femmes, qu'elles travaillent en milieu hospitalier ou indépendant, revendiquent l'objectif de prodiguer un accompagnement *global* ou *holiste*<sup>291</sup>, c'est-à-dire qui prenne en considération non seulement le déroulement de la naissance, mais également la personne dans son intégralité, en tenant compte de ses aspirations, de ses besoins et préférences, et de ses problèmes éventuels. Cette intention est régulièrement utilisée pour se démarquer d'une approche biomédicale, centrée sur le dépistage des pathologies de la naissance, les sages-femmes identifiant et rejetant généralement les désavantages d'une approche réductionniste du soin. Cependant, il y a une différence fondamentale entre la vision globale ou holiste que peuvent proposer des sages-femmes hospitalières d'une part et des sages-femmes indépendantes d'autre part, portant sur l'attention au

---

<sup>291</sup> Termes émiques employés par les sages-femmes

contexte de vie des familles auquel les unes et les autres n'ont pas le même accès sensoriel. En milieu hospitalier, les professionnel-le-s abordent aussi les questions sociales, mais n'ont souvent que peu de temps pour le faire et n'ont pas d'accès sensoriel direct aux conditions concrètes éprouvées par les familles, soit à la taille et à l'aspect du logement, à son plus ou moins grand confort et à la présence ou non de certaines ressources de base, telle que meubles, draps, affaires de toilette, voire nourriture. Par conséquent, l'abord *global* ou *holiste* de l'accompagnement en milieu hospitalier est par définition privé de certaines informations, devenant *de facto* et, au moins en partie, réductionniste<sup>292</sup>.

En raison de l'augmentation des inégalités sociales dans l'ensemble des pays occidentaux, les questions sociales font toutefois l'objet d'un surplus d'attention en milieu clinique depuis plus d'une décennie. Le dossier médical a par exemple été modifié et des points d'attention non biomédicaux figurent aujourd'hui dans l'anamnèse de grossesse en Suisse romande. Différentes réorganisations, comprenant généralement la création d'itinéraires spécialisés pour les populations considérées comme vulnérabilisées et, dites à *risque psychosocial* dans le milieu médical, ont également été mises en œuvre. Les différentes initiatives des professionnel-le-s de la santé travaillant en milieu hospitalier pour offrir un accompagnement *global* restent cependant en deçà des besoins réels des familles. Nombre des situations, où sévit une souffrance sociale multiforme, ne sont pas comprises à travers la prise en charge clinique, ce que constatent les sages-femmes indépendantes lorsqu'elles arrivent à domicile et, voient, entendent, ou sentent, les expressions de cette souffrance, ce que j'ai développé au chapitre 6. En voici encore un exemple, découvert par Armelle :

Armelle a été appelée par l'une des cliniques privées pour effectuer quelques visites postnatales à domicile chez une femme ayant donné naissance à des jumeaux. Le séjour en clinique avait duré une semaine, plus que la norme actuelle en hôpital public. La famille n'avait pas de problèmes économiques, mais vivait isolée, loin de sa famille et, n'avait guère d'amis dans le village suburbain impersonnel de leur domicile. La naissance de jumeaux n'avait pas fait l'objet d'une préparation particulière sur un plan logistique, soulignant la focalisation sur les aspects biomédicaux des suivis effectués par certains obstétriciens. N'ayant pas été avisé, ou n'ayant pas réellement saisi les informations, le couple n'avait pas anticipé ce que l'accueil de jumeaux pouvait signifier en termes d'investissement parental pendant les premières semaines et les premiers mois de vie. Après coup, de nombreux couples racontent la sensation d'un travail à la chaîne continu, entre repas, changes, lessives, bains, portages, ou autres techniques, pour calmer les pleurs. Le couple n'avait par conséquent pas prévu d'aide particulière, laquelle permettrait notamment aux parents de prendre quelques pauses dans la journée. Le jeune père a quant à lui continué sa vie professionnelle habituelle et est parti en voyage à l'étranger, comme prévu, quelques temps après la naissance des jumeaux. En arrivant à domicile, Armelle découvre Lydia, une jeune mère hagarde, qui n'avait pas dormi depuis quelques nuits. Dépassée par les pleurs et la sollicitation constante de ses enfants, dans une période où elle-même était physiquement éprouvée, elle ne parvenait plus à se concentrer, ne sachant même plus quand ses enfants, qui pleuraient seuls dans leurs lits, avaient mangé. Armelle a

---

<sup>292</sup> Par exemple une menace d'accouchement prématuré convoque d'emblée des questions à propos de la pénibilité du travail des femmes enceintes. Les conditions sociales apparaîtront aussi lorsqu'un conflit entre employeur et femme enceinte est évoqué dans un dossier, ou qu'une situation de violence conjugale a été diagnostiquée.

paré au plus pressé, préparé les biberons, nourri les nouveau-nés, puis commencé à chercher comment aider Lydia. Celle-ci était d'accord d'être réhospitalisée en clinique, ce qui ne fut cependant pas accepté par la clinique elle-même, ni soutenu par le médecin traitant. Voyant la nuit arriver, Armelle décida de rester dormir chez Lydia et s'occupa des bébés. Le lendemain, en discutant avec Lydia, Armelle aida celle-ci à organiser du soutien. La femme de ménage du couple accepta de travailler plus et d'aider aux soins des bébés, et un membre de la famille, habitant à l'autre bout de la Suisse, fut appelé et accepta de venir passer plusieurs jours pour soutenir Lydia, jusqu'au retour de son mari. (Entretien non enregistré, Armelle)

Chaque histoire familiale peut avoir l'air d'une exception, mais les histoires isolées et particulières finissent par former un corpus, important, de situations qui se comprennent mieux à partir d'un regard écologique, donnant accès aux circonstances sociales entourant la naissance. Ceci dit, cet accès aux circonstances de vie des familles n'est évidemment pas magique et, il ne permet pas de décoder, en tous les cas jamais complètement, le vécu de la naissance, et des circonstances de vie l'entourant sans un minimum d'attention à l'expérience explicite des parents ou sans le recours à une démarche réflexive. Les omissions, qui empêchent l'accès à des informations nécessaires pour comprendre le vécu de la naissance et de ses circonstances, peuvent se produire lorsque la sage-femme reste focalisée sur l'obstétrique au détriment du social, par principe, par manque de temps, voire par peur. Les deux exemples suivants montrent des sages-femmes aux prises avec des situations qu'elles n'élucident pas complètement, ne saisissant pas les éventuels besoins de deux femmes :

Mirka et moi arrivons dans un bâtiment géré par les services sociaux locaux. Le regroupement d'immeubles ne comprend pas de secrétariat, pas de noms sur les entrées des immeubles, juste une lettre pour les distinguer entre eux. Nous entrons timidement dans l'immeuble G, comme prévu. Les couleurs sont impersonnelles, les couloirs ne sont pas en bon état et les sanitaires sont communs. Grâce à une voisine, Mirka trouve « la femme qui a un petit bébé » dans sa chambre à l'étage, aucun nom sur les portes ne permettant de s'orienter. La jeune femme vit dans une chambre, pas trop exigüe, mais grise et défraîchie. Elle a l'air triste et parle peu. Une autre femme est avec elle, peut-être une amie. Arrivée en Suisse depuis plusieurs années, Yacinta parle bien français. Mirka conduit toute la consultation avec l'amie dans la pièce, sans lui demander de sortir. Au cours de la consultation, Yacinta nous apprend qu'avant d'être dans le centre, elle vivait chez son amie. Qu'elle a déménagé juste avant la naissance. Durant la conversation, il n'y a pas mention d'un éventuel père. Pendant la consultation, Mirka est très attentive au déroulement de l'allaitement, elle veille à assurer le confort de Yacinta avec les moyens du bord, peu nombreux, juste un oreiller pour caler le bébé. Elle ne pose pas de questions sur le père ou sur la situation de Yacinta, se concentrant sur *l'obstétrique*. Dans la voiture, au retour, Mirka mentionne le besoin de respecter l'intimité des personnes. Une sage-femme n'a pas besoin de tout savoir. (Observation à domicile, Mirka)

Lors d'une journée passée avec Laure, comprenant plusieurs consultations, celle-ci prend une vingtaine de minutes de retard sur son planning :

Le mari de la famille suivante appelle Laure sur son téléphone pour demander pourquoi la sage-femme est en retard et quand elle pense arriver. Laure fournit quelques explications, puis ajoute qu'elle arrive d'ici une dizaine de minutes pour vérifier la tension comme prévu. Le couple vit dans une ancienne ferme, à la campagne, isolée des villages environnants. Ils sont originaires de l'est de l'Europe et seul le mari parle français. Il accueille Laure sèchement et commence par lui reprocher son retard, inexcusable et irrespectueux. Il souligne que lui et sa femme ont autre chose à faire que d'attendre

une sage-femme. Il est debout, grand, particulièrement imposant. Sa femme impassible ne semble pas fâchée, ne dit rien, assise à côté de lui, derrière la table de la salle à manger qui nous sépare du couple. Laure se justifie, explique les aspects aléatoires de son métier, ne s'excusant qu'à demi-mots. Sa voix est un peu plus forte que d'habitude, chevrotant quelque peu sous le coup des émotions soulevées par la réaction du mari. Je suis surprise que dans ce contexte ma présence soit acceptée par le couple, ce que je vérifie après les premiers échanges tendus. Le mari suggère de rapidement contrôler la tension artérielle, comme prévu et qu'on en finisse. Laure pose quelques questions complémentaires, visant à vérifier l'absence de signes d'aggravation d'une pré-éclampsie. Le mari traduit les questions et y répond brièvement ou traduit les réponses de sa femme. Laure demande encore comment elle va, globalement. Il répond bien. Après avoir vérifié que les urines ne contenaient pas de protéines, Laure prend la tension qui est à la limite de la norme, comme lors des visites précédentes. Le couple a rendez-vous à la maternité trois jours plus tard, Laure ne sait pas si elle reverra le couple. Le mari nous raccompagne à la porte, semblant pressé de nous voir partir. (Observation à domicile, Laure)

Ne pouvant souvent observer les sages-femmes qu'au cours d'une seule journée de consultations, pour des raisons pratiques, je ne peux évidemment pas savoir comment Mirka et Laure auront accompagné les familles ci-dessus et si elles auront cherché à comprendre les situations des femmes plus en détails, découvrant alors, ou non, certaines difficultés et besoins. De nombreuses femmes vivant des situations de violence, ou d'exploitation, ne sont pas identifiées par les professionnel-le-s de la santé (Irion, Boulvain et al. 2000, Hofner and Viens Python 2014), ce qui empêche dès lors de mettre ces femmes en relation avec les ressources du réseau. Au-delà, de l'intention louable de ne pas s'immiscer de manière intrusive dans la vie des familles, subsistent néanmoins des problèmes sociaux de taille dont beaucoup de femmes font les frais. J'ai longtemps pensé à ces deux femmes et me suis demandé quelle était leur situation réelle et le type de relation qui était entretenue, qui avec « l'amie » présente, qui avec son compagnon. J'avais trouvé curieux qu'une amie, hébergeant une personne proche, choisisse le moment même où celle-ci accouche pour lui demander de partir. Je me suis aussi demandé aussi, si ce mari imposant ne réagissait que ponctuellement avec autant de vigueur, devenant menaçant envers la sage-femme, ou si cette attitude était habituelle et parfois exprimée envers sa femme. Le suivi à domicile donne des indices, relatifs aux conditions de vie et à l'expérience vécue par les femmes, qui en étant plus ou moins travaillés, par le dialogue et la réflexion, produisent, ou ne produisent pas, des informations pour construire l'accompagnement.

Si le suivi indépendant ne garantit évidemment pas que les sages-femmes identifient les *cibles* de soin pertinentes pour les familles, j'ai cependant montré longuement au chapitre 6 comment le suivi à domicile, écologique, intervenait dans la construction des savoirs. Cette construction écologique permet, à certaines conditions et comme je viens de le relever, de comprendre le vécu de la naissance à la lumière du monde social des femmes. Le contraste entre le suivi à domicile et le suivi clinique est donc bien réel. Il faut remarquer que le suivi en milieu clinique intègre près de 10 contacts avec les familles, à savoir des consultations de grossesse en cabinet privé ou en policlinique, un suivi de la naissance et un séjour hospitalier durant les premiers jours postnataux. Si l'accompagnement en milieu clinique, et surtout ses circonstances, dont sa temporalité discontinue



et effrénée, permettaient de vraiment construire une compréhension *globale* de la personne, les sages-femmes indépendantes ne seraient pas, semaine après semaine, confrontées à des situations de souffrance sociale non dépistées, impliquant pauvreté, isolement, violences psychologiques ou physiques.

En travaillant à domicile, les sages-femmes voient, entendent, sentent, touchent donc les réalités sociales de la ville. Dans les situations particulièrement précaires, ces praticiennes n'ont même pas besoin d'être de bonnes cliniciennes pour saisir les contraintes que vivent les familles. Le sang coulant le long des jambes d'une femme sans protections hygiéniques, son matelas taché de sang, le frigo vide ou l'odeur piquante des 32 chats, celle des 100 cigarettes familiales quotidiennes ou celle entêtante du cannabis, les 6 étages sans ascenseur, l'ambiance « sauna » d'un appartement humide et ses moisissures noires, se perçoivent sans effort. Lorsque les familles ne lisent pas le français, ce qui est relativement fréquent, elles donnent parfois leur courrier à traduire aux sages-femmes comme je l'ai évoqué, celles-ci voient donc de leurs propres yeux les lettres des bailleurs ou les décisions de différents offices. En d'autres termes, l'approche écologique du soin « donne » à savoir, révélant au moins en partie les ressources et les contraintes sociales agissant sur la vie des familles.

L'autogestion, soit ce fonctionnement associatif sans hiérarchie, permet par ailleurs aux sages-femmes indépendantes d'échapper à une logique des moyens, imposée aux équipes dans les institutions hospitalières ou les lieux de soins extrahospitaliers gérés par l'Etat, ainsi qu'à la discontinuité des soins extrême en résultant<sup>293</sup>, ce qu'avaient évoqué déjà plusieurs auteur-e-s (Carricaburu 2005, Dupont 2014). Les sages-femmes indépendantes gèrent leur temps avec souplesse dans l'intention de s'adapter aux situations et aux besoins des familles et d'avoir la sensation de bien travailler. En gardant le contrôle de la temporalité de leur activité, les praticiennes rencontrées lors de cette recherche, deviennent souvent des confidentes des familles. Celles-ci, sentant un réel espace d'écoute, partagent alors des extraits de leurs trajectoires et de leurs ressentis, au gré de leur besoins et de leurs envies. C'est ainsi que Camille apprend qu'une femme n'aura pas de congé maternité payé, son employeur ne l'ayant pas déclarée, que Joëlle entend parler de l'importance du vieux chien ou qu'Evelyne découvre la trajectoire frustrante d'une femme africaine dynamique mais sans emploi à Genève. Prendre le temps de boire un café donne parfois à accès à des informations sur le contexte accompagnant une migration, sur le voyage périlleux accompli pour quitter un pays en guerre, permettant de mieux saisir le chemin parcouru par une famille résiliente :

---

<sup>293</sup> Notes auto-ethnographiques et de terrain.

Assises au salon avec la famille Ahmetovic, Jeanne et moi écoutons Mediha parler de sa grande fille avec tendresse, puis de sa mère restée au pays. Après tant d'années, la séparation reste difficile. Pendant que nous prenons le café, Mediha se tourne régulièrement vers son bébé, approche son visage près de lui, attendrie, et lui parle en un mamanaïs très ludique. En quelques secondes, la conversation prend un tournant plus grave. Amar, le mari est un blessé de guerre, handicapé par ses blessures. Il a perdu plusieurs membres de sa famille au court d'un conflit. Jeanne leur demande comment le voyage pour venir en Suisse s'est passé. Amar se lance et devient presque intarissable. Malgré le temps, plus d'une dizaine d'années, les souvenirs sont encore vifs. Le couple a fui la même région, pour échapper à la guerre, au cours de la même nuit d'ailleurs. Amar parle un peu plus que sa femme, mais elle l'écoute attentivement et complète son propos. Ils s'attardent sur leur terrible fuite, lorsqu'ils sont partis de leur ville, sur le point d'être prise par des troupes ennemies, pour rejoindre une zone plus sûre. Marchant de nuit, dans la forêt en hiver, ils ont vu des choses horribles, des gens mourir de froid sur le chemin, des femmes en désespoir de cause abandonner leur bébé à une mort certaine dans la neige. Amar dit avoir aidé quelques personnes plus faibles. C'était une nuit du quitte ou double, des grenades éclatant çà et là, jamais très loin. Dans la fuite, ils ont tout perdu, leur maison familiale notamment, qui a été occupée par d'autres, réduisant les efforts de leurs familles à néant. Jeanne demande s'ils sont retournés, maintenant que la paix est revenue. Mediha ne veut pas retourner dans sa région d'origine, elle y a vécu trop de choses atroces, les blessés, les morts, le sang, la peur. Aujourd'hui, les familles de Mediha et d'Amar sont dispersées en Europe et dans le monde, séparées par des milliers de kilomètres. Amar parle aussi de son désarroi, de son incompréhension face à la guerre. La guerre nous fait tous perdants dit-il, décidée par les politiciens, elle nuit aux populations. Peu à peu, la conversation quitte la guerre, s'apaisant pour la fin de la visite. Jeanne doit s'en aller, elle a largement dépassé une heure de consultation et va être en retard chez la prochaine famille. (Observation à domicile, Jeanne)

Les sages-femmes comprennent par conséquent l'expérience de la naissance, ainsi que les besoins ou les préférences des familles, à travers la confrontation avec les réalités sociales. Lorsque ces praticiennes parlent de la santé mentale d'une femme ou de son compagnon, le récit intègre les circonstances présentes et, lorsque cela est révélé par les familles comme dans l'exemple ci-dessus, les trajectoires de vie. Pour reprendre les termes de Massé (2008), les détresses entourant parfois la naissance sont alors comprises dans leur relation avec une souffrance sociale, reliée au fonctionnement et aux dysfonctionnements de la société suisse et d'un monde globalisé. Les détails concrets se rapportant à la situation sociale, sortent la description d'une essentialisation de la santé mentale et de ses troubles. La femme n'est plus « anxieuse », mais est comprise comme une personne faisant face à des difficultés concrètes, un problème d'argent, de garde d'enfant, ou encore un voisinage difficile dans un centre surpeuplé pour demandeurs d'asile ou dans un immeuble mal insonorisé. Lorsqu'aucune contrainte sociale n'est apparente, l'état subjectif des femmes est compris sous un angle psychologique, mais ceci dans un récit intégrant le déroulement de la naissance: le type d'accouchement, les débuts de l'allaitement ou le comportement du nouveau-né. Je reviendrai sur des exemples précis en abordant la place du nouveau-né et de ses comportements dans l'accompagnement des sages-femmes et leur appréhension de la santé mentale.

L'expérience à domicile « dé-psychologise » en quelque sorte l'expérience de maternité, ou relativise tout-au-moins une compréhension trop individualisée ou dématérialisée de la détresse. La confrontation avec les réalités pratiques, avec lesquelles les parents sont aux prises, sort la naissance

et son vécu des réifications, qui restent fréquentes dans le sens commun professionnel passablement teinté de psychanalyse. Les sages-femmes indépendantes répondent, dans une logique de l'émergence, aux questions soulevées ou se soulevant au cours de la consultation, ceci à partir de détails microsociaux. Cela ne signifie évidemment pas que leur interprétation correspond toujours à celle des familles ou que leur action rencontre toujours les besoins réels. Ceci dit, ce savoir détaillé sur l'inscription sociale de l'expérience de la naissance, forme néanmoins un savoir original sur la santé mentale périnatale. Les praticiennes reconnaissent une vulnérabilité humaine qui s'ancre dans les circonstances de la vie et de la naissance elle-même, adoptant sans le savoir une posture « en parenté » avec les théories du Care, lesquelles critiquent la conception contemporaine de l'individualité faite de responsabilité obligatoire et d'une autonomie improbable (Jouan and Laugier 2009).

Et c'est en ce sens que le travail des sages-femmes indépendantes, avec sa temporalité atypique, centrée sur les besoins plutôt que sur les moyens, et sa situation écologique, construit des savoirs constituant une base de comparaison particulièrement intéressante pour interroger les savoirs se construisant dans le cadre de l'EBM, dont les ECR, qui servent à définir les politiques institutionnelles de suivi de la naissance. Les ECR par ailleurs, qu'ils soient élaborés par des médecins ou des sages-femmes faisant de la recherche, émanent de personnes travaillant en milieu hospitalier et n'ayant en général que peu de contact avec le milieu indépendant. Pour obtenir des fonds de recherche, il est en effet nécessaire d'être rattaché à une institution, à savoir une maternité hospitalière, de préférence universitaire, ou à une haute école. Camille, profitant de me voir pour une visite à domicile, et connaissant mes réflexions à propos de l'EBM, partage avec moi ses réflexions sur la recherche conduite par les sages-femmes :

Alors que nous cheminons ensemble entre deux visites à domicile, Camille questionne spontanément le développement de la recherche sage-femme, particulièrement à l'intérieur des Hautes Ecoles suisses. Camille craint que le fait d'exercer de la recherche uniquement en institution, c'est-à-dire dans les maternités hospitalières, ne biaise les questions posées par les chercheuses, ainsi que les protocoles de recherche. Camille mentionne plusieurs recherches effectuées récemment et du feedback qui lui en a été donné par des mères y ayant participé. L'une d'entre elles a été recrutée dans une recherche évaluant un moyen de relaxation utilisé autour de la naissance. Camille s'étonne que ce moyen qui nécessite d'acquérir une habileté particulière, soit ainsi utilisé lors de la première rencontre avec la sage-femme, sans que ne soit pris le temps de faire connaissance. La méthode est évaluée juste après son application, par questionnaire. La mère a confié à Camille qu'elle n'a pas osé remplir le questionnaire sincèrement, devant donner celui-ci à la personne qui lui a fait expérimenter la méthode. Cette femme avait été incommodée par la proximité physique de la sage-femme et par son parfum entêtant. Cette gêne l'avait empêché de se sentir aidée par l'approche proposée. Portant sur un point très personnel, l'odeur de la personne soignante, elle n'osait le rapporter. (Entretien non enregistré, Camille)

La randomisation est faite selon les canons de l'EBM, mais les conditions de l'évaluation, à la fois impersonnelles, sans qu'un lien soit créé, et trop personnelles, le questionnaire d'évaluation étant

récupéré par la personne effectuant la relaxation, compromettent l'objectivité recherchée. Le cadre institutionnel, qui implique une discontinuité des soins, constitue la trame culturelle sur laquelle se construisent les ECR. Selon Camille, les interventions sont proposées aux femmes sans considération de leur expérience et de leurs préférences. Des détails apparemment anodins, du moins dans le cadre de la recherche quantitative, interfèrent avec la construction des données. Camille, comme passablement de sages-femmes d'ailleurs, notamment Marianne ou Delphine, ou encore celles qui pratiquent de la recherche en tant qu'assistantes ou chercheuses, appelle à ce que les sages-femmes fassent plus de recherche, pour contribuer à la construction des savoirs sur la naissance et la profession. Ce que Camille souhaite cependant n'est pas que les sages-femmes pionnières entrent dans le moule institutionnel et reprennent l'épistémologie positiviste et quantitativiste, ainsi que les méthodes employées par les médecins, mais participent à la création d'une véritable contre-culture de la naissance, à partir d'une pensée propre qui reste à développer. Pour Camille, le contraste entre le travail indépendant et le travail en institution, permet d'identifier de premières pistes pour sortir de ce moule dont elle parle. Suivre les logiques dans lesquelles vivent les familles, plutôt qu'imposer de l'extérieur des pratiques en prêt-à-appliquer, indépendamment de la trajectoire des personnes accompagnées.

Le regard sévère de Camille, rendu totalisant par une pointe d'agacement, évoque néanmoins le meilleur des mondes supposé se construire à partir de l'évaluation des interventions par ECR. Les interventions les plus efficaces, supposées être identifiées par ce type de recherche, devraient ensuite être appliquées auprès des personnes soignées. Pour effectuer cette transposition, les praticien-ne-s évaluent, *a priori*, si les personnes soignées ressemblent suffisamment aux personnes recrutées dans les échantillons de recherche. Si pour certaines pathologies physiques, les détails permettant de définir l'adéquation du traitement, au cas par cas, peuvent être relativement faciles à identifier, encore que cela doivent être nuancé (Greenhalgh 2014), il en va autrement pour ce qui touche à la santé mentale et à sa promotion. Les catégories posées dans le DSM circonscrivent bien différentes entités nosologiques appelant différents traitements. Comme je l'ai déjà relevé cependant, les relations entre les problèmes relevant de la santé mentale et les environnements sociaux des acteurs, ne sont guère problématisés dans ce système de sens (Horwitz and Wakefield 2007, Corcos 2011), limitant par conséquent les détails pris en considération pour comprendre la personne et son expérience. De plus, les étapes de promotion de la santé, qui sont réalisées en l'absence de diagnostic psychiatrique, et qui forment des cibles de l'accompagnement des sages-femmes, ne sont quant à elles pas détaillées. L'ajustement de l'intervention, posée comme une solution à des expériences résumées sous la forme d'idéaux-types, les catégories nosologiques, n'est ainsi pas théorisé en regard des circonstances, qui relèvent d'un niveau de détail non pris en

considération dans le modèle de l'EBM, ce que regrettent plusieurs auteurs, ainsi que Camille dans sa critique.

Dans les ECR construits pour évaluer les interventions relationnelles durant la maternité, la place du contexte et des contraintes sociales auxquelles sont soumis les acteurs sociaux diffère également radicalement de l'expérience des sages-femmes indépendantes. Les ECR étant des recherches quantitatives, ils collectent évidemment des données dites minces. Cependant, cette minceur de la description est quasiment absolue, ce qui n'est pas une fatalité. Les descriptions des échantillons et les scores obtenus par l'administration de questionnaires validés, omettent le plus souvent de considérer des stressors vraisemblables, issus soit du contexte, soit de la situation obstétricale. Parfois quelques antécédents obstétricaux sont conçus en tant que facteurs de confusion, mais rarement de manière systématique, c'est-à-dire qui soit réellement pensée et qui identifie l'ensemble des antécédents obstétricaux pertinents<sup>294</sup>. Conformément au système DSM, la santé mentale, avec ou sans pathologie psychiatrique, y est abordée par le prisme de mesures quantitatives visant à situer la présence, l'absence et l'intensité de troubles, mesurés isolément du contexte social (Horwitz and Wakefield 2007, Corcos 2011). Les ECR sont par ailleurs construits sans intégrer une exploration qualitative complémentaire, ce que Massé proposait déjà il y a vingt ans, laquelle saisiserait les expériences des acteurs sociaux et envisagerait les circonstances participant de leurs états (1993). Enfin, les femmes recrutées dans les ECR, en raison des exclusions volontaires et involontaires effectuées par les chercheurs, ne sont pas représentatives des populations contemporaines, augmentant d'autant le décalage entre résultats de recherche et réalités de terrain.

Par conséquent, la lecture des ECR ne permet pas de saisir ce à quoi les interventions relationnelles sont confrontées. Les interventions sont évaluées en regard de situations inconnues, mis à part les scores validés définissant la présence et l'intensité de troubles de santé mentale. En considérant les situations complexes vécues par les familles au quotidien, il n'est dès lors pas étonnant que de nombreux ECR échouent à montrer l'efficacité des interventions évaluées. Ne sachant pas quelles contraintes contextuelles interfèrent avec le vécu de la naissance, les auteur-e-s ne sont pas en mesure de conceptualiser des interventions pertinentes, répondant aux priorités des familles, ce que j'approfondirai dans le sous-chapitre consacré aux interventions.

Cette première confrontation entre les savoirs construits en pratique et les savoirs construits dans les ECR fait état d'un fossé entre d'une part une activité qui impose une référence au contexte de vie des familles par sa situation écologique et, d'autre part, une autre activité qui passe sous silence ce

---

<sup>294</sup> La liste en elle-même n'a pas besoin d'être exhaustive, les antécédents pourraient être rapportés sous une forme agrégée. Lorsque les antécédents sont utilisés, ils le sont souvent sous une forme aléatoire, c'est-à-dire quelques antécédents sont utilisés et non d'autres, sans que ce choix soit explicité, ou semble logique.

contexte et sa participation à l'expérience de la naissance. En ce sens, l'activité des sages-femmes indépendantes, lorsque celle-ci implique un contact avec la diversité sociale et culturelle des familles, construit une représentation écologique de la santé mentale, en parenté avec les théories du Care ou celles de la souffrance sociale (Kleinman, Das et al. 1997, Das, Kleinman et al. 2001, Massé 2008, Jouan and Laugier 2009). Les auteur-e-s rattachés au courant de l'EBM véhiculent quant à eux une conception de la maternité et de la santé mentale des plus réductionnistes.

L'importance des savoirs expérientiels, multisensoriels et subjectifs, ressort nettement de cette confrontation. Les détails issus de l'expérience avec les familles à leur domicile permettent en effet d'accéder à une compréhension dense de la santé mentale durant la maternité, ce que ne permettent pas les savoirs construits dans le modèle de l'EBM. Premièrement pour des raisons méthodologiques, comme je viens de le montrer et, deuxièmement, parce que les auteur-e-s de ces recherches sont issus de l'univers hospitalier et n'accèdent pas aux savoirs écologiques procurés par l'exercice à domicile. Par conséquent et à mon sens, leurs constructions se ressentent de ce manque d'informations. En passant, je souligne que du point de vue de la santé publique, cette situation est paradoxale. Alors que depuis plusieurs années, les sages-femmes indépendantes font l'objet de critiques, par voie de presse notamment, remettant en cause la sécurité de leur suivi de la naissance ; ce sont elles qui rattrapent les situations de souffrance sociale non identifiées par l'hôpital et qui tentent de limiter les détresses des familles, devenant dans les faits un service social d'urgence.

A cette première confrontation reposant sur la considération du contexte de vie des familles pour comprendre l'expérience de la naissance et sa composante de santé mentale, j'aurais pu inclure les deux sous-chapitres suivants traitant d'une part du père et de l'autre de l'enfant. L'intégration de ces deux acteurs sociaux pour penser l'expérience de la naissance procède d'une logique semblable à la considération des conditions sociales vues plus globalement. Cependant, au vu de leur importance, ainsi que de certaines spécificités, j'ai choisi de traiter la considération du père et de l'enfant séparément.

## **10.2 La naissance à l'épreuve du couple et de l'expérience des pères: de l'amour, des détresses, de la violence et le silence des ECR**

Où est ton papa ? Dis-moi où est ton papa ?  
Sans même devoir lui parler, il sait ce qu'il ne va pas.  
Ah sacré papa. Dis-moi où es-tu caché ?  
Ça doit, faire au moins mille fois que j'ai compté mes doigts.  
Où t'es, papa où t'es ? Où t'es, papa où t'es ? Où t'es, papa où t'es ?  
Où, t'es où, t'es où, papa où t'es ? (Stromae 2013)

Comme je viens de le souligner, les circonstances dans lesquelles vivent les familles interviennent dans l'expérience de la naissance, contribuant aux détresses vécues par certaines femmes et certains pères. Parmi les circonstances qui s'invitent dans cette expérience, touchant à la santé mentale des mères et des pères, figure évidemment la qualité des relations conjugales. Les visites à domicile permettent de rencontrer les couples chez eux et donnent souvent, mais pas toujours, une impression plus précise de ces relations, que ne le fait le milieu hospitalier. Au-delà des situations extrêmes que j'ai déjà mentionnées, et qui comportent de la violence, la vie des couples et, l'expérience que font les pères de la naissance, ressortent avec leurs nuances de l'accompagnement que font les sages-femmes à domicile.

L'implication de la relation conjugale dans l'expérience de la naissance des femmes, mais aussi des hommes, se dévoile au regard et aux sensations des sages-femmes. Cette relation, mais aussi la qualité de l'expérience que fait chaque parent de la naissance et de ses suites, module les besoins en accompagnement, de manière parfois explicite, mais souvent tacite et par émergence. Les sages-femmes étant témoins d'une partie de la vie des familles, voient, entendent, et sentent, les capacités plus ou moins développées des parents à communiquer, collaborer, négocier et, traverser des moments difficiles. N'ayant pas la formation, ni le rôle de psychothérapeutes, les praticiennes n'effectuent pas, ou pas de manière approfondie, de travail d'élucidation auprès des couples quant à leurs capacités à traverser un épisode perçu comme difficile. La consultation fournit un accès variable au fonctionnement du couple, qui est tacitement défini par ce dernier, notamment par la présence ou l'absence des pères au moment de la consultation, constituant ceci dit une forme d'instantané multisensoriel de la situation. La prestation des sages-femmes remboursée par l'assurance maladie concerne par ailleurs la santé de la femme et de l'enfant et, bien que de nombreuses sages-femmes se réclament d'un accompagnement de la famille, la relation aux femmes reste souvent primordiale dans leur activité. Cette logique semble aussi adoptée par de nombreuses familles, qui vont parfois plus loin en ne proposant pas de contact substantiel entre la praticienne et le père. Le contact des sages-femmes avec les couples et les pères est donc à géométrie variable. En l'absence de doute, quant au bien-être de la femme dans sa famille, les sages-femmes acceptent le type de contact qui leur est proposé, à savoir une consultation avec ou sans père.

Les pères vivent eux-aussi la naissance de diverses manières, comme leurs compagnes, cet événement étant, selon les circonstances familiales et selon le déroulement même de la naissance, plus ou moins faciles et plus ou moins heureux. Comme je l'avais déjà évoqué à propos des couples dit *choux*, les sages-femmes se sentent privilégiées de rencontrer des familles semblant vivre en

harmonie. Souvent, les pères présents au moment de la consultation montrent alors de la tendresse pour leur compagne ou leur implication dans la naissance :

Présent à la consultation de grossesse conduite par Julie, Sébastien, un père trentenaire, suit attentivement la conversation. Un peu en retrait, il laisse sa compagne Axelle répondre aux questions de la sage-femme. Parfois, il intervient, notamment pour rappeler ce que le couple a fait la veille, avec une autre sage-femme indépendante, lors d'une séance de préparation à la naissance dont il se souvient mieux que sa femme. Pendant les échanges entre Axelle et Julie, Sébastien regarde souvent sa femme, souriant, attendri, et semblant fier de sa détermination. (Observation d'une consultation de grossesse à l'Arcade, Julie)

Nombre de pères participent activement aux soins de l'enfant, que le couple tienne ou non une comptabilité des changes effectués par la mère ou le père. S'il existe une pression sociale envers les pères pour que ceux s'investissent concrètement autour de la naissance de leurs enfants, comme je l'ai relevé au chapitre 7, de nombreux pères semblent vivre positivement et avec une certaine spontanéité leur investissement. Un père distille son calme et sa confiance en la vie, se moquant de la balance et de ses chiffres, pour faire confiance à l'aspect dodu du bébé, aidant alors sa compagne à se sentir plus paisible. Un autre semble simplement content de sa situation :

Après les salutations d'usage, la visite de Justine commence par le contrôle de Joao, nouveau-né de quelques jours et qui est réveillé lorsque nous arrivons. Il a pris du poids, va bien et pour Ana, sa mère, et Jesus, son père, tout se passe bien. Jesus a pris des vacances autour de la naissance pour s'occuper du bébé et, être là pour sa femme. La consultation est détendue et comme le couple n'a pas de questions, une conversation s'engage sur l'ambiance de l'école que fréquentent tant les enfants de Justine que l'aîné du couple. Pendant ce petit quart d'heure, Joao est dans les bras de son père, qui parle moins, occupé à regarder son enfant en souriant ou lui parlant par intermittence. (Observation à domicile, Justine)

De ce type de rencontre, les sages-femmes retirent des observations multisensorielles sur l'expérience de la naissance que vivent la famille et sur leur bien-être. Après avoir quitté Joao et Ana, Justine me fait remarquer que cette consultation était particulièrement facile, ce couple allant si bien, ce qui dans sa zone d'activité n'est pas toujours la norme. En cours de consultation, souvent, les sages-femmes s'adaptent par émergence aux pères, agissant ce que j'appellerais une forme d'intuition. Arrivée dans une deuxième famille, alors qu'Aminata la mère est encore occupée à la salle de bain, ne souhaitant pas perdre trop de temps, Justine commence sa consultation avec Yvan :

Justine demande comment va la famille, si le retour à domicile se passe bien, puis écoute attentivement la réponse d'Yvan. Ce père donne des nouvelles, parle du bébé, de son sommeil. Il évoque aussi sa belle-maman qui a fait le voyage depuis le Mali et qui vient dire bonjour tout en restant un peu en retrait. Lors de la dernière visite, Aminata sa femme souffrait de crevasses aux seins, les tétées étaient douloureuses. Justine demande si cela va mieux, s'ils ont pu trouver une position qui soulage Aminata. Yvan répond précisément. Une majeure partie des informations que Justine a récoltées sur la situation et sur l'allaitement ont été demandées au père. Justine fait ensuite la prise de sang qui était prévue à l'enfant et lui donne la vitamine K, toujours en présence d'Yvan. Quand Aminata est prête, Justine continue de poser des questions sur le déroulement de l'allaitement, en considérant les informations données par le père en tant que faits acquis. (Observation à domicile, Justine)

Ces réactions des pères, à leur enfant, à la situation postnatale, et à l'expérience de leur compagne renseignent les sages-femmes, tant sur ce que vivent ces pères, leurs compagnes que les couples. Le



plus souvent, ces informations sont utilisées pour définir, souvent implicitement, si la femme bénéficie de soutien et si celui-ci peut être sollicité par la sage-femme. En d'autres termes, et comme je l'avais relevé déjà en parlant des savoirs personnels qu'utilisent les sages-femmes, les praticiennes instrumentalisent les pères pour promouvoir la santé physique et mentale des mères. Dans certaines situations et dans cette logique, elles ne suggèrent rien, car les pères s'investissent eux-mêmes substantiellement dans les soins à l'enfant, la relation à leur compagne et, les tâches domestiques. Ces situations apparaissent comme les plus favorables à l'expérience des femmes pour les sages-femmes, devenant des normes de l'implication paternelle, même si, encore une fois, les sages-femmes tentent de s'adapter à ce que souhaitent les pères. En d'autres termes, ces praticiennes sont aux prises avec des logiques qui deviennent parfois contradictoires, entre l'impératif de servir l'expérience des femmes et le souhait de s'adapter aux pères, lorsque ces derniers vivent la naissance, et surtout les tâches qui l'accompagnent, en retrait.

L'instrumentalisation des pères par les sages-femmes constitue une forme de gouvernance de ces praticiennes sur les familles. Au-delà de l'aspect moral de cette pratique, qui peut évidemment être discuté, se pose par ailleurs des problèmes concrets, relevant de la mise en œuvre de ces stratégies visant à promouvoir la santé des femmes autour de la naissance. Au chapitre X, Camille évoquait au cours d'un entretien le temps que prend la récupération postnatale, lorsque certaines femmes expérimentent de *l'anxiété* où un vécu difficile, parlant de plusieurs semaines à traverser. L'importance du temps ressort de plusieurs consultations, où les sages-femmes perçoivent une amélioration de l'expérience des femmes, lorsque celle-ci avait débuté difficilement, tout en reconnaissant explicitement que la détresse ne s'est cependant pas complètement résolue. Dans ces situations, les pères peuvent évidemment souhaiter aider leur compagne, ou y être « invités » par la sage-femme, mais leur implication n'est pas « magique ».

Sylvain et Marie-Laure sont assis côte à côte sur le canapé. Sylvain est alternativement tourné vers Marie-Laure et vers Corinne, selon qu'il regarde sa compagne ou qu'il répond à la sage-femme. Les premiers jours ont été difficiles, en raison de la césarienne et de ses suites, physiquement et psychologiquement éprouvantes, mal vécues par Marie-Laure qui ressent de la culpabilité. Marie-Laure, mais Sylvain aussi, dans une moindre mesure, ressentent de l'anxiété en raison des pleurs fréquents et intenses de Matteo leur enfant. Les pleurs, surtout lorsque Matteo a mangé, a été changé et, câliné, des pleurs qui soulèvent donc de l'impuissance, sont difficiles à supporter. Tout est nouveau, plein d'indices à interpréter, de problèmes que l'on ne sait petits qu'a posteriori, et qui sont perturbants dans cette période dense. Matteo devient rouge et chaud quand il pleure. Faut-il lui donner de l'eau ? Les seins qui se sont engorgés, durs et douloureux l'avant-veille. Comment faire ? Pendant que Marie-Laure s'attarde sur ce qu'elle ressent face aux pleurs, le stress, la *panique* même les premiers jours, Sylvain la regarde triste et attendri, compatissant. Ses quelques mots laissent entrevoir qu'il a compris ce que vit sa femme, qu'il se sent solidaire d'elle, mais aussi en partie impuissant. Après une dizaine de jours de vacances, Sylvain reprend son travail le lendemain, il n'en a pas envie, souhaitant rester auprès de ceux qu'il aime, sa femme et son fils. (Observation à domicile, Corinne)

L'isolement relatif de certains couples, prolongement de leurs habitudes ou peut-être non anticipation de la densité de la période postnatale, pousse des pères à participer plus activement aux tâches domestiques durant cette période. Répondant vraisemblablement à une pression sociale, exprimée également par les sages-femmes, ils effectuent ces tâches dont ils ne semblent pas avoir l'habitude, parfois à contre-cœur, soulageant alors vraisemblablement leur compagne d'un point de vue logistique, mais peut-être moins d'un point de vue émotionnel :

Christian assiste à la visite de Joëlle. Très ému par les « sourires aux anges » de son enfant, il en a les larmes aux yeux. Sarah sa femme évoque la difficulté à trier les conseils reçus depuis qu'elle a donné naissance à son enfant. Christian trouve quant à lui normale cette diversité des conseils, pensant qu'elle donne plus de liberté aux parents qui peuvent choisir entre plusieurs options. Ce qui l'ennuie plus est que Sarah, qui a eu une césarienne, laisse de côté l'intendance du ménage, étant bien occupée pour s'occuper de son enfant et récupérer de l'opération. Christian est donc en charge des courses, du ménage, des repas, et des petites collations pour Sarah. Il s'en plaint sur un ton de demi-plaisanterie, en ricanant de l'oisiveté de sa compagne et demande combien de temps il devra en faire autant. Joëlle explique que la césarienne est une intervention importante et qu'il est important que Sarah puisse se reposer pendant quelques temps. (Observation à domicile, Joëlle)

L'expérience des pères dépasse cependant et évidemment ce rôle de soutien envisagé par beaucoup de sages-femmes. Parfois, les pères vivent eux-aussi de la détresse durant la période postnatale.

La consultation commence par une discussion autour du sommeil animée aussi bien par Anouk la mère que Pierre le père. Celui-ci évoque le besoin de dormir avec son enfant pour le rassurer et se rassurer. Pauline, après avoir répondu à des questions concernant la mort subite du nourrisson, propose de poursuivre la consultation dans la chambre de Lucas pour la pesée. Les parents semblaient paisibles jusqu'alors. Lorsque Pierre commence à déshabiller Lucas, celui-ci se met à pleurer vigoureusement, il n'apprécie pas d'être réveillé pour être mis tout nu. Les mains de Pierre tremblent lorsqu'elles cherchent à décrocher les petits boutons, un peu trop petits pour des mains d'adulte. Les traits du visage de Pierre sont tendus, il a l'air stressé. Lucas est ensuite pesé, il a pris du poids. Il est ensuite rhabillé et tout le monde retourne au salon. Anouk met Lucas au sein et la discussion reprend. Pierre partage alors que les pleurs sont très difficiles à supporter pour lui, il a l'impression que Lucas souffre quand il pleure ainsi. Ne pas parvenir à consoler des pleurs, lorsqu'ils sont forts, lui fait ressentir une désagréable impuissance. (Observation à domicile, Pauline)

Durant la consultation, Pierre et Anouk demandent à peu près autant d'attention à Pauline, ce qui ne semble pas poser de problème à cette praticienne. Etant une sage-femme plutôt focalisée sur la famille, Pauline porte de l'attention aux deux parents. L'expérience douloureuse de Pierre est entendue, cependant rien de concret n'a été proposé pour l'aider à apaiser les sensations désagréables qu'il ressent. Dans d'autres situations, plus rares, l'expérience difficile que vit un père peut interférer dans le contact que la sage-femme souhaite établir avec sa compagne :

En arrivant chez Luisa et Ernesto, Sylvie est rapidement prise à parti. Ernesto a beaucoup de choses à raconter à la sage-femme. Il lui sourit, l'appréciant manifestement, mais il est fébrile et volubile. Sylvie est prise de court, elle ne s'attendait pas à autant de *stress* dans cette famille qu'elle a déjà rencontrée. Durant le week-end, Emma, le bébé, a beaucoup pleuré. Ernesto et Luisa ont eu peur qu'elle n'ait pas assez à manger. Ernesto dit qu'il ne va pas laisser son bébé à peine né mourir de faim. Le ton de sa voix est emphatique, ce n'est pas une formule. Pour calmer les pleurs et se tranquilliser, le couple a acheté du lait en poudre et en a donné plusieurs biberons à Emma en complément des

tétées. Luisa parle un français encore hésitant et a moins de place dans le dialogue. Ernesto, encore sous l'émotion, se répète plusieurs fois. Il est physiquement impressionnant, pas très grand, mais musclé, énergique. Très impliqué, il gère *de facto* ce qui tourne autour de sa fille. Sylvie semble contrariée. Elle justifie le comportement du bébé, normal selon elle, puis dit qu'elle ne comprend rien. Tout allait bien, la situation d'allaitement s'améliorait. Quelques échanges un peu tendus s'ensuivent. Je suis frappée par la place qu'Ernesto prend autour de l'allaitement, ce n'est pas commun. Il impose des pratiques à sa compagne, comme celle du tire-lait, qu'il est allé acheter de sa propre initiative. Sylvie propose de peser Emma, ce qui donnera une idée plus précise de son état nutritionnel. La pesée rassure tout le monde, Emma a pris du poids. Sylvie et Ernesto s'accordent pour dire que l'allaitement, pas seulement les biberons, y est pour quelque-chose. Ernesto demande ensuite à Sylvie de regarder les fesses d'Emma, trop rouges à son avis. Sylvie propose de mettre une crème. Ernesto demande de regarder les seins du bébé qui sont enflés. Sylvie donne une explication. Après l'examen et la pesée d'Emma, Sylvie redonne de la place à Luisa qui rhabille sa fille. Puis, Sylvie propose à cette mère de s'installer pour une tétée, pour voir comment les choses se passent, et attester de la venue de lait ou pas. Elle propose à Luisa de donner le sein sans téterelle. Emma prend le sein de manière adéquate, la tétée n'est pas douloureuse. Luisa sourit. Ernesto semble plus calme lui aussi, moins volubile. Ernesto s'approche de sa femme, touche Emma qui tète, lui chatouille le dos et lui parle. Sylvie lui demande alors de laisser le bébé téter.

Sylvie accroupie, son visage à hauteur de celui de Luisa, fait ensuite le point. Elle dit qu'il y a probablement eu une baisse de lait passagère, que cela peut arriver et qu'ils ont bien réagi. La praticienne ajoute qu'elle aurait besoin de mieux savoir ce que souhaitent les parents. S'ils complètent régulièrement leur enfant avec de grands biberons, la production de lait sera entravée et un sevrage s'installera. Sylvie demande à Luisa si c'est ce qu'elle souhaite. Luisa se dit stressée par la crainte de ne pas avoir assez de lait. Sylvie propose de réfléchir quelques jours, qu'il vaut mieux ne pas prendre de décision précipitée. Elle suggère de revenir dans deux jours. Elle propose que le bébé soit allaité en premier comme d'habitude. Si les parents ont la sensation qu'Emma n'a pas assez mangé, ils peuvent compléter comme ils l'ont déjà fait. Elle propose également de tirer le lait si Emma ne prend qu'un sein lors d'une tétée, pour compléter avec du lait maternel le cas échéant. Les parents sont d'accord avec les différentes propositions. Sylvie propose une heure pour le prochain rendez-vous à laquelle Ernesto ne peut pas être disponible. Sylvie dit qu'elle peut effectuer la consultation seule avec Luisa. Elle prend ensuite congé du couple, l'ambiance est plus détendue qu'à son arrivée. (Observation à domicile, Sylvie)

Dans une autre situation, Jasmine rencontre un couple qui n'avait pas « prévu » d'avoir un enfant et Ismaël, le père, semble être dans une situation de couple inconfortable :

Ismaël porte Tristan dans ses bras croisés et relevés pour qu'il soit plus près de son visage. Pendant la première partie de la consultation, il marche avec lui dans la petite pièce où vit Jessica sa compagne en murmurant des mots ou en chantonant les lèvres fermées. Plus tard dans la consultation, il rhabille Tristan et sa compagne Jessica se met à le critiquer à voix haute et sur un ton désagréable. Rien de ce que fait Ismaël ne semble juste. Lorsque Jasmine propose d'effectuer l'examen physique de Jessica, cette dernière demande assez sèchement à Ismaël de sortir de la chambre et donc d'aller dans les corridors, vu que le logement ne comporte qu'une seule pièce. Voyant ce comportement passablement agressif en présence de personnes inconnues, je me demande comment le couple se parle quand il n'y a personne. (Observation à domicile, Jasmine)

Ces différentes situations soulignent que l'expérience de la naissance n'est évidemment pas qu'une expérience de femmes, qui vivraient plus ou moins positivement des événements. Le vécu des femmes émerge en partie d'une vie de couple et d'une relation avec un compagnon, ou de leur absence, modifiée par la naissance et la présence de l'enfant. Les pères vivent évidemment eux-aussi cet événement de leur côté et avec leur compagne, avec de nombreuses variations. Kellerhals et

Widmer avaient déjà montré, en créant différents idéaux-types, que les couples s'organisent selon des logiques plurielles, plus ou moins égalitaires, plus ou moins fusionnelles et, comprenant une plus ou moins grande spécialisation des activités de chaque partenaire. Cette diversité, bien que je ne la décrive pas sous la forme d'idéaux types, se retrouve dans cette enquête de terrain. Elle est encore complexifiée par le regard porté sur les circonstances entourant la vie de famille et qui concerne aussi bien les ressources sociales et économiques, que le comportement des nouveau-nés eux-mêmes.

Parfois comme les sages-femmes tentent souvent de le suggérer, les pères, lorsqu'ils parviennent à adopter plus de recul que les mères, mais aussi parce qu'ils s'engagent de différentes manières, contribuent au bien-être de leur compagne ou limitent ses ressentis négatifs le cas échéant. Cependant, comme le montrent plusieurs des exemples précédents, certains pères réagissent eux-aussi fortement à l'arrivée de leur nouveau-né. Souvent émotionnellement très impliqués, ayant parfois eu peu de contacts avec des enfants en bas âge, ils sont affectés par les pleurs et ce qui touche à la santé de l'enfant. Dans la perspective de la théorie de l'attachement, qui fait reposer la qualité du développement de l'enfant sur la sécurité qu'offre les parents, l'expérience paternelle, notamment celle de pères en contact étroit avec les nourrissons et, lorsqu'elle est difficile, appelle aussi l'attention des sages-femmes. D'un point de vue éthique, l'expérience difficile que font certains pères, qui montrent leur détresse, mérite en elle-même une attention et demande à ce que les différentes formes d'instrumentalisation des pères soient plus largement interrogées.

Ceci dit, la socialisation professionnelle des sages-femmes, en formation et en pratique hospitalière, les prépare à être avant tout les accompagnantes des femmes. J'ai mentionné déjà le penchant féministe des sages-femmes, qui explique en partie cette posture, il me faut encore ajouter que les praticiennes considèrent que malgré toute l'implication paternelle, ce sont, malgré tout, les femmes qui accouchent et dont le corps peut avoir besoin de soins. Comme le montre l'exemple de Sylvie, les sages-femmes peuvent être perturbées lorsque la détresse paternelle devient un obstacle dans la relation entre une sage-femme et une femme, ayant la sensation de ne pas parvenir à effectuer leur travail. Ernesto se positionnait par exemple entre la sage-femme et sa femme, entravant physiquement le dialogue entre les deux femmes. Sylvie a changé plusieurs fois de position, s'interposant, pour faire en sorte qu'elle puisse être en contact direct avec Luisa pendant une partie de la consultation.

Ces différentes interrogations permettent de faire deux constats principaux. Tout d'abord, l'expérience de la naissance que font les femmes, la plus ou moins grande joie, la plus ou moins grande paix intérieure ou les plus ou moins grandes détresses, ne sont pas seulement tributaires de

la *psyché* des femmes, ou de la relation à leur mère, comme le suggèrent certain-e-s auteur-e-s et lieux communs professionnels. La relation au père de l'enfant joue évidemment un rôle important dans cette expérience. Comprendre la santé mentale maternelle autour de la naissance, sans prendre en considération la relation conjugale et la relation en triangle qui s'établit entre les parents et les enfants, relève donc d'un réductionnisme problématique. Massé avait souligné d'ailleurs que la présence ou l'absence d'une relation n'est pas déterminante *per se* ; mais que c'est bien la qualité des relations de proximité qui soutient ou fragilise la santé mentale des acteurs sociaux (chapitre 5, 1995). L'enquête de terrain montre ensuite que la focalisation sur l'expérience que font les femmes de la naissance, qui apparaît en formation, parfois dans les discours des sages-femmes et, surtout, dans la recherche autour de la naissance et notamment dans les ECR, est en partie anachronique. Elle l'est au sens où, dans les faits de nombreux pères sont suffisamment impliqués dans cet événement pour ressentir eux-aussi des émotions fortes et contrastées, même si celles-ci semblent moins à l'œuvre chez des pères plus en retrait. En ce sens, l'accompagnement des pères apparaît aussi important que celui des mères et, toutes les questions se posant au sujet de l'accompagnement des femmes, que ce soit en termes de gouvernance des soignants, ou en termes d'efficacité des initiatives soignantes, se posent également pour l'accompagnement des pères.

Si je reviens maintenant à la construction des ECR, force est de constater qu'ils ne prennent quant à eux pas en considération les pères ou la qualité de la relation conjugale, à quelques exceptions près. C'est-à-dire que l'anxiété ou la dépression des femmes qu'ils ont pour intention de prévenir ou de traiter est comprise dans une perspective réductionniste, comme si ces états étaient inhérents aux femmes ou qu'ils étaient provoqués par l'expérience de la naissance. Ces auteur-e-s utilisent fréquemment les catégories DSM et intègrent donc leurs limites, dont l'absence de relation aux causalités des états de santé mentale (Corcos 2011). Dans la majorité des ECR, le père est ainsi intégré *a minima*, restant une présence ou une absence parmi les catégories sociologiques, sans considération pour la variabilité des relations conjugales. Pour montrer que cette attitude n'est pas une fatalité, je vais endosser une seconde mon rôle de sage-femme initiée à l'EBM. Ce que j'observe depuis ce rôle est qu'il serait possible, en restant dans une logique de la description mince, d'intégrer la relation en tant que variable indépendante en opérant une stratification des échantillons à partir d'une « mesure » validée de la relation conjugale, laquelle considérerait ce lien en tant que « facteur de confusion ». Cette opération permettrait d'évaluer l'efficacité des interventions relationnelles en tenant compte de la variabilité de la relation conjugale. Si certaines interventions brèves sont efficaces, elles le sont vraisemblablement en l'absence de crise conjugale importante, ce que ne discriminent pas les ECR.

Les ECR proposent une naissance avec un père évanescent, perpétuation d'une vision atavique et genrée des familles, posant, par omission, la relation conjugale comme une circonstance sans influence sur le vécu et sur la santé mentale des femmes. Les récits des sages-femmes et les observations de leur activité à domicile soulignent pourtant, s'il le fallait, que les relations intrafamiliales, dont leurs difficultés, interviennent dans le vécu de la naissance. Les ECR traitant de santé mentale ignorent ces circonstances tant au niveau de la description des échantillons qu'à celui du contrôle des facteurs de confusion. Ces recherches ignorent également et par ailleurs comment les mères et les pères négocient ensemble les changements et les nouvelles compétences que demandent l'accueil du nouveau-né, particulièrement dans les situations où des complications, certes souvent mineures pour les sages-femmes, mais pas forcément pour les parents, surviennent, telles que les problèmes d'allaitement ou de pleurs du nouveau-né. A nouveau, ces éléments pourraient être intégrés dans une logique de la description mince. Ce que je veux dire ici, est que l'omission apparaissant dans les ECR n'est pas le signe d'une impossibilité, mais bien celui d'un réductionnisme qui évalue des interventions « hors-sol ».

Dans cette enquête, l'expérience des sages-femmes qui accède à la diversité des vécus des mères, des pères et des relations de couple, souligne une fois encore l'importance des circonstances sociales entourant l'évènement naissance. Ceci dit, les sages-femmes ne sont pas constamment, et de loin pas, ce n'est pas leur formation, à l'aise avec les difficultés aiguës que rencontrent certains pères et couples. C'est donc ici le regard anthropologique qui révèle, des aspects de la pratique essentiels pour comprendre le vécu de la naissance et, soulève les difficultés rencontrées par les praticiennes dans le contact avec certains pères ou couples. Ces expériences, par leur diversité, laissent entrevoir, déjà, que des interventions formatées, telles qu'elles sont proposées dans le registre de l'EBM, sont peu susceptibles de répondre aux besoins très variés des familles. La considération de la relation au père de l'enfant, si évidente sur le terrain et si absente des ECR, désigne aussi l'hospitalo-centrisme prévalant dans la construction de ces recherches. A mon sens, la presque absence des pères dans les ECR, au-delà d'une question de genre, marque aussi un manque de considération pour les savoirs expérientiels, notamment lorsque ceux-ci émanent de professionnels non médecins ou sans formation académique complémentaire. Au vu de l'écart, existant entre expériences des sages-femmes et construction des recherches représentant le *gold standard* de l'EBM, peut encore parler d'approche scientifique de l'évaluation ?

### **10.3 Le nouveau-né, ses pleurs, son sommeil et sa santé: les thèmes phares de l'accompagnement des sages-femmes, absents des ECR**

Comme l'ont montré les exemples de Pierre et Anouk ou celui d'Ernesto et Luisa au sous-chapitre précédent, lorsque les parents évoquent un vécu difficile de la période postnatale, ils relient leur état à des objets précis. Parmi ceux-ci, figure la relation au nouveau-né et à ses comportements, qui soulève des doutes et des craintes, notamment celle de faire des erreurs. Pour les sages-femmes indépendantes, la relation au nouveau-né est donc centrale pour comprendre le vécu et la santé mentale autour de la naissance. Ce sous-chapitre évoque donc les liens entre santé mentale et comportements des nouveau-nés et confronte les savoirs des sages-femmes à ceux issus des ECRs à ce sujet. Cette réflexion intègre par ailleurs plusieurs références issues de recherches en psychologie et psychiatrie de la petite enfance, ceci sans toutefois évoquer toutes les dimensions des phénomènes abordés, qui ont fait l'objet d'innombrables travaux. L'utilisation de ces références montre comment l'EBM, à travers la construction des ECR, utilise, ou non, des savoirs considérés comme essentiels dans le champ de la naissance et de la petite enfance. L'utilisation de notions professionnelles, pour construire une réflexion qui se veut ancrée dans les sciences sociales, participe ici d'une anthropologie des habiletés laquelle utilise des notions émiques, à certains moments choisis, pour penser la construction des savoirs. L'utilisation de ces notions professionnelles sert ici de révélateur, permettant de confronter les expériences d'acteurs sociaux, parents et sages-femmes, aux savoirs construits dans le cadre de l'EBM, par une opération de triangulation.

Les travaux de Terry Brazelton, un pédiatre américain, connu autant pour ses recherches que ses ouvrages destinés aux parents, ont montré que les nouveau-nés réagissaient selon des modalités très différentes dès leur naissance. Si certains enfants sont calmes et pleurent peu, d'autres dorment peu, pleurent beaucoup et sont plus difficiles à consoler, sans que cela ne soit par ailleurs ni la faute des enfants, ni celle des parents (Brazelton and Nugent 2001). Ces différences se remarquent très rapidement lorsque l'on est en contact régulier avec des nouveau-nés, par exemple en tant que sage-femme dans un service hospitalier postnatal. Certaines mères peuvent dormir une bonne partie de la nuit, n'allaitant qu'une ou deux fois. Alors que d'autres ont besoin qu'un soignant s'occupe l'espace de quelques heures de leur enfant, pour qu'elles puissent récupérer un minimum. Ces différences semblent s'accroître dans les semaines qui suivent la naissance et certains bébés pleurent beaucoup, particulièrement le soir. La variabilité des comportements néonataux constituent ainsi l'une des incertitudes auxquelles les parents sont confrontés, dès l'entrée dans leur nouveau rôle, ce que montraient les témoignages de Marie-Laure ou de Pierre au sous-chapitre précédent.

Les bébés pleurant beaucoup, parfois qualifiés d'enfants à haut besoin dans le jargon professionnel, ce qui est plus diplomatique mais moins parlant que le populaire « Schreibaby »<sup>295</sup> parfois utilisé en Suisse alémanique, contribuent à ce que les premières semaines, voire les premiers mois suivant la naissance, soient vécus plus difficilement. Les pleurs lorsqu'ils sont intenses et fréquents constituent un stress certain, car les adultes ne peuvent y rester indifférents (Kurth, Spichiger et al. 2010, Kurth, Kennedy et al. 2014). Les nouveau-nés, selon leur comportement qui reflète leur état et leurs sensations (Stern 1992), peuvent ainsi contribuer à renforcer ou à diminuer le sentiment de compétence des parents. Des recherches effectuées en psychologie de l'attachement montrent que les nourrissons pleurant beaucoup tendent à développer des attachements moins sécurisés avec leurs parents, c'est-à-dire que les pleurs intenses interfèrent avec la relation se construisant entre les parents et l'enfant (Pierrehumbert 2003). D'autres auteurs ont montré des corrélations entre les pleurs, les difficultés de sommeil et la santé mentale maternelle<sup>296</sup>. Pour toutes ces raisons, des recherches sont aujourd'hui entreprises pour mieux comprendre les circonstances entourant les pleurs intenses du nourrisson et pour chercher à aider les parents se trouvant dans cette situation.

En vertu de ces éléments, il n'est dès lors pas étonnant que les pleurs, le sommeil et, plus largement la santé de l'enfant, occupent régulièrement le quotidien des sages-femmes, prenant la forme de détresses parentales plus ou moins prononcées. L'expérience des praticiennes va ici dans le même sens que de nombreuses recherches construites en psychologie de l'attachement ou en épidémiologie de la santé mentale périnatale, montrant ainsi que les savoirs issus de l'expérience ne sont pas aussi faillibles que ne le laisse supposer la pyramide des niveaux de preuve de l'EBM. Les praticiennes indépendantes identifient par conséquent le stress ou la tristesse ressenties par certains parents à partir de leurs préoccupations envers leur enfant. Les parents ne disent pas « je suis en détresse ou je ressens de l'anxiété », mais mentionnent les pleurs, les réveils nocturnes, la prise de poids de l'enfant, ou un problème de santé tel qu'un ictère peinant à s'estomper. La santé et le confort de l'enfant sont ainsi au cœur des récits et des questionnements des parents, ce qu'avaient également relevé d'autres chercheurs (Razurel, Bruchon-Schweitzer et al. 2009, Kurth, Spichiger et al. 2010, Blochlinger, Kurth et al. 2014). Allant dans le même sens que ces recherches, Joëlle relève à propos de son expérience de sage-femme indépendante :

Je suis souvent étonnée à quel point les femmes n'ont pas la notion, de ce que ça va être un bébé réel. Donc, elles s'imaginaient, c'est aussi le discours qui est véhiculé par la société, qu'un bébé mange, dort, voilà. Mais qui pleure pas et que, un bébé finalement, à part le changer, lui donner à manger et lui donner un petit lit pour dormir, c'est bon. Sans tout ce que ça implique quoi, surtout les premiers temps, l'arrivée d'un bébé. Le « leitmotive » de mon travail d'indépendante, dans pas mal de situations,

---

<sup>295</sup> Qui pourrait être traduit par « bébé hurleur ».

<sup>296</sup> Pour une revue de ces travaux : Kurth, E., E. Spichiger, E. Zemp Stutz, J. Biedermann, I. Hosli and H. P. Kennedy (2010). "Crying babies, tired mothers - challenges of the postnatal hospital stay: an interpretive phenomenological study." *BMC Pregnancy Childbirth* **10**: 21..



c'est : le bébé pleure, interpréter les pleurs, pourquoi il pleure. Cela renvoie à une mauvaise image de parent, j'ai l'impression. Quand un bébé pleure, des fois c'est facile, des fois c'est plus difficile de les guider, à travers un cheminement, d'apprivoiser leur bébé, de commencer à se familiariser avec. Et moi, je n'ai pas toujours de réponse, pourquoi il pleure ce bébé. On sait qu'il pleure, bien sûr, ça peut être de toutes sortes de choses, le froid, le besoin de contact. Et c'est tout mon rôle d'essayer de montrer que, ils sont des parents qui calment leur bébé, parfois ça marche, parfois ça marche pas, puis on tâtonne. Mais que ça prend beaucoup de temps, que ça prend toute l'énergie. Donc, je suis étonnée de voir des mamans qui pensaient, par exemple, terminer leur mémoire d'uni, pendant leur congé maternité. (Entretien enregistré, Joëlle)

Line évoque des questions similaires et montre une difficulté à prendre le temps de la naissance et ce qu'il représente en termes de découvertes, de doutes, mais aussi d'épreuve physique:

Les mères ont plein de demandes, mais elles disent « on m'a pas avertie », je te parle d'après l'accouchement. Elles sont pas préparées à ce qui se passe avec leur bébé. C'est comme si elles avaient été trompées sur la marchandise. Elles me disent, mais tu vois ça va pas, y a un problème. Le bébé a pas dormi, il tète pas bien. Il dort pas tout le temps, il pleure quand elle le pose. A quatre jours, il pleure quand elle le pose et cela étonne ! Les parents attribuent des stratégies au bébé. A chaque fois je suis là, bon voilà 2 adultes qui sont pas conscients qu'ils ont un bébé et pas un adulte. Ils savent pas ce que c'est un bébé. Tu me diras c'est normal, c'est leur 1<sup>er</sup> bébé. C'est étonnant, comme si quelque-chose était écrasé par ce qu'on a appris en tant qu'adultes : le contrôle, les horaires, la maîtrise de sa vie. Et voilà, un bébé qui fonctionne pas du tout comme nous, ni dans les horaires, ni dans la façon de s'exprimer. Je dois dire des trucs tellement basiques, c'est surprenant à quel point. L'allaitement qui se rajoute là-dessus. La vie est pas toujours prévue comme tu penses. Les parents sont d'accord avec ça quand même. Mais je trouve que les femmes souffrent, de pas être connectées avec leur bon sens. On dirait qu'elles ont oublié qu'elles ont accouché, qu'elles ont perdu du sang, qu'elles ont fait 9 mois de grossesse. En plus, elles ont travaillé comme des malades pour leur patron. T'es là, mais ça fait 4 jours que vous avez accouché. C'est normal que vous soyez fatiguée, non ? (Entretien enregistré, Line)

Le rôle des sages-femmes implique qu'elles distinguent les situations « normales » de situations demandant une consultation spécialisée auprès d'un-e psychologue ou d'un-e psychiatre. Les praticiennes effectuent cette distinction en analysant l'intensité des préoccupations maternelles et paternelles et certains de leurs comportements, choisissant ensuite de parler explicitement de la détresse en elle-même ou non. Cette détresse se remarque dans la manière de parler de la relation à l'enfant et à sa santé, dans l'expression de peurs, par le débit rapide de la parole, le ton de la voix, les gestes pressés dans les soins à l'enfant, des tremblements parfois, et par les traits du visage ne montrant peu ou pas d'émotions positives. Certains parents effectuent des gestes d'auto-réassurance, soit des caresses répétitives et très rapides, voire des tapotements, qui au lieu d'être pratiqués sur eux-mêmes le sont sur le bébé. Comme certaines mamans disent en plaisantant « j'ai froid donc je t'habille », ici ce serait plus tôt « je ressens du *stress* donc je te rassure ».

A l'exception des situations rares où le recours à un spécialiste de santé mentale est immédiatement nécessaire, les sages-femmes abordent le *stress* parental à partir des objets de préoccupation des parents. En voici un exemple détaillé, observé dans une consultation avec Camille :

Avant d'arriver à l'appartement, Camille me dit qu'à son avis, Ashley et Stéphane ressentent du *stress* qui s'exprime sous la forme de préoccupations concernant leur bébé et sa santé. Le couple semble vivre sur un mode nucléaire, une partie de la famille ne vivant pas en Suisse. Tous deux ont fait des études et

sont investis dans une intense vie professionnelle et ils ne semblent pas avoir eu beaucoup de contacts avec des nouveau-nés avant de devenir parents. Pour Camille, l'anxiété leur fait perdre leur « bon sens ». Ashley et Stéphane ne réagissent pas à certains indices, comme les fesses très rouges de leur bébé, presque à vif, attendant la visite de la sage-femme quelques jours plus tard, mais ne l'appelant pas ou ne consultant pas un autre professionnel dans l'intervalle. Des amis leur ont prêté un petit lit qui peut s'ajuster à celui des parents, permettant de dormir avec le bébé, sans craindre de l'écraser. Camille remarque que le lit n'est pas ajusté correctement. A son avis, les parents n'ont pas pu se concentrer suffisamment en raison de leur *stress*. Camille a aidé à remonter le petit lit, pour qu'il soit stable.

En début de consultation, Camille demande au couple comment il va. Ashley raconte qu'ils sont fatigués, s'étant couchés vers minuit et ayant ensuite été réveillés par Thomas, leur bébé. Camille répond sur un ton humoristique et tendre, prévenant le couple qu'elle est sur le point de faire sa « vieille mémé ». Elle explique que dans cette période, ne durant que quelques semaines, il est important de se reposer, pour récupérer de l'accouchement et s'adapter aux besoins du nouveau-né. Camille refait le point sur l'emploi du temps des parents et sur les opportunités de sieste et de repos durant la journée. Suite à la discussion sur le sommeil, Camille aborde l'allaitement. A presque une semaine post-partum, Ashley rencontre encore des difficultés pour installer son enfant au sein, surtout en position couchée. Camille valide le choix d'Ashley consistant à utiliser les positions pratiques pour elle. Les parents ont ensuite une liste de questions, inscrite sur un bout de papier. Ils souhaitent savoir s'ils peuvent déjà mettre leur enfant dans un « baby-relax ». Ils souhaitent aussi apprendre comment soutenir le dos et la tête du bébé, lorsqu'on le prend et le porte. Camille cherche à rassurer le couple en répondant directement à leurs questions. Ashley demande ensuite si son bébé peut être mis un moment sur le ventre, ce que Camille valide. Ashley demande si cela muscle le dos et la nuque. Camille répond que cela peut être effectué progressivement, en fonction de la réaction du bébé.

La consultation se poursuit par l'examen du bébé. Camille donne le nom d'une pommade cicatrisante pour la peau rouge de ses fesses et, en applique directement. Ashley pose une question sur la toilette des organes génitaux. Thomas est alors pesé et il n'a pas pris de poids. Les visages d'Ashley et de Stéphane se tendent, se ferment. Camille explique avec une voix calme et lente, plus qu'à son habitude, que cela arrive souvent, que cela ne l'inquiète pas que Thomas n'ait pas pris de poids. Le couple ayant acheté un tire-lait, elle suggère de l'utiliser quelques fois par jour pour tirer un complément et stimuler la lactation. Le tire-lait n'est pas encore stérilisé. Comme Stéphane est là, calme et disponible pour ce genre de tâches, Camille lui explique comment procéder. Camille me dira après la consultation que s'il n'avait pas été là, elle se serait chargée de la stérilisation et du montage. Elle craignait que l'inquiétude plus prononcée d'Ashley ne rende le montage des petites pièces fastidieux. Si les petits disques de plastic souple ne sont pas correctement mis, le tire-lait ne fonctionne en effet pas, expérience faite par plusieurs sages-femmes. La visite se termine par l'accompagnement d'une séquence d'allaitement durant laquelle Camille effectue un feedback positif sur plusieurs points et donne quelques conseils complémentaires.

Après la visite, Camille me dira qu'elle pense avoir passé trop de temps à répondre aux questions et qu'à son avis celles-ci sont symptomatiques du *stress* ressenti. Camille imagine d'autres moyens pour les aider, notamment le yoga qu'Ashley a déjà pratiqué. Camille m'a donné des nouvelles du couple quelques temps après la visite à domicile. Continuant d'aborder les questions soulevées par les parents, elle a abordé directement avec Ashley cette sensation que le *stress* ressenti semblait inconfortable et élevé. Ashley l'avait aussi repéré, c'est un sentiment qu'elle connaissait, elle avait déjà suivi une thérapie. Thomas avait repris du poids, calmant quelque peu les parents selon Camille. (Observation et entretiens non enregistrés, Camille)

Les praticiennes aident à résoudre les problèmes soulevés par les femmes en explorant des moyens de calmer les pleurs ou en se centrant sur les problèmes d'allaitement. Lorsque les problèmes désignés par la femme ou le couple sont partiellement résolus, la détresse post-natale ne s'évapore pas miraculeusement, mais elle s'amoindrit, devient moins envahissante, ce que rapportent plusieurs sages-femmes et parents rencontrés durant l'enquête. La persistance d'une anxiété amoindrie après

la résolution de problèmes concrets, montre que cet état n'est pas uniquement lié au comportement du nouveau-né ou aux problèmes soulevés par les parents, mais procède d'une intersection entre circonstances de la naissance et trajectoires de vie.

Dans les situations équivoques, lorsque la sage-femme hésite à proposer le recours à un pédopsychiatre, la réaction des familles à la résolution de problèmes concrets participe du processus décisionnel, comme le montre l'exemple précédent. Si la détresse observée s'amenuise substantiellement, les sages-femmes sont rassurées. Parfois cependant, les objets permettant d'alimenter cet état émergent les uns après les autres, se traduisant en impressionnantes listes de questions et préoccupations. Dans ces situations et comme l'a effectué Camille, les sages-femmes abordent directement la détresse avec les parents, demandant notamment s'ils l'identifient. Ces discussions aboutissent à la proposition de suivis complémentaires avec un pédopsychiatre ou d'autres moyens préférés par les parents. En dehors des situations les plus aiguës, le *stress*, l'*anxiété* deviennent des catégories nosologiques de deuxième intention, c'est-à-dire qu'elles sont considérées en tant que telle lorsqu'elles ne cèdent pas à la résolution de problèmes concrets désignés par les parents. Dans les situations aiguës, sortant manifestement de leur champ de compétence, les sages-femmes insistent pour qu'un membre du réseau intervienne. Il faut relever que pour certains parents, ce pas est difficile à franchir et que certains refusent un suivi psychiatrique.

De nombreuses circonstances participent au vécu de la naissance, comme je l'ai montré. Parmi celles-ci, la relation à l'enfant et à son comportement est essentielle. Pour certains parents, un vécu postnatal difficile est lié à la confrontation directe avec les besoins, parfois difficiles à comprendre et à satisfaire, du nouveau-né (Razurel, Bruchon-Schweitzer et al. 2009, Kurth, Spichiger et al. 2010, Blochlinger, Kurth et al. 2014). Par conséquent, et pour entrer dans la confrontation en miroir entre savoirs expérimentiels d'une part et savoirs issus de l'EBM d'autre part, il est extrêmement perturbant de constater que dans les ECR ayant pour objectif une amélioration de la santé mentale des mères, plus rarement des pères, le nouveau-né soit simplement absent. L'enfant, sa santé et son comportement, n'apparaissent ni dans les catégories sociodémographiques décrivant l'échantillon, ni dans la composition de l'intervention, ni dans la mesure des effets de l'intervention que ce soit sur le comportement de l'enfant, sur l'état de la relation parents-enfants ou sur le développement de l'enfant, ceci à de rares exceptions près. Ces différentes étapes d'évaluation apparaissent pourtant classiquement dans les recherches en psychologie et psychiatrie de la relation parents-enfants, notamment dans les courants développés en dehors de la sphère d'influence de l'EBM. La santé et le comportement de l'enfant forment des facteurs de confusion, qui participent au succès ou à l'échec des interventions relationnelles. Proposer une mesure de soutien à un couple alors que l'enfant est

en bonne santé, prend du poids et pleure « raisonnablement », ne peut pas être comparé à une situation où l'enfant pleure pendant plusieurs heures tous les soirs.

L'omission presque totale de l'enfant dans les ECR évaluant des interventions centrées sur la santé mentale maternelle autour de la naissance, un impensé épistémologique et méthodologique, n'est donc pas seulement critiquable à partir d'une confrontation avec l'expérience des sages-femmes. La plupart des ECR évalués dans ce travail omettent des recherches essentielles conduites en psychologie et psychiatrie de la petite enfance et de la relation parents-enfants. Ces recherches montrent d'une part des liens entre l'état maternel et le développement de l'enfant et d'autre part un rôle du tempérament de l'enfant dans la qualité de la relation parents-enfants (Murray and Cooper 1997, Pierrehumbert 2003). Pour ces raisons, les spécialistes de la dépression périnatale et de son influence dans le développement de l'enfant demandent à ce que l'évaluation d'interventions centrées sur la santé mentale des mères intègre les effets de l'intervention sur la relation mère-enfant et sur le développement de l'enfant (Murray and Cooper 1997). Paradoxalement, les échelles construites par ces spécialistes pour évaluer l'état des mères sont reprises dans les ECR et, leurs travaux sont fréquemment cités pour poser le contexte du problème de santé mentale spécifique et son épidémiologie, alors que leur demande de considération de l'enfant reste lettre morte.

Je vais reprendre ici quelques instants mon rôle de sage-femme intéressée par la recherche, pour mieux approfondir le regard anthropologique porté sur cette omission du comportement et de la santé de l'enfant dans les ECR. Dans le champ de la psychologie et de la psychiatrie, des chercheurs ont développés de nombreuses méthodes permettant de décrire le comportement de l'enfant, l'interaction entre les parents et les enfants, ainsi que les influences que parents et enfants ont les uns sur les autres (Murray and Cooper 1997, Brazelton and Nugent 2001, Fivaz-Depeursinge and Corboz-Warnery 2001, Pierrehumbert 2003). Brazelton a construit une échelle évaluant les typologies comportementales des nouveau-nés et des nourrissons, pouvant contribuer à l'analyse de la situation parentale et de ses difficultés éventuelles, ceci aussi bien pour la clinique que la recherche. Cette échelle, ainsi que d'autres instruments, pourraient être utilisés dans les ECR pour inclure le comportement de l'enfant en tant variable et la relation parents-enfants en tant que résultante des interventions relationnelles. L'utilisation de certains des instruments évoqués ci-dessus conduirait cependant à la création de protocoles plus lourds et demanderait des budgets plus élevés. Prendre en considération les savoirs construits à propos des liens entre santé mentale maternelle, comportements et développement des enfants, sortiraient ainsi les ECR de leur statut de « prêt à rechercher ». Dans une situation de restriction budgétaire et dans un climat d'injonction à la publication, cette évolution semble peu plausible.

La relation des parents à l'enfant et à sa santé intervient quotidiennement dans la pratique des sages-femmes, devenant souvent la porte d'entrée à des discussions touchant la santé mentale lors de post-partum difficiles. Ces savoirs expérientiels sont par ailleurs sous-tendus par de nombreuses recherches en psychologie et psychiatrie de la petite enfance. Dans les ECR évaluant des interventions relationnelles destinées à prévenir ou traiter les troubles de santé mentale, l'enfant n'apparaît presque jamais. Ces trois formes de construction des savoirs professionnels sont ainsi dans la rupture la plus totale. Grossman avait critiqué la survalorisation de l'ECR au sein de la pyramide des niveaux preuve et souligné l'exclusion conséquente de méthodes de recherche alternatives et rigoureuses (2008), ce qui se produit ici. Pour aller plus vite et dépenser moins, l'EBM semble avoir inventé une nouvelle naissance laquelle se passe d'enfants, de pleurs et d'aléas d'allaitement.

#### **10.4 Complexités et incertitudes de l'accompagnement postnatal à domicile**

Au cours des chapitres 6 et 7, j'ai montré comment les actions et les attitudes des sages-femmes pouvaient varier, ceci en fonction des situations particulière des parents, mais aussi des réponses du réseau interprofessionnel, ainsi que des ressources et des personnalités des praticiennes. Ce sous-chapitre propose une synthèse des différentes interventions réalisées par les sages-femmes, interroge ce qui fait leur succès ou leur échec, puis les met en confrontation avec les interventions évaluées dans les ECR.

Les sages-femmes indépendantes partagent une intention de s'accommoder aux particularités des familles, qui marque leur appartenance à la communauté de l'Arcade et plus largement, vraisemblablement, à celle des sages-femmes indépendantes romandes. Pour parvenir à cette personnalisation de l'accompagnement, facilitée par la situation écologique inhérente au travail à domicile, les praticiennes prennent le temps de connaître les familles, aussi bien sur la durée qu'au cours de chaque consultation. En raison de la diversité des situations rencontrées à domicile - la taille des familles, l'état de santé des mères, la présence ou l'absence de soutien de l'entourage, ainsi que les contraintes extérieures pouvant interférer avec le vécu de la naissance - l'adaptation aux besoins des familles prend de nombreuses formes. Lorsque les parents ne sont pas en situation de vulnérabilité socio-économique, n'ayant pas de problème immédiat à partager ou à résoudre, les sages-femmes cherchent à comprendre et respecter les préférences des parents en regard des soins à l'enfant ou de l'allaitement. Ce qu'illustre cet exemple tiré de la consultation de Pauline chez Anouk et Pierre :

Pierre évoque les premiers jours avec Lucas, leur enfant. Depuis le retour de la maternité, le couple dort avec lui. Pierre dit que cela calme son bébé, surtout lorsqu'il est sur lui. Pauline relève qu'ils dorment bien, car ils ont trouvé un arrangement qui leur convient, ajoutant que beaucoup d'enfants dorment avec leur parents, probablement plus qu'on ne le croit. Elle explique que souvent quand on réfléchit aux situations avec notre intellect, on ne trouve pas forcément ce qui nous convient, mais que nos sensations guident parfois mieux nos choix. Pauline dit encore que les parents font des choix, ceux qui leur semblent les meilleurs et qui correspondent à leurs valeurs, et que les enfants s'y adaptent. (Observation à domicile, Pauline)

Cette adaptation, je le rappelle, n'est pas toujours complète, ce que montre encore Pauline en promulguant, à demi-mots, une norme sociale:

Suite à son commentaire qui valide ce que font les parents en termes de sommeil, la sage-femme dit encore aux parents que, d'ici quelques temps, ils sentiront quand sera venu le moment que Lucas dorme dans son lit et dans sa chambre, leur permettant de se retrouver en tant que couple. Dans son respect des choix effectués par Pierre et Anouk, Pauline n'intègre pas l'idée que dans certaines familles, même en Suisse, les parents dorment parfois plus longtemps avec leur enfant. (Observation à domicile, Pauline)

Dans les situations comportant des vulnérabilités -une absence de soutien, un déficit en matériel de base, en moyens financiers, un état subjectif inquiétant - les praticiennes tendent à diversifier le contenu de leur accompagnement pour diminuer la détresse des parents, s'adaptant aux besoins concrets de ces derniers et sortant d'une conception ordinaire de l'obstétrique, ce que j'ai montré en particulier au chapitre 6.

Par conséquent, les interventions ayant pour objectif de promouvoir la santé mentale des femmes et de leurs compagnons, s'adressent à des cibles variées, et sont concrètement reliées aux objets causant une détresse lorsque ceux-ci sont identifiés. Je le rappelle, les sages-femmes cherchent par exemple du matériel pour le nouveau-né et pour les enfants âgés, mettent les femmes en relation avec les associations utiles telles que *Camarada*<sup>297</sup> ou *l'Asloca*<sup>298</sup>, effectuent des téléphones ou écrivent des courriers et prennent le temps d'entendre les récits des femmes ou de passer si besoin un peu de temps en leur présence. En d'autres termes, c'est parfois en abordant des problèmes apparemment annexes voire « hors sujet », que les sages-femmes contribuent à rassurer les femmes, si possible en collaboration avec le réseau socio-sanitaire. Les interventions visant une promotion du bien-être des familles sont donc très variées, tendant à être mixtes, ciblée aussi bien sur des mesures concrètes que sur un accompagnement.

Dans une conversation entre plusieurs collègues, Armelle raconte une situation rencontrée récemment. Suivant la période postnatale d'Azzeza qui vit seule dans un centre pour personnes en demande d'asile, Armelle a cherché du matériel pour bébé et arrangé un peu de soutien logistique pour aider cette mère seule à s'occuper de ses deux enfants. Chaque visite prend une heure au moins,

---

<sup>297</sup> Une association genevoise spécialement active auprès des femmes migrantes, et qui propose de nombreuses activités. <http://www.camarada.ch/>

<sup>298</sup> Une association de défense des locataires, qui offre des permanences juridiques avec des avocats spécialisés et militants. <http://www.asloca.ch/asloca-gen%C3%A8ve>

Azzeza appréciant explicitement le contact avec Armelle qui rompt sa solitude. (Conversation à plusieurs)

Certaines sages-femmes, en raison de leur disponibilité moindre, de leurs compétences ou de leurs représentations de la profession, s'engagent moins en dehors de l'acception classique de leur rôle et investissent peu les problèmes sociaux rencontrés en dehors des situations d'urgence. Lors des observations, cette réserve, justifiée comme un respect du rôle propre, servait moins la santé mentale des femmes. Certains problèmes à peine voilés, d'isolement ou de violence, restaient ainsi cachés dans l'ombre d'une anamnèse prudente protégeant de l'impuissance ou de l'excès de travail bénévole. Globalement cependant, l'intention de s'adapter aux familles à partir de leur environnement est au cœur de l'ethos des praticiennes, constituant un axiome de leurs interventions.

Lorsqu'elles sont confrontées à des situations de vulnérabilité plurielle, les sages-femmes sont supposées prendre contact avec le réseau socio-sanitaire afin de collaborer avec d'autres professionnel-le-s *a priori* plus compétents face à ces problématiques. Mieux, le suivi de grossesse est supposé permettre un dépistage des vulnérabilités, en tant que risques, afin de proposer un suivi adapté aux familles dès la grossesse (Molénat 2009, Molénat 2010). Dans les modèles théoriques et dans le sens commun professionnel, l'approche interprofessionnelle de la complexité est en effet valorisée (Molénat 2009, Molénat 2010)<sup>299</sup>. Force est néanmoins de constater qu'en pratique cette collaboration s'avère plus aléatoire qu'anticipé. Le dépistage en cours de grossesse, je le rappelle, n'est que partiellement fonctionnel, laissant échapper des situations particulièrement aiguës telles ces femmes dont le frigo est vide et qui n'ont ni layette, ni protection hygiénique.

Entre réductions d'effectifs, méconnaissances des problèmes prioritaires de santé publique ou de la prévalence de la pauvreté en Suisse, les partenaires des sages-femmes ne répondent pas toujours aux sollicitations. Certains refusent d'entrer en matière sur des problèmes dépassant la routine des suivis obstétricaux ou pédiatriques, d'autres sont incrédules et remettent en question les observations des sages-femmes. Ces professionnel-le-s, assistant-e-s sociaux, obstétriciens, pédiatres, psychiatres et psychologues, n'effectuent généralement pas de visites à domicile ; leur compréhension des détresses réelles des familles semble de ce fait moins précise. De surcroît, de nombreux services et professionnel-le-s ne sont pas disponibles le week-end, les jours fériés ou durant les vacances scolaires. Malgré cette situation difficile, les sages-femmes continuent à rechercher la collaboration, ce qui d'un point de vue pragmatique et éthique se justifie, certain-e-s

---

<sup>299</sup> Lorsque je mentionne les situations de vulnérabilité plurielle à des personnes m'interrogeant sur le contenu de ma recherche, la plupart étant des sages-femmes ou des professionnel-le-s de la santé et du social, ces personnes me rappellent fréquemment que les sages-femmes devraient collaborer plus activement avec le réseau sociosanitaire, comme si leur solitude était intentionnelle. Les personnes ayant une expérience à domicile font exception, elles en profitent pour me raconter l'un des épisodes où elles ont-elles-mêmes offert des prestations sortant de leur rôle classique.

professionnel-le-s étant plus compétent-e-s pour aborder les problèmes non obstétricaux des familles. Parallèlement et dans la douleur, ces praticiennes font néanmoins le deuil d'une collaboration constamment fonctionnelle et continuent à s'engager pour soulager certaines détreesses en l'absence d'une réponse adéquate du réseau. Cette oscillation entre recherche de collaboration et adaptation à la réponse aléatoire des partenaires du réseau implique, je le rappelle, la récurrence d'une incertitude inconfortable quant aux conduites à tenir et aux limites du rôle professionnel. En d'autres termes, mettre en œuvre les interventions professionnelles dans les situations de vulnérabilité sociale s'inscrit dans une pratique particulièrement complexe et incertaine, très peu propice à la standardisation.

Par ailleurs, l'intensité de certaines souffrances fait que, aussi impliqué-e-s que soient les sages-femmes et leurs partenaires, leur impact reste limité. Le suivi peut ponctuellement soulager une femme, mais rester modeste en regard de sa situation concrète. Si Armelle s'empresse d'aller chercher un paquet de layettes dans une antenne sociale du canton, trouve un ou deux jouets pour l'enfant aîné et offre une présence appréciée, la jeune mère, qui ne sait pas dans quel pays se trouve son mari, reste avec ses craintes et, continue à vivre seule dans le centre triste et décati réservé aux requérants d'asile. De nombreuses souffrances vécues par les familles relèvent des politiques sociales et surtout des manquements de ces dernières, à savoir de l'absence de salaire minimal, de la quasi impossibilité pour certaines catégories de personnes immigrées d'obtenir un permis de travail, de l'absence de réelle protection des femmes dont l'autorisation de séjour dépend de leur conjoint alors qu'elles subissent des violences conjugales ou encore, pour citer un dernier exemple, de la difficulté à obtenir des aides financières en raison des barrières bureaucratiques qui sont dressées entre les acteurs sociaux et les aides étatiques (Graeber 2015). L'accueil fait aux requérant-e-s d'asile et aux personnes dont la demande d'asile a été déboutée révolte d'ailleurs les sages-femmes. Cependant, même si l'intervention de ces praticiennes et du réseau n'est en rien miraculeuse, des problèmes concrets sont amenuisés et parfois résolus, limitant l'étendue d'épisodes de crise au retour à domicile et lors des premières semaines de vie du nouveau-né. Ce dernier a enfin des habits propres, l'aîné peut feuilleter un livre et, un soutien occasionnel a été trouvé parmi les femmes vivant dans le centre de requérants. Certaines femmes donnent d'ailleurs de leurs nouvelles des années après la fin du suivi, soulignant l'importance d'un accompagnement personnalisé et continu :

Deux ans au moins après les entretiens et les visites faits avec Camille, je la rencontre pour boire un café, comme cela nous arrive parfois désormais. Cette sage-femme me demande si je me souviens d'une femme dont elle m'avait parlé et qui subissait de la violence domestique. Après avoir épisodiquement appelé Camille pour donner de ses nouvelles, pendant plus de trois ans, cette femme venait de lui annoncer qu'elle avait enfin un appartement à elle et qu'elle avait réussi à échapper à la violence de son conjoint. (Entretien non enregistré, Camille)



La souffrance sociale des femmes et des familles plonge souvent celles-ci, ainsi que les professionnel-le-s, dans une impuissance parfois presque absolue, douloureuse, liée aux limites très perceptibles des politiques sociales contemporaines (Modak and Bonvin 2013). Les sages-femmes, pas plus que les autres professionnel-le-s de la santé et du social, ne peuvent modifier les conditions de logement ou le niveau des salaires de femmes peu formées. Les conditions restrictives et très inconfortables, faites aux personnes demandant l'asile ou étant en situation illégale, échappent également aux champs d'action de ces professionnel-le-s. Envisager la santé mentale et son accompagnement en situation écologique implique donc pour les sages-femmes, et pour les autres membres du réseau, de parvenir à différencier ce qui est du ressort ou non de leur action. Dans cette recherche, l'estimation du champ d'action n'est pas seulement une question de respect éthique de compétences spécifiques, mais consiste plus largement à créer et définir la marge d'action possible, l'espace de pouvoir et l'espace d'impuissance, en regard des conditions structurelles faites aux familles. Cette limite entre espace de pouvoir et d'impuissance est mobile, liée aux capacités des sages-femmes et du réseau, à leur engagement moral et à leur sens des responsabilités, ainsi qu'aux besoins, souhaits, et réponses des femmes et des familles.

Afin d'aider les familles rencontrant des difficultés dépassant le registre habituel de l'obstétrique, les sages-femmes disposent de moins de connaissances préétablies et doivent composer avec leurs propres ressources. Celles-ci sont parfois le temps mis à disposition ou les connaissances du réseau interprofessionnel local. Au quotidien, la personnalité des sages-femmes et, leurs plus ou moins grandes capacités à moduler leur comportement interviennent également en tant que variables importantes dans les rencontres. J'ai évoqué l'attitude de Jeanne qui parvenait à établir une relation respectueuse avec deux pères aux comportements pourtant problématiques. Jeanne ne surestime pas le poids de son intervention :

En sortant de l'immeuble, tout en décrochant le cadenas de son vélo, Jeanne me regard d'un air triste. Devant la situation conjugale tendue, les commentaires méprisants du mari, et l'absence de ressources sociales de la femme rencontrée, elle se sent dans l'impuissance « Rude, hein ? En même temps, je ne vois pas ce que je peux faire de plus pour l'instant. » (Observation à domicile, Jeanne)

Cette praticienne identifie néanmoins que son attitude sincèrement chaleureuse, évitant toute atteinte à la face des pères, apaise modestement la tension présente. Sa capacité à faire la part des choses, à ne pas laisser son irritation envahir l'espace du soin, n'est pas pratiquée par tous les professionnel-le-s de la santé et ne constitue pas une prestation relationnelle « standard ». La subtilité relationnelle de Jeanne, sa capacité à différer un vécu émotionnel, sont des compétences personnelles. A sa manière également, Emilie, spontanée et énergique, n'hésite pas à proposer la

collaboration avec un interprète communautaire dans l'objectif de dépister une situation de violence, qui sera ensuite confirmée. Armelle est quant à elle très douce et chaleureuse, une femme qui sourit beaucoup, et qui ayant de nombreuses responsabilités familiales, a l'habitude que les choses ne traînent pas. Cette coexistence entre douceur, chaleur, et efficacité, est appréciée des femmes en situation difficile, car Armelle identifie ce qui peut être fait et intervient avec tact. Evelyne qui n'aime pas s'en laisser conter, ce qui se remarque au cours des collaborations, est de ce fait capable de confronter certains pères pourtant impressionnants et peu commodes. Julia, qui ne peut donner qu'un temps limité à son métier, offre peu de prestations sortant de l'obstétrique. C'est une femme discrète qui n'a presque jamais besoin de donner son avis, loin des stéréotypes de la sage-femme extravertie :

La visite chez Paula commence par une discussion sur les canapés. Julia demande comment vont Paula et sa famille. Julia échange quelques mots avec Daniel le premier enfant, admire la petite voiture rouge qu'il brandit. La consultation se poursuit dans la chambre des enfants. Paula déshabille son bébé, en lui parlant dans un mameis à la fois doux et prononcé, particulièrement musical. Julia ne dit rien, sourit discrètement en observant Paula et son enfant, se tenant un peu en retrait, à une distance plus importante que ne le font les autres sages-femmes. La pièce est remplie par les paroles de Paula qui semble nous avoir oubliées. Suite à la pesée, Julia fait quelques commentaires rassurant, puis demande à Paula si elle souhaite une consultation supplémentaire, ce qui ne sera pas le cas. L'attitude, presque minimaliste de Julia, fait de la consultation un espace paisible, une incarnation de l'éthos de la moindre empreinte, que les parents semblent beaucoup apprécier. (Observation à domicile, Julia)

Observer les professionnel-le-s en activité pour définir et interroger la construction de savoirs permet de dévoiler de nouvelles nuances à l'accompagnement de la naissance. Les capacités de Jeanne, d'Emilie ou d'Armelle peuvent-elles être apprises par d'autres sages-femmes ? Si oui, la même impression de justesse se dégagerait-elle de l'attitude d'une autre praticienne *jouant* la même séquence ? Un apprentissage formel peut-il reproduire la spontanéité émergeant de chaque sage-femme lorsqu'elle est en situation difficile ? Ces exemples pointent le niveau de détail qu'implique un accompagnement lorsqu'il est observé en pratique, questionnant les efforts de standardisation de ce type d'intervention dans la recherche biomédicale.

Dans ce travail, j'ai mentionné à plusieurs reprises des interventions ayant un effet positif pour les familles, ne serait-ce que ponctuellement. Parfois évidemment, la visite de la sage-femme n'est pas utile à une famille du point de vue de la santé mentale, comme cela peut se produire dans n'importe quelle relation entre un aidant et un aidé. C'était par exemple le cas dans la consultation menée par Julia plus haut, chez Paula, une mère portugaise énergique et d'esprit très indépendant, et qui n'a guère de questions. Dans d'autres situations, évoquées au chapitre 8, l'insistance de certaines sages-femmes à donner des informations préventives, semble inciter des mères à terminer précocement les visites à domicile. Parfois, les sages-femmes sont en décalage avec les émotions des femmes

comme Line et Delphine, souvent enjouées et, qui n'adaptent pas toujours leur comportement et leur expression émotionnelle à celle de femmes tristes, fatiguées ou éprouvant de l'anxiété. Parfois et cela peut paraître étonnant, une sage-femme peu orthodoxe dans sa pratique de l'écoute, commettant des erreurs manifestes en regard du modèle de l'approche *centrée* sur la personne, peut être appréciée des familles. L'attitude autoritaire de Ghislaine est exotisée par certains parents comme un archétype de la sage-femme<sup>300</sup>. Ce n'est pas ainsi que les sages-femmes souhaitent convenir aux familles, mais les logiques de leur efficacité leur échappent parfois.

Les interventions des sages-femmes ayant pour objectif de contribuer à la santé mentale des femmes sont variées et, tributaires des circonstances de vie des femmes. Les modèles théoriques de collaboration interprofessionnelle sont mis à mal dans les réalités du système socio-sanitaire contemporain, loin d'être pleinement fonctionnels. La diversité des situations rencontrées en milieu urbain appelle à une grande diversité des interventions, sortant les sages-femmes de leur rôle ordinaire et appelant à une négociation continue des limites de ce rôle. Suivant leur trajectoire, leur situation sociale, et leurs représentations de la naissance, les sages-femmes sont plus ou moins à même de réinventer leur accompagnement, en sortant alors des sentiers battus.

Dans ce contexte particulièrement complexe, les interventions ayant une portée sur le vécu de la naissance et la santé mentale des femmes peuvent difficilement être standardisées. Ces interventions sont appelées à rester relativement hétérogènes quant à leur durée et à leur nature, ceci en vertu de la variation des situations et des ressources personnelles de ces praticiennes. Les injonctions faites aux sages-femmes de rester strictement dans leur rôle, qu'elles émanent des sages-femmes elles-mêmes ou, de leurs partenaires du réseau, sont par ailleurs potentiellement dangereuses pour les familles en souffrance sociale, lorsque ces dernières n'ont pas d'autre contact dans le réseau ou que celui-ci ne répond pas aux besoins les plus immédiats. Les circonstances entourant l'expérience des familles dans la période postnatale apparaissent ainsi comme essentielles pour concevoir et évaluer les différentes formes d'interventions touchant à la promotion de la santé mentale autour de la naissance.

Afin de prévenir ou limiter les problèmes relevant de la santé mentale, les chercheurs inscrits dans le courant de l'EBM conçoivent quant à eux les interventions à medium relationnel dans la logique de standardisation propre à leur modèle de recherche. Les interventions évaluées dans les ECR sont dans l'immense majorité conçues *a priori* et ne s'adaptent guère aux besoins individuels des femmes. La standardisation concerne généralement le type, le nombre et la durée des interventions établies afin que chaque femme ou chaque famille reçoive un produit identique, un médicament relationnel

---

<sup>300</sup> Notes de terrain.

en quelque sorte. Je l'avais déjà relevé, cette standardisation est paradoxalement souvent incomplète, les attitudes relationnelles n'étant pas précisées en regard des modèles contemporains définissant la relation d'aide. Le plus souvent, les interventions sont de l'ordre du soutien, de l'écoute ou du débriefing ; les problèmes concrets et quotidiens rencontrés par les femmes, particulièrement s'ils sortent d'une définition réductionniste de la naissance, n'apparaissent pas. Par ailleurs, pour répondre aux pressions économiques s'exerçant sur les systèmes de santé, les interventions sont souvent délibérément très courtes, se déroulant en 1 à 3 contacts d'une heure voire moins. Il faut remarquer que certains auteur-e-s remplacent les contacts directs par des appels téléphoniques moins coûteux.

Il pourrait être tentant de justifier la composition psychologisante, réductionniste et minimaliste de ces interventions en avançant que celles-ci s'adressent avant tout aux femmes de classe moyenne nées dans le pays où est conduit l'ECR. Ceci pose deux problèmes. Le premier est qu'une telle affirmation ne justifie pas la ségrégation culturelle et sociale opérée dans la recherche en médecine et en psychologie depuis plusieurs décennies (Martin 2006, Ranganathan and Bhopal 2006, Bhopal 2007, Henrich, Heine et al. 2010). En effet, si ces interventions ne se destinent qu'aux femmes de classe moyenne, où sont les recherches qui s'adressent à d'autres catégories de la population ? Dans d'autres ECR ? Dans d'autres types de recherches, dont des enquêtes qualitatives ? Les populations allophones ou socialement vulnérabilisées sont parfois ciblées en recherche, mais restent néanmoins largement minorisées, dans une logique d'inversion des besoins. Le second problème est que cette justification reposerait sur une vision réifiée des femmes de classe moyenne et sur une dénéiation des problèmes que ces femmes rencontrent dans leur quotidien et qui concerne notamment leur logement, leur conjoint, leur employeur ou de nombreux autres aspects de leur vie<sup>301</sup>. En d'autres termes, les interventions évaluées dans les ECR sont susceptibles de ne pas correspondre aux besoins réels des femmes quelles que soient leur background social, éducatif, et économique, parce qu'elles sont standardisées. Ceci explique en partie qu'une proportion importante des ECR analysés ne montre pas de résultats positifs.

La standardisation des interventions évaluées dans les ECR et l'absence d'adaptation conséquente aux besoins concrets des femmes doivent être mises en relation avec le manque de considération du contexte intervenant dans la description des échantillons et dans l'établissement du diagnostic de santé mentale. Ainsi les outils diagnostic, les questionnaires standardisés et validés, investiguent les états des femmes sans considérer leurs circonstances de vie, à tel point je le rappelle, que les pères

---

<sup>301</sup> Lors des observations directes, plusieurs femmes suisses ont relevés les difficultés rencontrées dans les contacts avec leurs employeurs depuis le début de la grossesse. Plusieurs femmes m'ont signalé que la planification de leur grossesse leur avait été reprochée, ainsi que la durée de leur allaitement par exemple.

et les nourrissons n'apparaissent pratiquement pas dans l'ensemble des recherches, même pas en tant que facteurs de confusion possibles. Dès lors, il n'est pas étonnant que la qualité du soutien social ou les problèmes contextuels ne soient pas pris en considération. L'anthropologie utilisée dans les ECR est donc des plus résiduelles (Le Breton 2000), travaillant à partir d'une conception tronquée de l'humain, séparé de son environnement et des aléas du quotidien par le dispositif de récolte des données, ceci tant au niveau de la description de l'échantillon, de la problématique traitée que de la réponse préventive ou thérapeutique.

En vertu de ce constat, l'évaluation d'interventions proposant de prévenir ou traiter les troubles de santé mentale avec une formule identique et brève, appliquée sans considération des circonstances de vie, doit être interrogée. Est-ce que des interventions brèves telles que celles qui sont proposées dans les ECR sont susceptibles d'aider les femmes ou les familles à aller mieux ? Est-ce qu'une intervention de soutien unique sous la forme d'un prospectus, d'une conversation téléphonique, d'une consultation en milieu clinique, voire à domicile est susceptible de diminuer la tristesse et le sentiment d'impuissance éprouvé par des femmes ayant des problèmes économiques ou conjugaux ? Poser la question revient à y répondre. De toute évidence, ces interventions isolées n'ont aucune chance d'être déterminantes, car elles ne ciblent pas les besoins variés des femmes, ni ne considèrent leur ampleur. Par ailleurs, les problématiques auxquelles les femmes font face ne se résolvent souvent pas à court terme et sont tributaires des lois et des mesures de soutien social disponibles dans leur région de domicile. Ces interventions sont donc conçues par des auteur-e-s ne prenant guère en considération les déterminants sociaux de la santé, soit les causes sociales de la détresse et de la souffrance, dans l'élaboration de leurs questions de recherche.

En proposant des mesures de soutien psychologiques formatées, en focalisant ainsi sur la dépression ou l'anxiété en tant que symptômes attribués aux femmes, les auteurs d'ECR continuent de véhiculer une représentation de la santé mentale autour la naissance relevant d'ambivalences vis-à-vis de l'enfant ou de difficultés à entrer dans le rôle de mère. Lorsqu'elles sont confrontées aux besoins concrets de nombreuses mères, les interventions standardisées proposées dans les ECR sont non seulement en décalage avec les besoins réels, mais soumettent les mères à une pression supplémentaire en incitant à un travail psychologique qui leur fait porter la responsabilité de leur bien-être (Rose 1999, Rimke 2000, Otero 2005). Combien de femmes souffrant de symptômes dépressifs ou anxieux ont avant tout besoin que leur situation concrète change ? Pour combien d'entre elles, ce besoin de changement est-il difficile à réaliser et échappe-t-il au ressort du choix personnel ?

L'enquête de terrain, en partant de ce que font des praticiennes au contact de familles rencontrées dans leur environnement quotidien, met en lumière la diversité des soutiens qui sont offerts en regard de besoins concrets. L'accompagnement offert par les sages-femmes, comme toute prestation humaine, demande à être interrogé et comporte ses failles, dont par exemple les velléités de gouvernance exercées à l'égard des pères. Les styles personnels qui distinguent chaque praticienne de ses collègues, constituant des variations, voire des transgressions de l'habitus et de l'éthos communautaires, montrent aussi que les standardisations des attitudes professionnelles, recherchées en formation initiale, ont leurs limites, ceci d'un point de vue opérationnel. Ici à nouveau, le contraste entre les modalités d'évaluation par ECR et les pratiques de terrain est grand, à tel point qu'il est difficile d'imaginer une parenté entre ces deux formes de conceptions des pratiques. En vertu de la diversité des situations périnatales et des réponses des sages-femmes tentant d'y faire face, la pression culturelle contemporaine visant à ce que toute intervention professionnelle s'évalue par ECR pour que son efficacité soit reconnue, questionne pour le moins. Les critiques, émises par plusieurs auteurs dès l'aube de l'EBM, soulignant le risque de création d'une médecine nihiliste (Massé 1993, Pouvourville de 2002), laquelle rejetterait les pratiques ne résistant pas à l'évaluation par ECR, restent d'actualité.

## 10.6 Synthèse

Dans les environnements urbains contemporains, les circonstances entourant le vécu de la naissance et la santé mentale des femmes et des familles sont plurielles et parfois complexes, appelant, le cas échéant, à une diversité des mesures d'accompagnement et de soutien.

Lorsque les difficultés concrètes des familles sont importantes, les interventions sensibles et de durée « raisonnable » n'améliorent parfois que ponctuellement les situations. Etant donnée la variété des circonstances de vie des familles, il est dès lors improbable que des interventions brèves et standardisées soient utiles à la majorité d'entre elles. La complexité qui régit les questions de santé mentale demanderait par conséquent à ce que les chercheurs sortent du réflexe consistant à standardiser les interventions pour les évaluer par le *Gold Standard* que constitue l'ECR (Timmermans and Berg 2003, Grossman 2008). Le grand décalage existant entre les réalités des familles, l'accompagnement des sages-femmes à domicile d'une part et les conceptions construites dans le cadre des ECR d'autre part, confirme ainsi les appels de plusieurs chercheurs à redéfinir les modalités d'évaluation des interventions adressant des phénomènes complexes (Massé 1995, Enkin 2006, Horwitz and Wakefield 2007).

Les modalités actuelles d'évaluation des interventions relationnelles, parce qu'elles ne tiennent pas compte des contextes dans lesquelles s'insèrent les phénomènes de santé mentale, risquent de faire

considérer comme inutiles des prestations qui sont par ailleurs importantes. Comme d'autres chercheurs et en raison du climat d'austérité contemporain, je crains l'avènement d'un nihilisme médical, n'accordant de crédit qu'aux interventions avalisées par des revues systématiques d'ECR (Massé 1993, Pouvoirville de 2002). Au niveau de la santé publique, et dans une perspective d'anthropologie critique, le risque est que des prestations, certes modestes mais utiles, ne soient plus remboursées par les assurances de base à moyen terme, parce leur évaluation n'est pas pensée sur un plan épistémologique. Dans cette recherche, la mise en évidence de situations relevant d'une souffrance sociale, non ou incomplètement comprise à travers le suivi hospitalier, pointe déjà que les moyens attribués aux équipes pour identifier les besoins des familles sont insuffisants. La situation pourrait encore se péjorer, si le système de santé demandait de manière systématique à ce que les prestations remboursées soient soutenues par des ECR faisant la preuve de leur efficacité.

Dans le cadre de l'EBM, l'expérience clinique et la parole d'expert se situent au bas de la pyramide des niveaux de preuve. La confrontation entre savoirs construits en pratique et savoirs construits en recherche effectuée ici interroge fondamentalement l'existence de cette pyramide. Cet instrument est vraisemblablement valide pour évaluer l'administration de médicaments, bien que cette affirmation sorte de mon champ de compétence. Par contre, lorsque je considère les observations effectuées auprès des sages-femmes les mieux préparées à la prise en soins des dépressives familiales, je me risque à affirmer que les niveaux de preuve sont inversés. Quand Camille, Jeanne, Emilie, Armelle ou Emma analysent leur activité en regard des situations qu'elles appellent *complexes*, elles apprécient réalistement son impact relatif en regard des circonstances de vie des familles. Leur savoir, développé au cours d'années d'expérience, mais aussi de formations continues, renseigne de manière plus précise sur l'efficacité des interventions que ne le font les ECR et constituent de ce fait des savoirs plus pertinents.

## **Chapitre 11. Et la diversité culturelle dans tout ça ?**

Dans l'introduction de ce travail, j'ai mentionné que mon intention d'effectuer une thèse était née d'une préoccupation concernant l'exclusion probable des populations immigrées et allophones des protocoles de recherche de l'EBM. Mon hypothèse était que, ces segments de population oubliés par les chercheurs, pourraient avoir des besoins et des préférences en partie originaux et, que de ce fait, les résultats de recherche construits auprès des classes moyennes indigènes, ne s'appliqueraient pas nécessairement pour eux. Mon intention n'était pas, je le rappelle, de réifier ces segments de la population ou de proposer une approche par trop culturelle de l'expérience de la naissance et de son accompagnement. Comme de très nombreux auteur-e-s aujourd'hui, je considère en effet que les élaborations culturelles sont dynamiques et qu'elles construisent, en raison de la richesse des trajectoires des individus, des groupes sociaux forcément hétérogènes. De plus et comme l'ont rappelé plusieurs anthropologues de la santé, les questions culturelles ne prennent de sens qu'à la condition d'être examinées à la lumière des politiques sociales et des circonstances de vie, plus ou moins faciles, qui en résultent pour les acteurs sociaux (Fassin 2000, Fortin and Laprise 2007, Rossi 2014).

### **11.1 Données perdues car jamais récoltées : le coût de l'exclusion**

Durant l'enquête de terrain, à travers les entretiens avec les sages-femmes indépendantes, mais également au cours de contacts directs avec de nombreux parents, j'ai pu questionner ce que l'exclusion des personnes immigrées et/ou allophones pouvait signifier pour la validité de résultats de recherche, que ceux-ci soient des ECR ou d'autres types de protocoles, quantitatifs ou qualitatifs. L'enquête montre par ailleurs que suivant l'appréhension des questions culturelles utilisée par les sages-femmes, les situations peuvent être plus ou moins bien comprises et l'accompagnement plus ou moins adapté aux besoins des parents.

Le point le plus important que rapporte l'enquête, et qui confirme une fois encore les prises de position de nombreux anthropologues, est que les populations issues de la migration, ici des femmes dans un épisode particulier de leur vie, vivent souvent dans des conditions plus difficiles que les populations indigènes. Toutes les femmes vivant dans les conditions les plus précaires, sans habits de rechange pour elle et l'enfant, sans serviettes hygiéniques ou sans nourriture et, qui étaient rentrées à domicile sans soutien adéquat, étaient allophones et immigrées. Les femmes dont le diagnostic de violence conjugale n'avait pas été effectué pendant la grossesse et qui n'avaient pas de ressources économiques et sociales leur permettant de quitter leur conjoint abusif, dépendant souvent de ce conjoint pour leur autorisation de séjour, étaient issues de la migration également et ne parlaient pas



bien français. De nombreux couples immigrés vivaient en harmonie, évidemment, mais lorsque de la violence était présente chez certains de ces couples, la situation en était d'autant plus inextricable pour les femmes. D'autres femmes, souvent en demande d'asile, étaient quant à elles sans nouvelles d'une partie de leur famille, parfois de leurs parents, de leur compagnon, de leur fratrie ou même de leurs propres enfants, ne sachant pas si ceux-ci étaient vivants ou non. Enfin, certaines de ces femmes avaient effectué des voyages particulièrement périlleux et avaient parfois subi des violences physiques et sexuelles.

Camille me raconte comment elle a visité le centre-ville de Genève avec l'une des femmes qu'elle accompagne, celle-ci n'osant pas s'aventurer au-delà des trajets reliant le centre pour requérant de divers consultations. Abusée physiquement et sexuellement très tôt dans son adolescence, puis aussi plus tard lorsqu'elle a fui son pays d'origine, Chanise a peur de se promener seule. Camille dit être allée au bord du lac, vers le jet d'eau et les rosières, puis en ville pour prendre un thé dans un tea-room. Elle en a profité pour montrer quelques ressources et lieux intéressants de la ville. (Entretien non enregistré, Camille)

Parmi les femmes et les familles vivant dans des situations extrêmement difficiles, dans des logements parfois inhospitaliers voire insalubres, au statut et à l'avenir incertain, nombreuses étaient celles qui semblaient tristes, montraient peu de signes de joie suite à la naissance et quelques-unes, les mieux suivies, souffraient d'une dépression diagnostiquée. Ces femmes, mieux que n'importe quelles autres, montraient comment l'expérience de la naissance et la santé mentale sont liées aux circonstances de vie. Leur difficulté à dire leurs réalités et leurs besoins, en raison de leur condition d'allophones, de leur manque d'énergie accompagnant autant les suites de la naissance en présence d'une anémie, que leurs détresses psychiques, contribue à ce que la situation de ces femmes soit parfois mal comprise en milieu hospitalier, mettant certaines d'entre elles et de leurs enfants en danger. Dans les situations moins extrêmes du point de vue des nécessités de base, lorsque la relation conjugale est difficile, ou que les opportunités offertes par le pays dit d'accueil manquent, le vécu de la naissance reste teinté par les différentes circonstances de vie.

Plusieurs situations, déjà évoquées, ont révélé que les femmes issues de la migration, notamment lorsqu'elles sont issues d'Afrique, des Antilles, voire de l'Amérique latine, subissent du racisme au quotidien. Celui-ci peut prendre différentes formes, faire barrière au recouvrement d'un emploi, lorsque les employeurs discriminent les personnes à peau dite noire, ou plus pernicieusement encore, se révéler au détour des soins par des commentaires dénigrants. Ces épisodes, lorsqu'ils sont cumulés interviennent évidemment dans le vécu de la naissance, créant une crise de désespoir chez une femme et étant source d'une tristesse et d'un état de préoccupation chroniques chez une autre. Ces situations évoquent les causalités sociales de la détresse évoquée par Massé (2008) et confirment la présence d'un racisme « anti-noirs » en Suisse (Fröhlicher-Stines and Kelechi-Mennel 2004). Sylvie Fortin et Elisha Laprise avaient déjà montré comment les parents issus de groupes

sociaux dénigrés au sein de la société québécoise, tendaient à être discriminés dans les soins, leurs réactions étant souvent considérées comme inadéquates, car en rupture avec les modèles dominants (2007). Les inégalités sociales vécues par certaines personnes immigrées se produisent également en milieu hospitalier, soulignant l'insertion de ce milieu dans la société vue plus globalement.

Les populations vivant dans des circonstances particulièrement difficiles font néanmoins l'objet de recherches explorant leurs conditions de vie, leur état de santé, leurs souffrances et leurs besoins<sup>302</sup>. La perte d'information liée à leur exclusion des recherches « mainstream » n'est donc que partielle, mais contribue néanmoins à ce que certains phénomènes, ici l'expérience de la naissance et son accompagnement, soient saisis sous un jour réductionniste. Ceci dit, l'analyse des échantillons recrutés dans les ECRs montre que d'autres segments de la population pourraient être réellement exclus de la recherche en santé, car ne faisant, elles, pas l'objet de recherches ciblées. Il s'agit de personnes indigènes ou immigrées, parlant la langue du pays où se conduit la recherche, et provenant des classes moyennes inférieures ou ouvrières, n'ayant pas fait d'études et, exerçant des emplois mal rémunérés. Pour la Suisse, le portrait typique de l'une de ces femmes serait une employée de grand magasin, une coiffeuse, ou une employée d'usine, originaire d'un pays du sud de l'Europe, immigrée depuis longtemps et parlant français.

Ces femmes font partie des segments de la population bénéficiant des congés maternité les plus courts, au minimum légal de 14 semaines, projetant de ce fait des allaitements courts eux-aussi, et rencontrant des problèmes de gardes d'enfants<sup>303</sup>. Les familles correspondant à ce segment de classe moyenne inférieure se situent, selon toute vraisemblance, dans les 36% de la population que leur revenu modeste laisse à la merci des aléas de la vie, pouvant basculer dans la pauvreté et la souffrance sociale, suite à un divorce ou à une perte d'emploi (Joye and Tillmann 2012). Le besoin de maintenir leur revenu contraint ces femmes à peu défendre leurs droits en regard des conditions de travail, notamment pendant la grossesse. Ces femmes, bien que cette hypothèse mérite d'être explorée de manière plus systématique, semblent être prises entre deux feux. Celui qui d'une part, de manière pragmatique, leur fait accepter des conditions de travail ou de couple non idéales, pour rester en dessus du seuil de pauvreté, et celui qui, d'autre part, les met aux prises avec des professionnel-le-s de la santé qui les enjoignent à confronter leurs employeurs ou leurs conjoints.

Les circonstances de vie difficiles qu'éprouvent plus fréquemment les femmes et les familles issues de la migration, interférant avec l'expérience de la naissance et soumettant parfois la santé mentale à rude épreuve, soulignent une fois encore l'importance d'interroger l'accompagnement de la

---

<sup>302</sup> Voir par exemple les travaux de Betty Goguikian, de Hans Wolff, de Patrick Bodenmann en Suisse romande. Une recherche au moins, touchant à l'expérience des femmes immigrées autour de la naissance, est en cours en Suisse, plusieurs autres font actuellement l'objet de demandes de financement auprès du FNS.

<sup>303</sup> Notes de terrain.

naissance en tenant compte de la diversité des populations. Exclure les populations allophones, immigrées, ou moins formées, des protocoles de recherche, contribue à évacuer des questions cruciales pour la santé physique et mentale de très nombreuses femmes et contribue, je le rappelle, à la construction de savoirs réductionniste sur la naissance, son vécu et ses aléas. L'exclusion de certains segments de la population du recrutement des recherches en santé n'est donc pas seulement un problème éthique, mais constitue aussi un réel problème épistémologique.

## **11.2 Des différences culturelles ... pas très culturelles**

J'ai montré ci-dessus que l'exclusion en recherche de certaines catégories de la population, vivant dans des circonstances plus difficiles, privaient systématiquement les professionnel-le-s de la santé d'informations concernant les implications de ces circonstances sur la naissance et son vécu. S'agissant de l'exclusion de personnes issues d'environnements culturels comportant un certain nombre de différences, il me restait encore à interroger si des savoirs culturels seraient mis de côté par les chercheurs lorsqu'ils excluent les personnes allophones et immigrées de leurs protocoles et, si cela avait des conséquences observables. L'enquête de terrain, à travers les observations et les échanges qu'elle a permis avec les familles et les sages-femmes, révèle certaines différences en termes de représentations et de pratiques, notamment dans les soins à l'enfant. Ces différences s'organisent-elles selon une logique culturelle, en fonction de l'origine nationale ou religieuse des familles? La réponse à cette question est beaucoup moins univoque et c'est que je propose de passer en revue ci-dessous.

Au cours des visites à domicile effectuées avec les sages-femmes et des séances d'accueil à l'Arcade, j'ai pu observer des différences, en termes de représentations et de pratiques, concernant notamment les soins et l'éducation des enfants, le rôle des pères et, celui de la famille élargie. Les réponses aux comportements du bébé font l'objet de variations importantes parmi les parents. Certains répondent par exemple très rapidement aux pleurs, par différentes techniques, que ce soit en nourrissant le bébé, en le portant, en le berçant avec ou sans saccades, en faisant une petite check-list de ses besoins, ou en lui chantant des chansons. D'autres, craignent qu'en réagissant rapidement aux pleurs, en portant souvent l'enfant, celui-ci ne prenne des habitudes et devienne dépendant. De la même manière, certains parents ne conçoivent le sommeil de leur enfant que dans sa chambre ou dans son lit, alors que d'autres le prennent à dormir dans leur chambre, voire dans leur lit ou que d'autres encore, qui souhaitaient que l'enfant dorme dans sa chambre, changent d'avis, de guerre lasse, pour grappiller quelques heures de sommeil.

Ces différences, déjà mises en évidence dans plusieurs recherches, ne sont cependant pas systématiquement liées à l'origine nationale ou régionale des parents. Si la pratique du dormir ensemble est beaucoup plus répandue dans les pays non occidentaux, elle est également présente chez des parents Suisses (Wolf, Lozoff et al. 1996, Perrenoud 2003, Kurth, Spichiger et al. 2010), notamment chez ceux qui se projettent dans une naissance dite naturelle. Par ailleurs, la peur de créer de mauvaises habitudes se retrouvent chez des parents de toutes origines, revenant souvent dans les échanges entre la sage-femme et les parents. Du point de vue de la compétence dite culturelle, et en endossant mon rôle de sage-femme et de formatrice l'espace d'un instant, il n'est donc pas vraiment possible d'anticiper qui adoptera quelles représentations et quelles pratiques. Ce qui compte pour les sages-femmes est de connaître l'existence de ces différences et de construire une distance réflexive vis-à-vis de leurs propres représentations et pratiques, pour s'adapter à l'expérience, aux besoins, et aux souhaits des parents.

Les sages-femmes relèvent par ailleurs, notamment celles qui travaillent plus régulièrement avec les femmes en situation de migration, que les femmes récemment arrivées sont souvent plus à l'aise avec les nouveau-nés que les femmes suisses. Pour l'une des sages-femmes effectuant de la préparation à la naissance en collaboration avec les interprètes communautaires, les femmes récemment immigrées auraient une relation à la naissance pragmatique, centrée sur des aspects concrets et matériels entourant les soins à l'enfant. Ces mêmes sages-femmes ont l'impression que de nombreuses femmes occidentales sont focalisées sur le vécu de l'accouchement et omettent de penser la période de l'après-naissance, laquelle apparaît alors d'autant plus déconcertante. Mes données ne me permettent pas d'être très affirmative quant à la réalité de ces différences observées par les sages-femmes, bien qu'il me semble également les percevoir.

Ces femmes immigrées semblant plus pragmatiques ont-elles été plus en contact avec des nouveau-nés en grandissant que la plupart des femmes suisses ou françaises ? Se sont-elles occupés d'enfants en bas âge ? Ont-elles peut-être vécu dans des environnements où le pédagogisme des professionnels à l'encontre des parents, critiqué par Delaisi de Perceval et Lallemand (1980), est moins actif ? Se poseraient-elles moins de questions sur comment faire juste ou ne pas faire faux ? Et ressentiraient-elles par conséquent moins de culpabilité et de stress ? Ces observations préliminaires faites par les sages-femmes, ainsi que le questionnaire soulevé ensuite, montrent que l'exclusion des femmes immigrées des recherches en psychologie et en médecine pourrait avoir d'autres conséquences encore. Et si l'inclusion de ces femmes, dans des protocoles qualitatifs notamment, pouvait apprendre aux professionnels d'autres représentations et pratiques autour de la naissance et du devenir parent ? Qu'est-ce que l'expérience de ces femmes peut apprendre aux professionnel-le-s

de la santé et peut-être également aux parents de notre région ? Et si les compétences culturelles consistaient aussi à apprendre au contact de l'autre ?

Pour continuer cette exploration des objets où se construisent des différences culturelles, j'aimerais revenir sur la relation aux pères. Comme je l'ai déjà évoqué, l'intervention et le rôle joués par les pères varient beaucoup selon les familles. Si certains pères participent activement aux soins à l'enfant, s'enquêtent autant que les mères sur sa santé et sur les attitudes à adopter en fonction de différentes situations, d'autres sont plus en retrait, occupés par leur travail ou par d'autres sphères d'activité. De prime abord, les pères suisses ou originaires des pays d'Europe de l'Ouest, peuvent sembler plus fréquemment investis dans les soins à l'enfant et dans les activités dites de maternage. Cette première impression est toutefois contredite par de très nombreux exemples, rencontrés sur le terrain et aperçus aux détours de mes promenades en ville, où de nombreux pères d'apparence immigrée promènent et s'occupent de leur bébé. Les photos de personnes cherchant actuellement à entrer en Europe en traversant la Méditerranée, saisissent d'ailleurs dramatiquement l'amour de ces pères, à travers leurs gestes protecteurs et tendres, mais aussi la frayeur et la tristesse se lisant sur leurs visages. Certains pères suisses ou provenant de pays occidentaux travaillent par ailleurs beaucoup, ce qui limite les possibilités de leur investissement dans les soins et l'éducation des enfants. Appréhender, et pire anticiper, le rôle des pères en regard des soins à l'enfant à partir d'une origine nationale ou religieuse me semble hasardeux en vertu de ces explorations.

Les pères, je l'ai montré dans quelques exemples, s'investissent également différemment dans le soutien aux tâches ménagères. Ici aussi la diversité est de mise et l'entrée par la nationalité hasardeuse. Certains pères suisses ou occidentaux, travaillant beaucoup à l'étranger, ne semblent pas participer beaucoup aux tâches ménagères. Dans ces familles, un soutien est par contre souvent fourni par une personne rétribuée à cet effet. L'objet de l'aide au ménage est le lieu de frictions culturelles entre les sages-femmes et les parents, je le rappelle, frictions qui concernent des familles de toutes origines. N'ayant cependant pas observé de confrontations de pères appartenant aux professions libérales et ayant des positions de pouvoir dans leur vie professionnelle et personnelle, je me demande si les confrontations effectuées par les sages-femmes n'obéiraient pas à une logique du pouvoir symbolique, telle qu'elle est montrée par Fortin et Laprise (2007). Les commentaires s'adressent-ils plutôt aux pères de segments sociaux moins favorisés ? Ici encore, les circonstances sociales semblent parler plus que l'origine nationale ou religieuse.

Pour finir, l'implication des grands-parents, et plus largement de la famille et de la belle-famille, autour de la naissance est également sujette à des variations. Ici, la logique culturelle partant de l'origine nationale des familles, semble être un indicateur plus fiable que dans les exemples

précédents. Ce sont généralement des familles immigrées<sup>304</sup>, ou d'ascendance migrante, qui vivent avec d'autres membres de leur famille, de manière durable ou durant la période postnatale.

Alors qu'Evelyne commence sa consultation assise dans le canapé avec Virginia, le cousin du mari Pietro, un homme dans sa vingtaine, termine rapidement le passage de l'aspirateur qu'il range ensuite. Il salue timidement, puis va dans une autre pièce de l'appartement, pour ne pas déranger, ou peut être ne pas participer à la consultation. (Observation à domicile, Evelyne)

Accueillies par Lucia une grand-mère souriante qui s'occupe du premier enfant, nous montons à l'étage pour la consultation. Lorsque celle-ci se termine, nous croisons Anita la jeune sœur de Maria qui habite dans la maison. Venue en Suisse depuis le Portugal pour étudier, Anita aide sa grande sœur au ménage et dans les soins aux enfants. Maria sourit et semble fière de sa sœur. (Observation à domicile, Maria)

Plusieurs familles originaires de Chine hébergent par exemple les beaux-parents venus tout exprès pour la naissance ; la grand-mère prenant activement soin du nouveau-né pendant son séjour. Des familles originaires de pays albanophones ou d'Amérique du sud vivent parfois sous la forme d'une famille élargie, qui avec une belle-mère, qui avec les grands-parents, un frère, ou une sœur.

Après la pesée dûment filmée par la grand-maman qui ne parle que mandarin, il s'agit de rhabiller Zi pour qu'elle ne prenne pas froid. Zhang et sa mère pensaient toutes deux rhabiller l'enfant et leurs mains se disputent les manches et les boutons de la grenouillère. La mère de Zhang est venue de Chine exprès pour s'occuper du bébé, mais Zhang, déjà visiblement très attachée à son enfant qu'elle regarde avec beaucoup de tendresse veut aussi s'en occuper. (Observation à domicile, Jasmine)

Dans ces situations, les interventions des grands-parents sur les décisions des parents sont courantes. Dans les familles suisses, certaines femmes reçoivent aussi l'aide ponctuelle de leur mère ou belle-mère, voire d'une sœur ou d'une amie. Mais aucune de ces femmes suisses ne vit avec des membres de sa famille élargie.

Julie est accueillie par une bise des deux parents souriants et surtout très pressés de lui parler de leur dernière nuit, le bébé ayant été difficile à consoler. Tout le monde s'installe à la cuisine, un café nous est offert. Catherine une grand-mère qui a l'air jeune et qui a pris quelques jours de congé, elle est indépendante, s'affaire pour terminer de nettoyer la cuisinière. Elle s'éclipse ensuite rapidement, en nous faisant un sourire et un petit au revoir discret. (Observation à domicile, Julie)

D'autres femmes, suisses ou étrangères, vivent la période du post-partum avec plus de solitude, ceci de manière plus ou moins délibérée, j'y reviendrai plus en détail au sous-chapitre suivant.

---

<sup>304</sup> Comme je l'ai déjà remarqué, les sages-femmes indépendantes utilisent le terme de *migrant-e* avec une connotation généralement positive. Quant à moi, j'ai eu de la difficulté à choisir un terme qui renvoie à des familles partageant un certain nombre de caractéristiques, dont celle de ne pas être né en Suisse et de vivre, souvent, dans des conditions sociales plus difficiles et parfois précaires. Je ne souhaite clairement pas réifier les appartenances et les comportements, mais ai besoin de pouvoir désigner ces familles qui vivent dans des circonstances parfois différentes, ne serait-ce qu'en termes linguistiques. Spontanément, ce qui souligne mon identité de sage-femme, j'aurais envie d'utiliser moi-aussi le terme de *migrant-e*, qui dans ma représentation est positif. Ceci dit, après réflexion, je suis gênée par l'aspect provisoire qu'il dénote. J'utiliserai donc plutôt le terme d'immigré qui contient l'idée d'une installation dans un autre pays que celui où l'on est né. Paradoxalement, et sur un plan émotionnel et sentimental, je suis moins à l'aise avec ce deuxième terme qui était plus fréquent lorsque j'ai grandi et était alors péjoratif notamment dans les propos tenus par les personnes favorables à l'initiative Schwarzenbach qui voulait limiter la population étrangère en Suisse dans les années 1970.

L'enquête de terrain souligne d'importantes variations des représentations et des pratiques des parents dans les soins à l'enfant, dans la relation à l'allaitement ou dans l'implication de l'entourage. La plupart de ces variations ne sont pas nouvelles et ont déjà été longuement étudiées dans le cadre de la psychologie interculturelle par exemple<sup>305</sup>. Ce qui ressort des observations et diffère des résultats publiés en psychologie interculturelle, est que ces différences ne sont pas liées à des identités nationales, mais qu'elles illustrent plutôt une facette du pluralisme présent dans les sociétés dites développées.

Sylvie Fortin et Elisha Laprise relèvent que les professionnel-le-s de la santé cherchant à travailler ce qu'ils nomment les compétences culturelles, tendent à étudier l'autre dans une version réifiée de son appartenance culturelle. Dans ces situations, l'intérêt pour des différences en termes de représentations et de pratiques est souligné, différences qu'il s'agirait, dans le meilleur des cas, de respecter (2007). Les observations confirment ici, bien que ces résultats soient exploratoires, que les élaborations culturelles actuelles s'inscrivent mal dans des catégories rigides. Il y a des différences qui peuvent être liées à des origines nationales ou sociales, mais cela de manière non systématique. Et plutôt que de s'attendre à des différences qui seraient fonctions de nationalités, constituant autant de savoirs à apprendre, il semble plus important de prendre note de la pluralité des représentations et des pratiques cohabitant au-delà de barrières culturelles ou sociales qui sont parfois imaginées par les professionnel-le-s<sup>306</sup>.

### **11.3 L'expérience de la naissance : entre anticipations et confrontations au réel**

Après avoir évoqué certaines des différences culturelles s'exprimant parfois autour de la naissance, je propose maintenant d'interroger comment ces différences interviennent dans l'expérience même de la naissance. Je questionne, en d'autres termes, comment ces élaborations participent de la santé mentale des mères et des pères et de l'accompagnement des sages-femmes.

Les comportements de l'enfant, et particulièrement ses pleurs et sa santé, font, comme je l'ai montré précédemment et comme l'ont relevé d'autres auteur-e-s, l'objet de préoccupations des mères et des pères, étant même corrélés à la dépression postnatale (Wolf, Lozoff et al. 1996, Perrenoud 2003, Kurth, Spichiger et al. 2010, Kurth, Spichiger et al. 2010). Durant cette enquête, ainsi qu'au cours d'une précédente recherche (Perrenoud 2003), le plus ou moins bon vécu de la période postnatale par les parents, ne semblait pas tant lié à des représentations et des pratiques spécifiques, mais plutôt à l'adéquation entre d'une part les représentations et les pratiques anticipées par les parents et les comportements effectifs de l'enfant. Ceux-ci peuvent en effet confirmer ou remettre en

---

<sup>305</sup> Voir notamment mettre Brill etc.

<sup>306</sup> Notes auto-ethnographiques

question les représentations et les pratiques anticipées par les parents. Par exemple, lorsque des parents ont prévu que l'enfant dorme dans sa chambre et dans son lit, et qu'il soit soigné exclusivement par ses parents, le fait que cet enfant pleure beaucoup bouscule les représentations. Sans que ce ne soit la faute de personne, le comportement de l'enfant rend les représentations des parents inopérantes, car difficiles à appliquer pour qui souhaite dormir un minimum. Certains parents se sentent alors doublement mal. Leur situation est d'une part difficile, car accaparante, et d'autre part cette situation leur laisse l'impression qu'ils sont « coincés », ou qu'ils ne respectent pas ou encore qu'ils envisagent de transgresser des valeurs essentielles. Voici l'extrait du partage de Marie-Laure, la maman de Matteo:

« Sylvain reprend le travail et ça me travaille, ça me panique, car je serai seule, j'aurai personne si tout d'un coup j'ai un problème. Ben voilà, je pense qu'on se débrouille tout de manière. Si je demande à une copine elle viendra. Mais je sais pas comment expliquer, j'aime pas trop demander aux autres, parce que j'ose pas et j'aime pas. » (Consultation enregistrée avec Corinne, partage de Marie-Laure)

Dans ces situations, la difficulté pour la sage-femme consiste à aider la femme considérée et son compagnon à identifier une attitude plus confortable pour eux. Le couple préfère-t-il continuer à endurer une expérience difficile pour respecter ses valeurs ou peut-il remettre ses valeurs en question pour s'adapter au déroulement imprévu de la période postnatale ? Dans quelle configuration les tiraillements, les émotions négatives, anxiété et culpabilité, seront-elles moindres ? Durant les observations, les situations les plus douloureuses étaient vécues par des parents ne pouvant pas remettre en question leurs représentations et les vivant néanmoins mal sur un plan émotionnel. Ces détresses parfois intenses pouvaient être apaisées lorsque la sage-femme contribuait à ce que les parents trouvent une zone de compromis acceptable. Par contre, les tensions ressenties par les parents semblaient augmentées lorsque la praticienne valorisait, en insistant, un comportement correspondant à ses valeurs personnelles, mais pas à celle de la famille. L'expérience de la naissance est alors au centre d'une tension interculturelle, au sens qu'elle implique des représentations, des ressentis, et des pratiques en opposition. L'échange ci-dessous, enregistré entre Corinne et Marie-Laure, illustre cette tension :

« Corinne (SF) : « C'est dommage de ne pas oser demander aux autres, parce que c'est vraiment dans ces moments-là, où ça vaut la peine de demander. A charge de revanche. Vous rendrez la pareille un jour. Normalement les gens sont contents de donner un coup de main et de se sentir utiles. Pas forcément qu'ils fassent le ménage, c'est une présence rassurante, un petit moment. »

ML : Oui bien sûr mais voilà. Je pars de l'idée que j'ai fait un gamin, ben je dois assumer entièrement. J'ai autour de moi des couples qui ont fait des enfants et qui sont toujours en train de les refiler à gauche à droite, toujours à demander quelque chose.

C. : Je vous parlais pas de le refiler à quelqu'un, mais je dis juste qu'une présence c'est rassurant.

ML : Non, mais je m'entends. Je les vois plus à gauche à droite qu'avec leurs parents, toujours à demander des choses.



C. : Là j'essaie de voir ce qui serait plus apaisant pour vous.

ML : Bien sûr, bien sûr. Il faut juste que je me lance et j'aurai pas le choix. Si je suis vraiment débordée, j'appellerai je pense, mais...

C : Faire le pas d'appeler.

ML : Oui, je pense que j'appellerai ma mère, plutôt que d'appeler des copines. Il faut beaucoup de patience et moi je n'en ai pas beaucoup. En tout cas j'apprends, j'ai pas le choix. [Parlant du bébé] On va le peser. » (Consultation enregistrée avec Corinne chez Marie-Laure)

La contribution de la relation de couple à l'expérience de la naissance suit en partie les mêmes logiques que la relation à l'enfant, résultant d'une confrontation entre ce que les parents attendent, de la naissance et de ses suites, et de leur appréhension des décalages inévitables entre ce qui est attendu, de manière plus ou moins pensée, et ce qui survient, que ce soit au niveau du comportement de l'enfant ou de l'implication des deux parents envers l'enfant. La relation au père est parfois l'objet d'une tension culturelle vécue au cours de l'accompagnement des familles par les sages-femmes, je l'ai déjà discuté. C'est notamment le cas lorsque les sages-femmes conçoivent que la participation du père aux soins à l'enfant et aux tâches ménagères protège la santé mentale maternelle et que cette participation n'est pas prévue par la mère ou le père. Dans certaines situations, le différent culturel avec la sage-femme, quelle que soit par ailleurs l'origine nationale ou religieuse des parents, ajoute un élément *stressant* supplémentaire. Les représentations personnelles des sages-femmes en regard de la vie de couple, notamment lorsqu'elles valorisent trop unilatéralement le modèle du *compagnonnage* décrit par Kellerhals et Widmer (2007), interfèrent alors avec leur objectif de promouvoir un certain bien-être postnatal.

La relation à la famille et à la belle-famille touche évidemment aussi l'expérience de la naissance, la santé mentale des femmes et l'accompagnement des sages-femmes. Ici encore, la confrontation entre projections, plus ou moins pensées, de l'intervention des familles et réalisations concrètes contribuera à une expérience plus ou moins positive des femmes et de leur compagnon. Certaines familles sont très reconnaissantes du soutien reçu de leurs proches, d'autres regrettent une présence qu'elles jugent insuffisante et enfin, d'autres aimeraient être plus tranquilles. La présence de la famille, et son intervention, peut être difficile à accompagner pour les sages-femmes et faire ici aussi l'objet de tensions interculturelles. Pour les praticiennes et à quelques exceptions près, il est admis que le couple conjugal décide des soins à l'enfant et des attitudes éducatives. Cette organisation des prérogatives ne se réalise pas nécessairement dans les familles vivant sous une configuration élargie, au sein desquelles les grands-parents prennent parfois de nombreuses décisions et interviennent directement dans les soins à l'enfant. Entre les situations où cette attribution alternative des prérogatives éducatives, semble bien vécue par l'ensemble du groupe familial, à celles où une jeune mère subit des coercitions, voire des violences, la diversité des situations est très grande. La

négociation de sens et l'orientation de l'accompagnement par les sages-femmes est ici particulièrement délicat. Dans les situations où l'autorité des grands-parents est manifeste, les praticiennes rencontrent fréquemment des difficultés à identifier les fenêtres possibles de leurs interventions :

En arrivant au bas de l'immeuble, Tania m'explique que la jeune femme est originaire d'un pays albanophone et qu'elle ne parle pas français. La consultation sera traduite par la belle-sœur qui est généralement là, de même que les grands-parents et l'oncle. Tania souligne, embarrassée, que la famille fume beaucoup. Sachant que cela n'est pas sain pour le nouveau-né en particulier, elle me dit qu'elle attend le bon moment pour évoquer la possibilité de fumer en dehors de l'appartement plutôt qu'en dedans. Devant tant de fumeurs réunis, elle ne se sent pas très à l'aise pour faire sa suggestion. La consultation se passe bien, la belle-sœur se donnant de la peine pour effectuer une bonne traduction, pas trop rapide. Dans ces circonstances, il est cependant difficile de questionner l'ambiance familiale, ce que ferait chaque sage-femme, en passant, et d'une manière presque anodine. Dans la chambre à coucher où nous sommes réunies avec le nouveau-né, personne ne semble fumer. Pendant l'examen du périnée, rendu nécessaire par la présence d'une suture qui fait encore mal, je sors avec la belle-sœur au salon. La famille me propose un café, le grand-père me dit en riant qu'il a encore un fils à marier. Plutôt extraverti, jovial, il me pose quelques questions sur ma vie de famille et rit. Il est grand, assez impressionnant et c'est manifestement lui le chef de famille. Les grands-parents, le père, le frère et la belle-sœur fument en cœur et l'air est troublé par un épais brouillard de cigarettes. J'essaie de faire bonne figure devant la gentillesse de l'accueil, mais reste gênée par l'attitude un peu trop entreprenante du grand-père. Tania ne parlera pas de fumée durant la consultation. (Consultation à domicile, Tania)

Enfin, reste un thème important, qui dans le climat contemporain méfiant à l'encontre de la migration pourrait encore prendre de l'ampleur. Parmi les femmes issues de la migration, certaines s'attendraient à avoir un contact renforcé avec leur propre mère. Pour certaines, cette attente se réalise et certains grands-mères ou grands-parents font le voyage qui depuis la Chine, qui depuis l'Amérique du Sud ou l'Afrique. Pour de nombreuses mères cependant, cet accompagnement par leur propre mère, ne peut se réaliser pour des questions économiques ou organisationnelles, les visas Schengen pour de courts séjours n'étant pas toujours accordés. A plusieurs reprises, au cours de ma carrière et de l'enquête, j'ai entendu des jeunes femmes confier leur tristesse, car leur mère n'était pas là pour vivre la période de la naissance avec elle et les aider dans l'apprentissage de leur rôle. La transmission et le contact intergénérationnels, qui semblent être tombés partiellement en désuétude pour les familles suisses (Kellerhals and Widmer 2007), reste importante pour certaines mères, leur absence voilant parfois l'expérience de la naissance d'une tristesse.

Les différences de représentations et de pratiques autour de la naissance dépassent la question de l'origine des parents, je le rappelle, reflétant la composition plurielle des sociétés contemporaines (Rossi 2003, Fortin and Laprise 2007). Les tensions interculturelles entre les sages-femmes et les parents, ou entre ces derniers et la famille élargie, suivent donc également des logiques plurielles, pouvant en partie être anticipées, ceci rarement selon une logique de l'origine nationale. La confrontation entre les anticipations plus ou moins pensées de la période postnatale et le

déroulement concrets des événements, et la capacité à appréhender les inévitables décalages, semblent importants à considérer pour comprendre l'expérience de la naissance des mères, mais aussi des pères.

Ceci n'empêche pas que des questions ponctuelles puissent être plus présentes dans certains milieux, demandant alors à être explorées de manière ciblée. Je me demande cependant si les professionnel-le-s seront aussi prompts à suggérer des aménagements à des familles issues de couches sociales à haut pouvoir symbolique, que chez les familles plus modestes ou récemment immigrées ? Comme Fortin et Laprise, je crois que l'identification de différences pourrait être utilisée pour renforcer l'exercice de pouvoir par les professionnel-le-s auprès des familles dont les ressources sociales sont moins importantes.

#### **11.4 L'exotisation des familles immigrées, barrière à un accompagnement personnalisé ?**

Pour finir cette synthèse sur les aspects culturels de l'accompagnement des sages-femmes, je propose de revenir sur une tendance déjà critiquée par d'autres auteur-e-s et, qui consiste à exotiser et réifier l'appartenance culturelle. L'exotisation, employée pour qualifier les représentations et les pratiques construites dans des pays considérés comme non occidentaux, opère comme un filtre dans le regard des personnes dites occidentales. Celles-ci sélectionnent des détails dans la vie de personnes immigrées, vus comme très positifs ou très négatifs, pour construire des représentations stéréotypées, exotisantes, de ces personnes (Staszak 2008). Les sages-femmes rencontrées, appartenant à une société dite occidentale, ne résistent pas toujours à la tentation d'exotiser l'autre, ce qui interfère parfois avec leur intention de s'adapter aux besoins des parents.

L'exotisation des parents prend souvent la forme d'un désir de rencontrer l'autre, d'une curiosité à son égard, constituant alors un succédané apprécié de voyage. Les sages-femmes souhaitent mieux connaître les familles, évoquant leur culture ou leurs traditions. Cet élan participe pour certaines sages-femmes du « quel plaisir de vous voir » évoqué au chapitre 5. Voici ce qu'en dit Lucie :

Ce que j'aime bien en allant chez les gens, c'est qu'il y a beaucoup d'étrangers, j'ai l'impression de voyager. Les gens te racontent plein de choses de leur pays et je demande aux femmes, comment on fait avec les bébés dans leur pays, si on les emmaillote. C'est sympa je trouve, j'aime bien. Nous on est en train de revenir à l'emmaillotage et au portage et certaines femmes dans leur pays, où on a beaucoup emmailloté disent c'est pas bien, il faut pas faire ça. Eux ils en sont plutôt à libérer les bébés, comme nous on a fait au siècle passé. T'as tout ce décalage. C'est rigolo. Les albanaise quand elles emballent leur bébé, elles les attachent avec une ceinture en coton qu'elles entourent autour. C'est traditionnel, j'ai vu d'autres gens le faire. Souvent elles leur mettent un tissu sur la tête en plus. Souvent, je leur dis de l'enlever, si les bébés ont un ictère, parce qu'il faut les mettre à la lumière. C'est marrant parce qu'elles se positionnent par rapport aux traditions chez elles. Une des femmes avait

choisi de refaire l'emballage, mais pas le tissu sur la figure. Elle a compris que c'était dangereux, elle s'est fait cette réflexion. (Entretien enregistré, Lucie)

Laure quant à elle n'aime pas être une touriste :

Je suis mal avec le statut de touriste de plus en plus, je déteste ça. Je suis allée en Thaïlande une fois, pas en pur touriste, j'allais retrouver des amis qui y vivaient. Mais c'est quelque chose que je déteste. En tant que touriste, je suis mal à l'aise. C'est pas que j'aurais pas envie de voir le monde, mais ça devient de plus en plus difficile d'être en accord avec mes valeurs. En Thaïlande, c'était une très belle expérience, mais y a des moments où j'étais très très malheureuse, d'aller voir par exemple ces femmes girafes qui sont parquées dans un village du nord de la Thaïlande, embarquées pour être montrées. Insupportable, j'aurais voulu être une petite fourmi. Bon, ça c'était extrême. Donc, je préfère visiter le monde par la pensée, les livres, la musique, par les gens que je soigne. C'est pour ça que ça me plaît de travailler avec les femmes migrantes. C'est quelque chose que j'adorais à la maternité. J'adore les langues, j'adore essayer de communiquer avec quelqu'un qui parle une autre langue. Donc, c'est vrai qu'à l'Arcade, avec les suivis continus, ça me manque un peu, parce que c'est une autre population avec une situation économique plutôt moyenne, des enseignants par exemple. (Entretien enregistré, Laure)

En cours de consultation, le processus d'exotisation peut opérer comme un filtre dans la compréhension des situations, empêchant alors l'identification de problèmes réels et des interventions les ciblant. Un premier exemple évoque les jugements négatifs que la vision exotisée de l'autre contient parfois (Staszak 2008). Dans cet extrait, j'utilise mon point de vue de sage-femme, différent de celui de Lucie, à la manière d'Arthur Kleinman, pour analyser la situation selon deux perspectives différentes, ce qui souligne l'exotisation opérée par la praticienne (1988, p.7). N'ayant pas suivi la situation au cours de plusieurs consultations, il ne m'est pas possible d'affirmer si l'une ou l'autre des interprétations correspond mieux au point de vue des parents. L'exercice montre cependant que l'exotisation remplace d'autres hypothèses diagnostic.

Au cours d'une visite à domicile effectuée avec Lucie, une sage-femme expérimentée, je rencontre un couple vivant une période postnatale difficile. L'enfant ne prend pas régulièrement de poids et pleure beaucoup. Cela inquiète ses parents, particulièrement sa mère. Son débit de parole est très élevé, ses gestes presque brusques en raison du *stress* ressenti. Les deux parents n'ont que peu d'expérience avec des nouveau-nés et se disent démunis. Zhang est originaire de Chine, en Suisse depuis longtemps, elle parle bien français. Romain son mari est Suisse. Les grands-parents sont là, venus de Chine pour quelques mois afin d'aider leur fille. Ils parlent beaucoup, en mandarin, Lucie aussi, en français. L'endroit est exigü et l'ambiance est tendue de toutes ces paroles, produisant un écho du *stress* éprouvé par Zhang et Romain. Lucie s'assied, puis parvient à calmer l'ambiance par des paroles rassurantes et une attitude plus tranquille. Lorsque nous sortons de l'appartement, Lucie me dit que Zhang, fille chinoise et donc fille unique, a probablement été un peu trop gâtée dans son enfance. De ce fait, elle n'est pas préparée à affronter les aléas du quotidien. Un peu secouée par cette interprétation rapide, je ne réponds rien. A mes yeux, Zhang et son compagnon sont de jeunes parents qui ont beaucoup investi dans leur carrière, dans un domaine très technique et n'ont pas eu de contact avec des nouveau-nés. Les problèmes du post-partum survenant dans leur situation, la prise de poids insuffisante et les pleurs fréquents, sont inhabituels pour eux. Zhang semble par ailleurs ressentir beaucoup d'anxiété, peut-être les prémisses d'une dépression postnatale. (Observation à domicile, Lucie)

Dans ce second exemple, la vision exotisée d'une famille se construit à partir d'impressions et de jugements positifs, faisant ici aussi barrière au jugement clinique. Dans cette seconde situation,

j'adopte tout comme Maude un point de vue exotisant et ne le réalise que partiellement en cours d'observation :

Maude m'annonce, en me faisant un petit résumé de la situation, que le couple de réfugiés à qui nous allons rendre visite est chou. Accueillies par le sourire d'Amanuel le père et de Rediet la mère, nous sentons de bonnes odeurs de cuisine en entrant dans l'appartement, le beurre pimenté et épicé des plats Erythréens. Maude se tourne vers moi et me fait remarquer l'odeur délicieuse. Nous nous rendons dans la chambre à coucher avec Rediet pour la consultation postnatale. Son premier enfant nous accompagne, un peu vif vu son jeune âge, je tente de l'occuper pour que Maude puisse effectuer la consultation. Douce et en sourires, comme à son habitude, Maude tente de communiquer avec Rediet qui ne parle pas français. Elle aimerait souligner que tout va pour le mieux pour la mère et le nouveau-né, tous deux en bonne santé. Dans cette chambre à coucher se trouvent plusieurs tissus colorés, notamment vers le berceau. Rediet porte également plusieurs tissus de couleurs, ce qui ravit Maude qui me le communique. Lorsque nous sortons de la chambre, une voisine est arrivée, originaire d'Afrique elle-aussi, mais d'une autre région. Travaillant dans les institutions internationales, elle s'exprime avec aisance et signifie à Maude qu'elle peut être jointe si le couple en a besoin. Tout le monde sourit et va bien. Arrive encore un ami. Amanuel et Rediet proposent de boire un thé. Maude est radieuse, moi aussi, sourires jusqu'aux oreilles. Le village du monde existe et nous l'avons rencontré. Pendant tout le temps que dure le thé et ses discussions, près d'une heure, Endris l'enfant aîné, est assis, attaché sur un siège auto parmi les adultes. Il se débat de temps en temps, voulant reprendre ses petits manèges d'enfant de moins de deux ans. En sortant, Maude et moi échangeons sur la situation et sur l'ambiance chaleureuse et solidaire qui se dégage de ce quartier. Nous oublions Endris sur son fauteuil et ne parlons pas de ce thème qui, pour une sage-femme, devrait être abordé. L'esprit embrumé par un mirage exotique, nous avons oublié de poser une question : combien de temps Endris passe-t-il attaché chaque jour sur le siège auto ? (Observation à domicile, Maude)

Durant l'enquête, j'ai suivi un cycle entier de séances de préparation à la naissance destiné à des femmes allophones issues de la migration. Ces séances qui sont animées en collaboration avec des interprètes communautaires, permettent aux femmes d'échanger entre elles et de partager si elles le souhaitent des bribes de leur histoire et de leur vécu. Dans le groupe que j'ai suivi, l'expérience de deux femmes afghanes souligne particulièrement bien l'idée que l'origine nationale ou religieuse ne contribue que pour partie aux réactions des femmes ou des familles, rendant toute perception exotisante caduque:

Bahar et Moska ont toutes deux effectué une demande d'asile en Suisse. Bahar a fui sa famille qui voulait lui imposer un mari. Elle a débuté son voyage avec son compagnon, père de son premier enfant âgé d'une année et demie, et du second qu'elle attend pour bientôt. Elle vit actuellement seule avec Leila son premier enfant dans un centre pour requérants d'asile. Epuisée par le voyage qu'elle a enduré, par ses conditions de logement et, par le fait que les deux grossesses sont très rapprochées, elle a l'air abattue et réagit avec impatience aux demandes de Leila. Ses habits sont usés, soulignant sa condition modeste et lui donnant un air négligé. Moska, immigrée du même pays, souriante, maquillée, parle volontiers dans le groupe et semble très ouverte. Elle ne dévoile pas son histoire au cours des séances, je remarque cependant que selon toute vraisemblance elle ne provient pas du même milieu que sa compatriote. Elle est habillée avec élégance, portant un très beau foulard en soie, qu'elle enlève parfois durant les séances. Elle habite dans un appartement en ville. Un jour, souhaitant partager son enthousiasme pour sa grossesse, elle raconte comment elle a pris la main de son propre père pour lui faire toucher le bébé qui bougeait dans son ventre, évoquant avec tendresse la joie de celui-ci et mettant à mal certains préjugés véhiculés sur les femmes musulmanes. Cette deuxième femme, tout aussi afghane et musulmane que la première, ne se remarquerait pas dans un groupe de préparation à la naissance standard, elle parle d'ailleurs un peu français. Le sens commun voudrait que ces femmes appartiennent à la même culture, dans la version stéréotypée et réifiée de ce concept, et

pourtant presque tout les sépare : leur trajectoire, leurs moyens socio-économiques passés et actuels, et leur expériences de la naissance et de la relation à leurs enfants. (Observation d'une séquence de préparation à la naissance avec interprètes)

La vision exotisante de l'autre est un biais cognitif fréquemment nourri parmi les populations occidentales à l'encontre des ressortissants, ou supposés ressortissants, de pays non occidentaux<sup>307</sup>, issue de l'histoire des contacts des populations entre elles et notamment des colonies (Fortin and Laprise 2007). En ce sens, il n'est pas étonnant que ce biais se retrouve parfois dans les attitudes des sages-femmes, ce qui dans certaines situations semble participer de leur engagement. N'ayant pas reçu de feedbacks des parents à ce sujet, il est difficile d'évaluer comment les attitudes exotisantes positives sont perçues par eux. Je suppose qu'à l'instar de certains activistes représentant de minorités sur les réseaux sociaux, les parents ne sont pas toujours dupes de cet investissement et que celui-ci peut parfois les embarrasser, voire les agacer. De nombreuses familles immigrées apprécient néanmoins l'engagement de leur sage-femme, l'une des personnes professionnelles à prendre du temps avec eux.

Les attitudes exotisantes négatives forment quant à elles, comme je l'ai montré dans l'exemple emblématique ci-dessus, un obstacle à l'analyse des situations et à la compréhension des parents. Elles suscitent des réactions de colère, de lassitude ou de tristesse des parents lorsqu'elles sont identifiées<sup>308</sup>.

Ces réflexions rappellent l'importance que des chercheurs en sciences sociales continuent à interroger la perception et l'appréhension de l'altérité par les professionnel-le-s de la santé et du social. Elles montrent également comment la réussite de la rencontre interculturelle doit beaucoup à l'attitude des praticien-ne-s, soulignant au passage l'importance d'une réflexivité introspective de ceux-ci.

## 11.5 Synthèse

Ces différents exemples et réflexions soulignent plusieurs choses. Décider de ne pas recruter les populations immigrées en recherche, ainsi que les populations socialement moins favorisées, prive d'abord les professionnel-le-s de la santé d'informations sur les situations les plus difficiles, confirmant ici l'une des faiblesses du modèle de l'EBM (Lambert 2006, Greenhalgh 2014). S'agissant d'une période de la vie où la vulnérabilité est plus importante, cette omission peut avoir des

---

<sup>307</sup> Je fais ici référence aux personnes d'ascendance migrante, qui après deux ou trois générations continuent d'être identifiées comme étrangères dans les pays où les populations « blanches » sont majoritaires. Ces phénomènes sociaux, entre autres, sont critiqués par des activistes sur les réseaux sociaux et ont fait l'objet de vidéos humoristiques. Voir par exemple les pages : Colorlines, For Harriet ou BuzzFeed sur Facebook et les vidéos : « What kind of Asian are you ? » ou « If Asian/Latino/Black people said the stuff white people say. » sur la chaîne youtube.

<sup>308</sup> Notes auto-ethnographiques.

conséquences indirectes, en regard de la mortalité et de la morbidité périnatales qui sont plus importantes pour les populations immigrées dans tous les pays européens. Comme l'a fait Jaffré dans plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest, comprendre l'excès de morbidité et de mortalité implique de comprendre les circonstances microsociales de la naissance que vivent les populations concernées par ces problèmes (Jaffré, Diallo et al. 2009). En d'autres termes, comprendre le surplus de mortalité périnatale des femmes et des enfants d'immigrés en Europe, implique de comprendre les circonstances entourant la naissance et ses suites, notamment en recherche.

Ensuite, de nombreuses différences culturelles en termes de représentations et de pratiques existent, mais celles-ci ne suivent, et de loin pas, une logique de l'origine nationale ou religieuse. La pluralité des représentations et des pratiques, ainsi que parfois la rigidité qui leur est associée dans les productions vulgarisées des professionnel-le-s (Delaisi de Parseval and Lallemand 1998, Neyrand 2000), puis celles des parents, peuvent contribuer aux détresses des parents, lorsque représentations et valeurs se situent en porte-à-faux avec les ressentis. Ici, ressortent l'importance de s'adapter à différentes représentations et pratiques, de jouer la souplesse, mais aussi de développer une capacité de négociation avec les parents, pour les aider lorsque cela est nécessaire, à mieux joindre représentations, valeurs, circonstances et sensations.

Ensuite encore, quoi que de manière moins saillante dans cette enquête, les conceptions de sens commun se rapportant au concept de culture et à l'exotisation de l'autre en découlant, restent parfois les lieux d'incompréhensions de la relation interculturelle et de l'appréhension de la diversité. Ceci marque à mon sens, l'importance pour les chercheurs en sciences sociales, impliqués dans la formation des professionnel-le-s de la santé et du social, de continuer à déconstruire les visions réifiées et exotisées de l'autre. De plus, la participation de socio-anthropologues à la formation de ces professionnel-le-s devrait à mon sens aider ces derniers à mieux cerner leurs véritables sphères d'expertise. Dans des formations forcément généralistes, aux contenus très éclectiques, les professionnel-le-s de la santé ont parfois des difficultés à effectuer cette différenciation, parlant de culture, ou de psychologie par ailleurs, comme ils parleraient, pour les sages-femmes, d'obstétrique. Or les visions du concept de culture ainsi véhiculées ne correspondent que rarement aux acceptions développées par les sciences sociales. A cet égard enfin, il me faut souligner que les savoirs issus de l'expérience, et donc aussi du sens commun, marquent ici clairement leur incertitude, appelant à un travail de déconstruction. Ces savoirs semblent d'ailleurs plus opérationnels, lorsqu'ils émergent à partir du concret et du social, faisant alors identifier des besoins effectifs, que lorsqu'ils sont construits sur un plan plus conceptuel, à un niveau de sens commun, et procèdent alors de projections sur les parents.





## Chapitre 12. Savoirs expérientiels : entre logique du soin et évaluation des pratiques

En introduisant le phénomène de l'EBM dans cette réflexion, j'ai évoqué déjà l'instrumentalisation dont fait l'objet la construction des savoirs pour servir les logiques d'autopromotion des professions ou de leurs segments et qui a été identifiée par la sociologie des professions. Les statuts des différents savoirs utilisés dans le champ de la santé ne sont pas uniquement appréhendés dans une logique du soin, de la santé des femmes et des enfants, mais servent également les intérêts de groupes professionnels et d'individus occupant des postes particuliers au sein des professions (Abbott 1991, Armstrong 2002). Dans les relations parfois tendues entre obstétriciens et sages-femmes, relevant d'une logique de concurrence (Cavalli and Gouilhers 2014), les oppositions entre savoirs dits *scientifiques*, issus de l'EBM, et savoirs expérientiels, construits durant l'accompagnement des familles, sont plus exacerbées encore, permettant de créditer les savoirs des uns et de discréditer les savoirs des autres.

S'inscrire dans le mouvement social de l'EBM constitue par conséquent une stratégie essentielle pour les sages-femmes, qui renforcent ainsi la position de leur corporation dans l'accompagnement de la naissance. Dans les pays anglo-saxons, l'engagement de nombreuses sages-femmes en recherche s'est ainsi développé simultanément à l'émergence de l'EBM. Ces praticiennes véhiculent les discours et le lexique de ce mouvement social lors de congrès nationaux et internationaux<sup>309</sup>, où leurs statuts académiques leur permettent d'intervenir en tant qu'orateurs principaux. De la même manière, l'EBM sous-tend la construction des ouvrages professionnels destinés aux sages-femmes anglophones prenant alors le nom d'Evidence-Based Midwifery. Ces développements, même s'ils sont moins avancés dans les pays francophones, renforcent la prépondérance des savoirs issus de la recherche sur les savoirs issus de l'expérience. Aujourd'hui, ce ne sont donc plus seulement des médecins qui se méfient des savoirs expérientiels, mais également des sages-femmes.

Cette évolution permet aux sages-femmes d'avoir une vision moins naïve de leurs savoirs expérientiels et de leur intuition, incitant à plus de circonspection<sup>310</sup>. Une plus grande capacité à interroger les pratiques, renforce sans aucun doute les ressources des sages-femmes que ce soit pour améliorer les soins aux familles ou pour asseoir leur légitimité professionnelle. Cependant, cette évolution contribue à renforcer en contrepartie la dénégation des savoirs expérientiels et personnels et à reléguer ces savoirs à un niveau anecdotique, taisant des voix pourtant importantes à entendre.

---

<sup>309</sup> Notes de terrain.

<sup>310</sup> Notes auto-ethnographiques.

Ces voix tuées sont notamment celles des sages-femmes confrontées semaine après semaine à des situations de souffrance sociale non dépistée et qui ne trouvent pas d'interlocuteur attentif.

Camille rapporte à un groupe de collègues qu'elle n'a pas pu obtenir de rendez-vous auprès d'un médecin pour faire part des préoccupations des sages-femmes concernant les situations impliquant une vulnérabilité multiple. Cela fait plusieurs mois qu'elle tente d'obtenir ce rendez-vous. En écho, Armelle regrette que la participation des sages-femmes indépendantes aux réunions interprofessionnelles ne soit pas acceptée par une maternité. Elle souligne qu'elles, sages-femmes indépendantes, sont les seules à se rendre à domicile et à voir les situations concrètes des familles. (Discussion de groupe entre plusieurs sages-femmes)

Comme je l'avais déjà évoqué dans le sous-chapitre qui traite de ma relation au terrain, les initiatives que j'ai entreprises pour informer l'une des maternités n'ont été entendues qu'à demi-mots. J'ai été reçue, écoutée, mais aussi contredite. Aucune réaction de mes interlocuteurs ne m'a d'ailleurs permis de penser que les informations transmises à partir de mes données, ainsi qu'à partir de l'expérience des sages-femmes indépendantes, n'aient été utilisées pour repenser l'une ou l'autre étape de dépistage des situations comprenant une vulnérabilité psychosociale. Mes interlocuteurs, qui me connaissent avant tout en tant que sage-femme, ne me voient probablement pas en tant que chercheur en sciences sociales, accordant un crédit limité aux observations de terrain que je leur ai communiquées, considérées comme des anecdotes plutôt que des données.

Reconnaître ce que sait l'autre, en lui accordant de l'attention et en utilisant les informations qu'il transmet est une manière de lui concéder du pouvoir. L'instrumentation du savoir dans les jeux de pouvoir entre les professions renforce à mon sens les dualismes entre objectivité et subjectivité, entre savoir *scientifique* et savoir expérientiel. A l'instar de tout dualisme, ces oppositions empêchent cependant de penser les subtilités du monde (Traimond 2012). Le rejet du savoir expérientiel, s'il n'est pas totalisant, - j'ai été reçue par des responsables qui m'ont accordé du temps et je suis intervenue en assemblée plénière avec une sage-femme indépendante - empêche de saisir le rôle de ce savoir, de comprendre son fonctionnement et, d'identifier les conditions de sa faillibilité.

Etant donné ce contexte difficile pour les savoirs issus de l'expérience et, les résultats de l'enquête de terrain qui montrent leur importance et leur diversité, ce troisième chapitre de synthèse interroge la construction, l'utilisation, et l'évaluation de ces productions selon différents angles. Il replace tout d'abord leur importance à partir du cadre théorique de l'anthropologie des habiletés et de l'enquête, puis interroge comment la qualité des savoirs issus de l'expérience sont appréhendés, dans le cadre de l'EBM ou dans celui de la pratique. Cette synthèse, qui se veut exploratoire, ne résout pas l'ensemble des mystères se cachant dans la boîte noire des savoirs expérientiels, mais lève un voile sur ceux-ci, montrant l'importance d'une considération subtile de leur intervention en médecine et dans les soins.

## **12.1 Savoirs expérientiels: insoutenable légèreté de la subjectivité ou irremplaçable densité de la pratique ?**

Les savoirs issus de l'expérience, comportent une part importante de subjectivité et donc de variabilité, et ont depuis longtemps représenté une part des incertitudes que la médecine tente d'éviter par un recours aux méthodes dites *scientifiques* (Katz 1984, Gordon 1988, Porter 1995, Marks 1999, Marks 2009). L'anthropologie des habiletés, quant à elle, saisit de manière détaillée les phénomènes physiologiques et sociaux entourant la construction de ce type de savoirs, en intégrant des réflexions issues des sciences cognitives. La perspective de cette anthropologie permet de décoder la construction des savoirs expérientiels et de dépasser aussi bien le rejet de ces savoirs qu'une acceptation naïve de leur utilisation.

Dans le cadre de l'anthropologie des habiletés, les savoirs, mais aussi plus largement le développement humain, sont issus de la corporéité et de l'incorporation des activités situées auxquels participent quotidiennement les humains, formant ainsi un processus en constante évolution (Downey 2010, Ingold 2010, Marchand 2010). Cette perspective holiste intègre la relation de l'humain à son environnement, et considère les caractéristiques de ce dernier pour comprendre et interroger la construction des savoirs. Ces anthropologues, je le rappelle, intègrent en complément à leur démarche anthropologique des savoirs issus des sciences cognitives, notamment lorsque ceux-ci proposent eux-aussi une compréhension du développement humain tenant compte de l'environnement et de ses affordances, lesquelles participent de l'incorporation de l'activité et de l'être dans le monde (Gibson 1986, Clark 1998, Barsalou 2008, Feldman Barrett and Russell 2015). Les savoirs des professionnel-le-s, aussi bien explicites qu'implicites, sont incorporés à partir de la sensorialité des activités exercées en communauté de pratique ou vécues durant l'expérience personnelle. Ces représentations incorporées intègrent les caractéristiques physiques et sociales des environnements à partir des différents sens (Barsalou 2008, Marchand 2010).

Sages-femmes et obstétriciens ne connaissent donc pas la naissance en général, de manière absolue, mais à partir de leur expérience située, incorporée au cours de l'accompagnement de la naissance dans une maternité, un cabinet en ville ou, à domicile. Chaque médecin ou chaque sage-femme traverse par ailleurs sa socialisation professionnelle à partir de son histoire de vie, des capacités et des manques qu'il a développés au cours des interactions vécues dans les environnements l'ayant accueilli. Plus ou moins manuel-le-s, plus ou moins prompt-e-s à avoir peur ou à se mettre en colère, plus ou moins capable d'attention ou de rapidité, les profils et les capacités des professionnel-le-s sont de ce fait variés. Lorsqu'ils rencontrent la naissance durant l'espace de socialisation que

constitue leur formation, les futur-e-s professionnel-le-s sont confrontés à une grande hétérogénéité de déroulements de la grossesse, de l'accouchement, et du post-partum. Deux sages-femmes faisant leur parcours de formation en même temps vivent une expérience différente. Alors que l'une rencontre essentiellement des situations physiologiques, accompagnant des accouchements sans complications, l'autre est confrontée à de nombreuses pathologies obstétricales, participe à des naissances par instrumentation, à des césariennes en urgence ou à la prise en charge d'hémorragies post-partum. Ces parcours parfois très contrastés contribuent à former la vision de la maternité et de ses aléas, les situations hors du commun, étant émotionnellement et sensoriellement « prenantes », elles restent inscrites plus durablement dans la mémoire épisodique. L'expérience de la naissance est également tributaire des climats de travail et de leur sensibilité plus ou moins grande à la culture du risque et de la médicalisation. Dans certains lieux et configurations d'équipe, accompagner la naissance se vit dans la peur et dans le *stress*<sup>311</sup>, alors que d'autres équipes travaillent avec plus de calme, ceci à type d'organisation et à charge de travail équivalentes (Carricaburu 2005, Carricaburu 2007). L'incertitude inhérente à la construction des savoirs expérientiels est ici nettement perceptible.

L'intérêt de ces savoirs réside dans la complétude de l'information que ceux-ci constituent, impliquant corporéité et incorporation des évènements et des actions. En vivant son métier, par les sens, les émotions et la réflexion, chacun-e construit ainsi des savoirs riches, originaux, et situés (Kresse and Marchand 2009, Ingold 2010, Marchand 2010). La densité de l'expérience du corps en activité dans l'environnement rend les savoirs expérientiels irremplaçables et ce, même si ces savoirs restent incertains et subjectifs. L'anthropologie des habilités montre, à travers son cadre théorique et les travaux de ses chercheurs, que toute expérience particulière issue d'un contexte spécifique est par conséquent une source de savoirs à considérer (Marchand 2010). Par exemple, les activités des obstétriciens et des sages-femmes diffèrent suffisamment pour que ces activités produisent des savoirs complémentaires. La temporalité de leur activité est par exemple très différente. Dans les hôpitaux publics, les premiers suivent de nombreuses naissances en parallèle, n'entrant que ponctuellement dans les salles d'accouchement, pour faire une rapide vérification ou, pour l'instant même de la naissance. Les sages-femmes quant à elles, dans les maternités où la charge de travail n'est pas extrême, passent plus de temps avec chaque femme en travail. Cette organisation différente fait que les uns développent plutôt des visions en instantané de la naissance et les autres en processus. En considérant ces différences, il apparaît que ces savoirs construits selon des modalités différentes se complètent et, prenant le rôle de sage-femme, je souligne que médecins et sages-

---

<sup>311</sup> Notes auto-ethnographique et de terrain.

femmes auraient par conséquent intérêt à prêter attention aux savoirs des uns et des autres, ainsi qu'évidemment aux expériences des parents, pour mieux comprendre la naissance et son suivi.

Les professionnel-le-s construisent aussi leurs savoirs à partir de leur vie privée, même si ces savoirs-là sont plus controversés encore. Ces expériences peuvent concerner la vie en couple, l'éducation des enfants, la conception de l'individualité et de l'autonomie et de nombreux autres thèmes, comme je l'ai montré au chapitre 7. L'expérience de la grossesse, de la naissance, ou de l'infertilité est également incorporée par les professionnel-le-s, incluant les sensations, les émotions et les sentiments vécus.

« Accompagner une femme et son mari lorsque le médecin pose un forceps est une chose. Sentir le métal dur dans ton corps, contre ton bassin qui semble tout à coup fragile, écarté par les cuillères, en est une autre. Même avec une péridurale, tu as envie que cela s'arrête. » (Entretien informel, Vanessa)

Les sages-femmes ont pour objectif d'éviter autant que possible les naissances instrumentées, mais socialisées dans des établissements qui les pratiquent couramment, elles banalisent parfois ces gestes elles-aussi. Sentir les cuillères dans son corps, même sans réelle douleur en raison de l'analgésie péridurale, donne des informations nouvelles sur un geste fréquent. L'expérience personnelle est la seule qui se sente, qui se vive de l'intérieur et, qui permette une compréhension incorporée de la vulnérabilité inhérente au rôle de soigné. Ces expériences permettent d'articuler savoirs théoriques et savoirs expérientiels aux sensations vécues, éclairant différemment les situations obstétricales et fournissant des opportunités de réflexion importantes. L'expérience personnelle permet ainsi de jouer un rôle *d'advocacy* et d'attirer l'attention sur des situations insuffisamment considérées dans les débats entre collègues ou dans les prises de décision.

L'expérience personnelle des sages-femmes et des obstétriciens est utilisée en pratique, même si cela est dénié ou critiqué par de nombreux professionnel-le-s. Il est en effet difficile de l'éviter puisque les humains ne maîtrisent pas les réminiscences sensorielles issues d'expériences passées émergeant à partir de l'expérience présente (Clark 1998, Adenzato and Garbarini 2006). Le rejet de l'expérience personnelle n'est pas total, certaines sages-femmes et certains médecins reconnaissent qu'ils utilisent leur propre expérience, que celle-ci complète leurs savoirs professionnels. Le statut accordé aux savoirs expérientiels et personnels varie en fonction des individus, mais également des interactions. Parfois les professionnels échangent à propos de leurs expériences de la naissance ou de la parentalité, autour d'un café quand une journée calme le permet. Lors de ces échanges, l'ambiance est généralement à l'écoute. Personne ne semble penser qu'il s'agit de questions de savoirs et, par conséquent, la légitimité des ressentis n'est pas déniée. A d'autres moments, sages-femmes ou médecins parlent de phénomènes liés à la naissance en généralisant à partir de leur

expérience personnelle, sans le mentionner, afin que leur point de vue soit pris en considération<sup>312</sup>. C'est en connaissant les personnes et les trajectoires que l'on reconnaît le savoir personnel ainsi déguisé. Ces instrumentalisation sont courantes, notamment lorsque le savoir personnel est rejeté *a priori*, appelant à une dissimulation de son utilisation. Le problème se pose, non pas dans l'utilisation du savoir personnel, mais dans le déni de son existence, transformant alors son intérêt de donnée qualitative dense en lieu commun.

L'expérience professionnelle et personnelle participe de la construction des savoirs à partir d'une appréhension holiste et incarnée de la naissance et de l'accompagnement des familles. Cette expérience ne peut être remplacée par aucun autre processus ou contenu, puisque les autres savoirs, qu'ils proviennent de prescriptions médicales, des discours de collègues, de livres ou d'articles scientifiques, ne comportent jamais autant d'informations que le vécu et procèdent de dimensions incommensurables. Ces différents savoirs, personnels, expérientiels, communautaires, ou « scientifiques » sont de fait complémentaires. Les savoirs expérientiels sont irremplaçables, mais cela ne remet pas en cause l'incertitude que leur complexité implique. Ce n'est donc pas, en proposant de remplacer les savoirs expérientiels par des résultats de recherche, que les promoteurs de l'EBM résoudre les incertitudes inhérentes à l'utilisation de ces savoirs, mais bien en problématisant leur conception et en définissant leurs intérêts et leurs limites<sup>313</sup>.

Interroger les contenus et la pertinence des savoirs expérientiels demande par ailleurs d'identifier les expériences que la trajectoire professionnelle et personnelle n'a pas permises. En d'autres termes, identifier ce que l'on n'a pas vécu, vu, entendu, senti et ressenti, désigne les lacunes des professionnel-le-s. Celles-ci sont inévitables puisqu'il n'est d'expérience professionnelle et personnelle qui permette de « tout » vivre et ressentir. Lorsque des sages-femmes ou des médecins hospitaliers pensent le suivi du post-partum, même s'ils évoquent les besoins socio-économiques des familles, ils ne peuvent pas percevoir la diversité des situations vécues par les familles à leur domicile. Leur appréhension ne peut être que théorique ou générique, car elle n'est pas informée par les réminiscences sensorielles, autrement dit les souvenirs de visions, de bruits, d'odeurs, de paroles et de sensations globales procurées par le domicile. Ces sages-femmes et médecins hospitaliers disposent en ce sens d'un savoir professionnel forcément lacunaire, d'un sentir et se sentir, non écologique. Il n'est dès lors pas étonnant que de nombreuses femmes sortent du milieu hospitalier sans que leurs besoins prioritaires n'aient été identifiés, ce que soulève ce travail. Le savoir expérientiel étant en grande partie dévalorisé, les professionnels ayant peu de temps pour

---

<sup>312</sup> Ce sont des expériences vécues en tant que sage-femme de terrain, puis plus tard d'enseignante. N'ayant pas été vécues dans le cadre d'une relation de recherche, je ne les dévoilerai pas en détails.

<sup>313</sup> Ce que propose par exemple Bernice Elger à propos de l'information aux parents (2010).

s'écouter les uns et les autres, la complémentarité des savoirs n'est que peu reconnue et problématisée. Les savoirs singuliers des sages-femmes indépendantes sont interceptés par les murs de l'hôpital, contribuant ainsi directement à ce que des situations inacceptables, du point de vue du soin et de l'équité en santé, se perpétuent.

Le cadre de réflexion proposé par l'anthropologie des habiletés établit la richesse et l'originalité que suppose toute activité située, par la mise en évidence des multiples processus et contenus impliqués dans la construction des savoirs issus de l'expérience. En pensant l'accompagnement de la naissance à partir de ce cadre, l'étendue de ces savoirs, ainsi que leur diversité ressort également. L'enquête de terrain, par l'observation de sages-femmes pratiquant un accompagnement en situation écologique, au domicile de parents, souligne, de manière dramatique parfois, comment les détails de l'expérience participent de la pertinence des savoirs. Les situations et les besoins variés des familles soulignent que ces détails, même s'ils sont inattendus voire iconoclastes, ne constituent pas des anecdotes, mais les éléments à partir desquels les suivis peuvent se construire. Comme le relève Bensa (2006) ou Piette (1996), la construction d'idéaux-types, lorsqu'elle exclut le niveau du détail, éloigne l'analyse des réalités observées.

L'importance des savoirs expérientiels ressort nettement du cadre théorique et des observations. Par ailleurs, les capacités variables des sages-femmes à identifier les besoins et les préférences des familles, ainsi qu'à offrir des réponses adaptées, soulignent l'importance d'une problématisation plutôt qu'un rejet de ces savoirs. Pour continuer cette interrogation, je propose de revenir sur le rôle ambigu de l'EBM à cet égard.

## **12.2 Evaluation des savoirs issus de l'expérience dans le modèle de l'EBM : chronique d'un échec annoncé ?**

L'Evidence-Based Medicine est proposé comme un système global de production, d'évaluation, d'articulation, et de circulation des savoirs professionnels. Comme je l'ai montré, ce modèle se concrétise plus réalistement en tant que système de production, évaluation, et circulation de recherches quantitatives. Le décalage existant entre les prétentions de l'EBM et ses réalisations concrètes aboutit à un système d'évaluation des savoirs incomplet, en partie impensé, puisque les savoirs expérientiels n'y sont pas problématisés. Ce sous-chapitre confronte la modélisation de l'évaluation proposée dans le cadre de l'EBM à la lumière de l'enquête réalisée.

Les manuels de l'EBM problématisent les savoirs issus de la recherche, mais ne proposent pas d'instruments pour penser la qualité des savoirs expérientiels, plaçant tous les discours et toutes les

expériences à un même niveau. Dans la pyramide des niveaux de preuve, les savoirs expérientiels sont résumés à *l'avis d'experts*, ce qui forme une réduction extraordinaire des sensations, observations, réflexions, et actions multiples formant ces savoirs, et des phénomènes organiques les sous-tendant. La construction complexe et particulièrement diversifiée des savoirs expérientiels mise en lumière à partir du cadre théorique de l'anthropologie des habiletés et de l'enquête réalisée, souligne l'incommensurabilité existant entre savoirs expérientiels et savoirs issus des recherches typiques de l'EBM. La diffusion de la pyramide des niveaux de preuve scelle d'ailleurs un rejet des savoirs expérientiels, qui s'il n'est total, empêche une problématisation de leur pertinence en regard des besoins des familles. Mais, reconnue ou pas, l'expérience et l'intuition en découlant, sont véhiculées dans les communautés de pratique en tant que savoirs agis par émergence (Dreyfus and Dreyfus 1988, Clark 1998), ceci pour le meilleur et pour le pire. Certaines représentations et pratiques autour de la naissance sont problématiques, de nombreux auteur-e-s l'ont interrogé<sup>314</sup> et cette enquête l'a également montré. Cette imperfection, inhérente à toute entreprise humaine, doit-elle faire rejeter l'ensemble des savoirs expérientiels des professionnel-le-s ? Ces productions méritent-elles d'être confinées aux tréfonds de la pyramide des niveaux de preuve, en référence aux expressions du pire ? Ou peuvent-ils être considérés à partir d'une analyse réflexive au cas par cas ?

L'incertitude qualifiant les savoirs expérientiels est directement accessible à l'observation ethnographique, par exemple lorsque l'accompagnement se traduit en une pression ou un jugement envers les femmes et, ne contribue pas à une meilleure expérience de la naissance<sup>315</sup> (Kitzinger 2006, Baillif 2014, Maffi 2014). Cependant, dans la mesure où une large part de l'accompagnement n'est pas informée par la recherche, ce n'est pas en privilégiant les savoirs issus de la recherche que l'on résoudra l'intégralité des problèmes posés par la réflexion et la pratique cliniques. L'EBM permet de traiter les questions qui par leur régularité et leur relative simplicité relèvent d'un traitement quantitatif, mais ne résout pas les multiples questions du quotidien demandant une approche holiste et contingente du soin (Mol 2008). Problématiser et penser la qualité des soins et de la médecine, comme souhaitent le faire les médecins et les soignants promoteurs de l'EBM, demande donc autant de définir l'efficacité de traitements par des ECR, ou d'autres devis de recherche, que de trouver des moyens pour problématiser les aspects de la pratique échappant à la logique de l'EBM.

Différentes modalités de questionnement et d'évaluation des savoirs découlant de l'expérience pourraient être explorées. Les instruments de l'anthropologie montrent d'ailleurs dans cette enquête qu'ils permettent de faire émerger des questionnements utiles non seulement du point de vue des sciences sociales, mais également de celui des professionnel-le-s de la santé. Les résultats

---

<sup>314</sup> Voir par exemple...

<sup>315</sup> Notes auto-ethnographiques et de terrain.



complètent par exemple certaines observations faites au sujet des inégalités d'accès aux soins de santé en révélant certaines des voies conduisant à ces problèmes récurrents des systèmes de santé. L'enquête montre par exemple certaines des circonstances participant de la perception clinique et de la réflexivité, ainsi que des obstacles à la construction des savoirs, que ceux-ci procèdent de logiques culturelles ou soient sous-tendus par les tensions existant entre les professions et les institutions. L'écoute des sages-femmes évoquant les conditions de travail différentes entre le milieu hospitalier et le milieu indépendant, présentées au chapitre 5, fait par ailleurs ressortir que les conditions de travail en milieu hospitalier menace bien plus directement la qualité de l'accompagnement que l'utilisation *per se* de savoirs subjectifs.

A l'issue de cette enquête, l'EBM n'apparaît pas à même de réguler les problèmes qui se posent autour de l'accompagnement de la naissance. L'étendue de son questionnement n'inclut en effet pas l'ensemble des dimensions et des acteurs concernés par la naissance et son accompagnement. En insistant sur les démarches conduisant à la sélection d'interventions génériques, en posant un regard sévère sur les initiatives des gens de terrain, certes parfois justifié, ce mouvement social détourne l'attention d'importantes problématiques, notamment les effets de la rationalisation des soins et ceux des tensions entre les professions. Ces effets, en termes de baisse de qualité de l'accompagnement ou de la communication interprofessionnelle, sont accessibles à partir de l'écoute de professionnel-le-s et de parents. Ces données issues de l'expérience demandent parfois à être réinterprétées ou approfondies, à la lumière de réflexions ou d'outils conceptuels issus des sciences sociales, mais pas toujours.

Aux temps de l'EBM, le crédit accordé à la parole des praticien-ne-s est de plus en plus remis en question. Comme je l'ai montré au chapitre préliminaire, les sciences sociales ont été promptes à interroger la mise à l'écart des savoirs issus de l'expérience, soulevant ce problème à l'aube même de l'EBM (Gordon 1988). Mais en ces temps où la parole des praticien-ne-s ne fait pas savoir, les sciences sociales jouent aussi un rôle ambigu qu'il me semble important de relever. Leurs travaux interrogent et déconstruisent l'évolution de la médecine depuis quelques décennies en interprétant les discours et les pratiques des professionnel-le-s de la santé. Dans les courants critiques de la socio-anthropologie, qui interrogent les problèmes que pose la médecine aux personnes soignées à partir des systèmes de santé et des politiques des états, les savoirs des professionnel-le-s sont parfois interrogés avec un regard sévère (Good 1994). Ce regard est perçu par les sages-femmes et, ces praticiennes se sentent parfois prises entre deux forces critiques, celle de l'EBM et des médecins d'une part et, de l'autre, celle qui est issue des sciences sociales<sup>316</sup>. Etant donné les problèmes que

---

<sup>316</sup> Notes auto-ethnographiques

posent la *maladie de la gestion* (Gaulejac 2005, Rossi 2013) et la médicalisation de la naissance (Davis-Floyd 2003, Oakley 2004, Kitzinger 2006), ces praticiennes auraient pourtant besoin que leur voix et, leurs lancements d'alerte, soient autrement entendus.

Le traitement des savoirs expérientiels est d'ailleurs paradoxal. Reconnus en théorie dans le modèle de l'EBM, mais souvent réfutés en clinique, ces savoirs continuent d'être agis au quotidien. Et, si l'expérience individuelle suscite la méfiance, une dizaine d'entretiens ou quelques dizaines de questionnaires, transforme ce matériau trouble en données, les procédures méthodologiques formant de véritables agents de blanchiment de l'information. Les études de type Delphi, auxquelles il m'est arrivé de participer en tant que répondante, ont pour objectif d'établir des consensus entre experts, à défaut d'autres types *d'evidences*. Ces études, sont conduites à partir de questionnaires, avec des questions fermées ou courtes, permettant une exploitation rapide des données. Lorsqu'elles sont produites en sciences de la santé, ces procédures n'impliquent pas un travail réflexif au plan des circonstances historiques et sociales influençant la production des discours et, ne circonscrivent donc guère ni les influences culturelles, ni l'incertitude inhérente à la réflexion humaine (Douglas 1992). L'utilisation en pratique d'une étude Delphi conduite auprès de praticienne-s enculturé-e-s à une forte médicalisation de la naissance ou, peu au fait des inégalités sociales de santé, pourrait être problématique, faisant apparaître comme normales des interventions injustifiées ou omettant des priorités de santé publique. Ici, le regard à distance des sciences sociales permettrait que ces opérations de blanchiment de la parole soient déconstruites, avec pour finalité d'élucider et de réguler les influences culturelles participant des représentations des professionnels. Ce rôle impliquerait une utilisation plus appliquée de ces sciences, laquelle compléterait les travaux plus fondamentaux qui restent essentiels.

La dénégation, certes non totale, dont les savoirs expérientiels font aujourd'hui l'objet est doublement problématique. Le monde de la santé se prive tout d'abord d'une circulation de savoirs particulièrement détaillés qui relève de l'incorporation de l'expérience située. Ensuite, les limites des savoirs expérientiels - qui sont réelles du fait de leur incertitude, mais aussi du contexte actuel de la naissance - continuent d'être agissantes en pratique, n'étant pas régulées par les procédures issues de l'EBM. Reconnaisant les limites des savoirs issus de l'expérience, qui se montrent notamment lorsque les sages-femmes ne répondent pas aux besoins des parents, je propose maintenant de révéler deux modalités d'évaluation de ces savoirs, utilisées en pratique. Au sous-chapitre suivant, j'explicité tout d'abord par une réflexion auto-ethnographique, relevant d'une anthropologie des habiletés, comment je réagis aux différentes formes de discours émises par les sages-femmes, à l'intérieur de mon propre processus de construction de savoirs. Puis, dans un dernier sous-chapitre,

je montre différents processus, activités, et événements, qui sont utilisés par les praticiennes dans l'évaluation de leurs savoirs expérientiels.

### **12.3 Interroger la construction de savoirs incertains : de la variabilité des discours sur la pratique**

N'étant plus tout à fait naïve, je ne survalorise pas les savoirs expérientiels. Leur faillibilité est perceptible, prenant notamment la forme de propos peu nuancés ou d'analyses incomplètes à l'intérieur des discours des professionnel-le-s de la santé. Dans ce sous-chapitre, j'analyse différentes formes de discours utilisées par les sages-femmes, pour montrer comment j'appréhende cette diversité, soupesant l'intérêt des discours pour comprendre l'environnement de la naissance et de son accompagnement. Comme je le laisse transparaître, je porte ce regard réflexif en endossant mon identité de sage-femme, en su de celle d'anthropologue. Cette posture est commune aux anthropologues des habiletés, qui cherchent à comprendre leur activité à partir d'un regard tour à tour intérieur et extérieur à sa pratique. Ces auteur-e-s interrogent la construction de savoirs en observant les praticien-ne-s dans leurs environnements, mais également en décrivant ce qu'ils éprouvent depuis leur propre rôle d'apprenants ou de praticiens (O'Connor 2005).

Au cours de l'enquête, j'ai ainsi remarqué que je réagissais différemment aux discours des sages-femmes selon leurs contenus et leurs formes, accueillant certaines affirmations en tant que savoirs et me sentant sceptique à l'encontre d'autres affirmations. Par conséquent, j'ai interrogé ce qui me donnait une plus ou moins grande confiance dans les partages des praticiennes, ce qui me faisait considérer leurs discours en tant que savoirs plus ou moins crédibles ou, en d'autres termes, ce qui me permettait de considérer que tous les discours ne se valent pas. Le cadre de cette analyse ne répond évidemment pas exhaustivement à cette interrogation, qui pourrait être nettement affinée par une approche linguistique des discours, mais questionne l'essentialisation des savoirs expérientiels imposée par la pyramide des niveaux de preuve.

J'ai relevé déjà que l'assignation des savoirs expérientiels au fond de cette pyramide correspondait à une assimilation de tous les discours à l'expression du pire. Dans cette recherche, la triangulation des méthodes a permis d'entretenir des contacts variés et répétés avec les sages-femmes, par les entretiens enregistrés et non enregistrés, ainsi que les observations en situation de soin ou de collaboration. La triangulation confronte ce qui est dit à ce qui est fait, mais dépasse largement une perspective de contrôle de la sincérité des acteurs sociaux. Ce dispositif de recherche permet en effet d'entendre différentes intentionnalités des acteurs observés, et d'assister aussi bien à leurs réflexions fines qu'à leurs *coups de gueule* parfois caricaturaux. Réfléchir tranquillement parce que

les circonstances le permettent ou s'emporter avec colère, parce que certaines limites sont dépassées, ne produisent évidemment pas les mêmes contenus (Perrenoud 2014). Pour mieux comprendre les professionnel-le-s et ce qu'ils cherchent à communiquer, aux parents, entre eux, à d'autres professionnel-le-s, ou encore à des chercheurs en sciences sociales, j'ai exploré les circonstances de locution et les intentionnalités y étant rattachées. Le savoir expérientiel n'est alors plus rejeté en bloc, mais appréhendé en considérant son intérêt et ses limites.

Souvent, différentes tonalités de discours cohabitent chez la même personne, parfois dans le même entretien. Une rhétorique enflammée et critique évoquant la médicalisation jugée excessive ou le manque de considération ressenti par une sage-femme peut cohabiter avec des propos nuancés. A l'intérieur de son récit sur la naissance à domicile, Francine glisse ainsi une critique acerbe sur l'intervention des médecins en salle d'accouchement:

Ça c'est un stress nouveau, parce qu'une naissance à domicile, c'est pas pareil qu'à l'hôpital. Alors c'est bien parce que t'as aucune intervention, tu décides à deux avec le couple. T'es libre, t'as pas un médecin qui vient te polluer. T'as des couples qui sont engagés, qui ont une réflexion. C'est des beaux moments mais t'as une sacrée responsabilité, donc un stress à gérer et je trouve difficile. (Entretien enregistré, Francine)

Le terme *polluer* employé par Francine est très fort, insultant même pour les médecins, et l'on peut se demander quel genre de sage-femme prononce ces mots. Quelqu'un qui soit capable de collaborer et donc d'assurer la sécurité des femmes et des enfants? Francine emploie un discours à tonalité politique, corporatiste, discours qui sont souvent plus affirmatifs, plus émotionnels aussi. De mon expérience, je sais que ces discours sont à la mesure de certains mauvais vécus en milieu hospitalier, où les intrusions des autres, collègues ou médecins, ne se font pas toujours avec tact. Voici un exemple concernant le travail de certains médecins et sages-femmes:

Les femmes se sentent dépossédées face au monde des gynécos. Ce pouvoir médical je supporte pas. Je supporte pas. Et ça je le sens très fort, et c'est justement pour ça que je travaille de cette manière-là. Je peux pas imposer ma façon de faire, avoir des façons strictes. C'est à l'encontre de ma pensée, de ma façon de faire. Et justement, les mamans que je prépare pour l'accouchement, j'essaie de leur redonner cette espace, que c'est à elle. C'est pas parce qu'elles vont à l'hôpital, qu'elles doivent s'adapter au milieu hospitalier. Même à l'hôpital, qu'elles se disent c'est à la sage-femme de s'adapter et ça, c'est pas forcément évident. (Entretien enregistré, Corinne)

Parfois, les discours, notamment ceux qui comportent une intentionnalité politique, ont une fonction exutoire, exprimant alors des émotions fortes, que soulignent le ton de la voix, le choix des mots et, les attitudes corporelles. Dans ces situations, la sage-femme ne recherche pas la nuance, mais veut marquer son interlocuteur ou souligner l'intensité de son vécu. Dans une logique d'anthropologie des habiletés et de cognition ancrée, cette sage-femme vit son récit à la mesure des émotions que les

événements procurent. Son expression n'est donc pas complètement volontaire ou pensée. Voici un exemple qui souligne une fois encore les difficiles conditions de travail de l'hôpital :

On te culpabilise, genre t'es mal organisée. Tu as pas encore trouvé le temps de manger et d'avoir commencé ta provocation [d'un accouchement]. Elles sont douées les cheffes pour ça. Des fois tu fais des gardes, où tu cours pendant 12 heures à fond, donc t'as pas le temps de boire, t'as pas le temps de faire pipi. Une fois pendant 12 heures, je suis pas allé pisser, impressionnant. Mais c'est grave ! Et manger c'est encore une autre histoire. Heureusement t'es pas diabétique, t'as pas de problème de santé, tu tiens le coup. Et puis le matin t'as pas la cheffe, ni une collègue, qui te dit « Wahoo ! Bravo, merci. ». Rien. Non. T'as mal collé l'étiquette là et t'as oublié ça. (Entretien enregistré, Francine)

A d'autres moments, les discours se font descriptifs, factuels, lorsqu'ils évoquent le déroulement d'une situation. Plus loin dans l'entretien, Francine évoque d'une voix apaisée sa perception de la collaboration avec les médecins de la ville et montre qu'elle comprend leur point-de-vue :

Je trouve que pour collaborer avec les pédiatres ou les gynécos ça se passe bien. Je trouve qu'ils sont cool. Quand je les appelle, ils sont disponibles. Ça va quoi, ils sont accueillants. Peut-être aussi parce que j'ai l'habitude de collaborer, je viens de l'hôpital donc c'est quelque chose de normal pour moi. Bon je les ai pas appelé 10 milles fois chacun, mais en tout cas je trouve que ça va bien. Quand je me pose une question pour une jaunisse un peu limite, on discute. Je peux dire ce que je propose, que j'y retourne et, que je regarde la clinique. Je fais une prise de sang si jamais et ils sont assez cool. Mais je pense qu'ils aiment simplement avoir un contact et voir qu'on s'inquiète de ça et qu'on est pas olé-olé. (Entretien enregistré, Francine)

Les propos différenciés de Francine et de Corinne, - qui sont critiques à certains moments, mais non à d'autres - m'incitent croire ce que partagent ces sages-femmes. Ce ne sont pas des praticiennes qui seraient « simplement rôleuses » et qui fonctionneraient dans la logique de concurrence soulevée par la sociologie des professions. Leurs discours, parfois émis dans un langage populaire, imagé, sont néanmoins sous-tendus par une analyse circonstanciée des collaborations offertes aux sages-femmes et de l'accompagnement proposé aux femmes.

Au chapitre 6 et 10, j'ai décrit les situations de vulnérabilités rencontrées par les sages-femmes, sous l'angle de la construction des savoirs tout d'abord, puis sous celui de l'expérience de la naissance et de son accompagnement, ceci notamment à partir des discours des praticiennes. Celles-ci ont voulu me faire comprendre les situations concrètes vécues par certaines femmes, ainsi que les contraintes interférant avec le vécu de la naissance. Elles ont utilisé à cette fin des discours riches en détails, précis, donnant un aperçu systémique de la vie de famille. Ceux-ci me sont apparus comme particulièrement crédibles et je les utilise d'ailleurs en tant que traces, permettant d'établir l'une des sources participant à la construction des savoirs expérientiels. Je reprends aussi plusieurs de ces partages à l'intérieur de mes cours, soulignant ainsi qu'à mon sens ces savoirs méritent d'être transmis. Voici un exemple de l'une de ces descriptions détaillées, qui montre ici comment les événements, ici l'attachement réciproque d'Halise et de Camille, participent aussi de l'évaluation du

discours. Si Camille n'avait pas bien compris la réalité dont elle me parle, Halise aurait agi différemment :

Camille arrive dans les locaux communs. M'apercevant entrain d'attendre dans le bureau des sages-femmes, elle commence à me décrire une situation à laquelle elle pense beaucoup. Depuis plusieurs semaines, elle se rend au domicile d'Halise, une femme enceinte dont l'enfant est condamné, selon l'équipe médicale. Suite au diagnostic sombre, que Camille me décrit en détails, les médecins ont fortement suggéré à Halise et à son compagnon de procéder à une interruption thérapeutique de grossesse. La jeune femme a refusé cette option à plusieurs reprises. Croyante, elle ne peut envisager de décider la mort de son enfant, qui malgré ses problèmes, bouge en elle chaque jour. Elle n'est pas Dieu. Dans son récit, Camille insiste sur le point de vue d'Halise, répète comment cette dernière ne peut pas concevoir de décider de la vie et de la mort. Camille évoque les consultations difficiles que la femme vit lorsqu'elle retourne en maternité. Le personnel est mal à l'aise avec la décision de continuer la grossesse, jugée insensée, d'autant plus que cette décision est prise par une femme parlant peu français et ayant de la difficulté à défendre son point de vue. Les médecins ont peur de subir un procès si l'enfant survit et se développe avec un handicap lourd. Lors d'un téléphone de Camille avec une cheffe de clinique, cette dernière tient des propos insultants sur Halise, ne contenant plus les émotions que suscite le désaccord sur la suite du suivi. Camille regrette que la jeune femme, vivant une situation si difficile, ne trouve personne, à part elle semble-t-il, pour la comprendre et éprouver un peu de compassion. Régulièrement lorsque je croise Camille, elle me parle spontanément d'Halise et de l'évolution de sa situation. J'apprends ainsi le décès de son enfant après la naissance, puis deux ans plus tard la naissance d'un autre bébé qui va bien. Halise a tenu à ce que Camille soit également sa sage-femme pour la deuxième naissance, ayant selon toute vraisemblance apprécié son implication et son soutien et, tenant à partager sa joie avec elle. (Entretiens non enregistrés, Camille)

Certains discours sont récurrents, reflétant les valeurs explicites des sages-femmes et de leur communauté de pratique, par exemple leur désir d'offrir un accompagnement personnalisé aux femmes et aux familles. La récurrence de certaines affirmations souligne autant la force d'une valeur, celle de la personnalisation, que son possible glissement dans la catégorie des lieux communs professionnels. Ici, le style du discours permet de saisir lorsqu'une locutrice perçoit la subtilité que demande un accompagnement personnalisé. C'est par exemple le cas, lorsque cette locutrice montre ses doutes ou sa capacité à identifier des espaces de contradiction. Aux chapitres 6 et 8, j'avais déjà décrit les hésitations d'Armelle à propos du suivi des situations comprenant de la vulnérabilité et, ceux de Maude à propos de naissances à domicile. Parfois, l'entretien de recherche lui-même, lorsqu'une question surprend et ne sollicite pas les réponses les plus courantes, reflétant des valeurs communes, donne lieu à un espace de questionnement herméneutique. La réponse n'est plus alors rapide, atavique, mais se cherche avec lenteur et sincérité, pour qu'elle soit en adéquation avec les sensations de la praticienne. Voici ce que répond Rebecca, lorsque je lui demande ce que ses formations continues lui ont apporté, dans un extrait où les hésitations n'ont pas été expurgées:

En fait, je pense que la philo ça me donne juste une... ça me permet de créer un espace de... d'accueil de l'autre qui euh... J'interviens le moins possible et ça me va très bien de ... en fait de me retirer, de voir juste ce qui se passe et puis juste donner des petites impulsions. J'ai pas mon protocole de soin pour telle chose il faut faire ça. C'est plutôt de voir déjà ce qu'il y a en place, ce que la femme a l'habitude de faire et si je vois que ça va je vais pas... C'est dans ce sens-là, je vais... c'est créer cet état... j'appelle ça un espace d'accueil de l'autre. Donc ça m'aide moi, j'ai l'impression que je suis plus efficace comme ça, ça répond mieux ... j'arrive à mieux répondre à... je sais pas... si c'est au besoin de

l'autre ou si... c'est plus confortable pour moi en fait. Plutôt que de me dire mais l'autre il attend quelque chose de moi, il faut que j'apporte quelque chose, ça me stresse quoi. Plutôt que de me dire ça, voilà je vais déjà voir ce qui se passe, voir ce que l'autre il a et après donner des petites impulsions, enfin si c'est nécessaire. Mais plutôt laisser faire en fait. Je suis plus à l'écoute des ressources de la femme qu'elle a déjà plutôt que d'arriver moi avec toutes les solutions. Je peux mieux lui dire qu'elle sait déjà faire, qu'elle a déjà les compétences en main. Peut-être pas avec tout le monde. Je sens quand même qu'il y a des gens qui ont plus besoin qu'on les guide, qu'on leur dise quoi faire. (Entretien enregistré, Rebecca)

La forme employée pour évoquer la pratique donne accès à plus ou moins de sensations concernant la pratique elle-même. La praticienne donne ainsi moins d'informations sur ses attitudes lorsqu'elle reste dans un registre descriptif, un récit qui la met à distance de ce qu'elle fait. Rebecca transforme quant à elle une partie de son discours en une occasion d'observation, par une mise en jeu d'un extrait de consultation :

C'est une jeune femme qui a son premier bébé et que je sens angoissée. Elle demande tout le temps : « C'est juste ? », « Qu'est-ce qui est mieux ? », « C'est bien de faire ça ? ». Effectivement, je suis très tentée de lui répondre tout de suite : « Oui, oui ça va. », de la rassurer. Enfin ça me coûte un certain effort de me dire, attends, renvoie-lui peut-être la question : « Qu'est-ce que vous vous pensez qui est mieux ? ». Enfin pour la pousser à s'orienter elle-même un petit peu, pour lui faire sentir qu'elle aussi peut trouver la réponse. Par exemple là elle m'a demandé « Vous pensez que c'est bien de le faire dormir sur ce matelas ? » Plutôt que de répondre « Oui, oui ! », je lui demande « Qu'est-ce que vous pensez vous ? Est-ce vous avez l'impression qu'il dort bien là-dessus ? » A la fin c'est elle qui a conclu. (Entretien enregistré, Rebecca)

Cette technique de communication, consistant à renvoyer les questions est utilisée par plusieurs sages-femmes, par exemple Jeanne, Mia, et Jasmine et, moins par d'autres, qui répondent plus vite. Ici, le discours est soutenu, mais aussi nuancé, par les observations.

Parfois les confrontations entre ce que disent les sages-femmes et ce que disent les parents m'ont également permis de constater, comment ces praticiennes comprennent, ou ne comprennent pas, les familles. Dans un exemple déjà cité, Armelle m'avait raconté, pour que je comprenne le contexte de son intervention, le mauvais vécu du séjour hospitalier d'une femme victime de commentaires racistes, ceci avant le début de la consultation. La famille avait tenu à me parler de son expérience elle-aussi, laquelle se superposait au récit d'Armelle, tout en ajoutant des détails plus intimes. Bien entendu, certaines praticiennes ne comprennent pas toujours les familles et surinterprètent leurs observations, négligeant des aspects concrets pour se rattacher à des notions véhiculées dans le sens commun, par exemple au sujet de l'autonomie. Cependant, les informations véhiculées par les sages-femmes sont souvent confirmées par d'autres sources, que ce soient les parents ou des données de recherche. En ce sens, et en tant que sage-femme qui apprend quotidiennement au contact des autres – à l'instar d'autres anthropologues des habiletés qui travaillent dans les métiers de la construction ou pratiquent des sports de combat -, je ne me méfie pas *a priori* de ce que mes

collègues me disent, mais interprète de manière plus ou moins pensée, les conditions de locution et les contenus qui me sont adressés.

J'aimerais souligner encore que les discours s'accompagnent d'expressions corporelles, participant à l'information que me donnent les sages-femmes et à mon interprétation de leurs discours. Lorsque je relis des extraits d'entretien ou repense à certains partages spontanés, je vois la sage-femme me parler, le lieu de l'entretien, les expressions du visage de mon interlocutrice et j'entends les variations du ton de sa voix, ceci dans une logique de cognition ancrée et par le jeu des simulations neuronales. J'interprète chaque moment en vertu de la connaissance globale que j'ai pu construire de chaque praticienne. Un discours emporté ne me touchant pas de la même manière lorsqu'il est émis par quelqu'un de généralement calme ou par une sage-femme plus facilement emphatique. Lorsque les praticiennes entrent dans un jeu de rôle pour aborder une situation, à la manière de Rebecca ou d'Emma (chapitre 7), elles présentent des versions des événements tour à tour crédibles, dramatisées, burlesques, ou manipulées, permettant d'estimer les intentions du récit et de la démonstration. Partager, comprendre, se défouler, ou se défiler, se jouent sous des apparences différentes et relativement accessibles à l'observatrice. Ces tonalités non verbales des discours, participant de la densité de l'expérience et, de l'impression finale qui est laissée par un partage, ne peuvent par ailleurs pas être complètement retranscrites par écrit.

Les différentes tonalités de discours que les sages-femmes emploient, par exemple Corinne, Francine, Rebecca, Armelle et bien d'autres encore, révèlent à mon sens la prudence avec laquelle les chercheurs en sciences sociales doivent analyser les discours des acteurs sociaux. En ne tenant pas compte de ces différentes tonalités et en choisissant certains extraits plutôt que d'autres, la représentation des sages-femmes, ou d'autres professionnel-le-s, peut apparaître sous un jour qui ne reflète ni la diversité des postures professionnelles, ni les intentions qui sous-tendent celles-ci. Lorsque l'on considère les tensions existant entre obstétriciens et sages-femmes, les choix des chercheurs qui exposent les opinions ou les réflexions des professionnel-le-s peuvent avoir des conséquences concrètes en pratique, par exemple sur la perception qu'ont les un-e-s des autres et donc sur la collaboration ou sur le déroulement même de l'accompagnement des familles.

Ces différents exemples soulignent une fois encore la condition incertaine des savoirs issus de l'expérience. À la lumière de ces différents types de discours, j'ai spontanément utilisé plusieurs critères pour pondérer l'intérêt de ces productions variées, et envisager l'usage que j'allais en faire. Était-ce un savoir important à transmettre aux étudiantes sages-femmes ? Une représentation controversée à déconstruire à partir d'autres travaux publiés en sciences sociales ? Un énoncé à tempérer, parce qu'il était amené de manière un peu brutale ? J'ai tenu compte des formes



d'élocution que je viens de présenter, formes qui ont influencé ma considération, puis mon usage des discours entendus.

J'ai ainsi été sensible au niveau de détail des descriptions, donnant ou non, une représentation dense des situations rencontrées, laquelle saisit les enjeux des situations et les intentions des acteurs (Piette 1996, Geertz 1998, Denzin 2001, Ponterotto 2006). Ces discours denses s'opposaient à d'autres discours usant de stéréotypes culturels ou de réflexions partant de l'imaginaire ou du conceptuel, plutôt que du concret, formant un contraste qui m'a permis d'interroger la crédibilité de ces productions. La plus ou moins grande réflexivité exprimée par les sages-femmes dans leurs discours m'a également interpellée. La réflexivité consiste ici en une capacité à se questionner, à envisager ou accepter les limites de ses compétences et de ses actions. Les réflexions des sages-femmes sont suscitées par les réactions des parents, l'évolution des situations et, les effets du suivi sur celles-ci. Lorsqu'elles pensent leur activité, les praticiennes recherchent des indices permettant de définir si leurs attitudes ont été utiles ou non, envisagent des alternatives à ces attitudes et, abordent les limites de leur rôle. Dans les discours réflexifs, les critiques et les éléments de satisfaction cohabitent, les praticiennes tentant alors de faire la part des choses. Ces discours comportent ainsi des hésitations, des doutes, ce que montrait l'extrait de Rebecca au sujet de l'influence de la formation continue. Dans ces moments réflexifs, qui se construisent entre plusieurs praticiennes, avec des médecins voire avec des chercheurs en sciences sociales, les sages-femmes répertorient et interrogent les éléments cliniques, leurs actions et, la chronologie des événements, reconnaissant l'incertitude inhérente à leur activité.

Ensuite, j'ai tenu compte de la plus ou moins grande spontanéité des discours. Lorsqu'elles évoquent la naissance et leurs activités, les sages-femmes peuvent être spontanées ou s'inscrire dans une logique de sociologie des professions, défendant alors leur rôle et questionnant celui des autres acteurs du réseau socio-sanitaire (Cavalli and Gouilhers 2014, Perrenoud 2014). Un discours que j'appelle « spontané » ne semble pas poursuivre un objectif corporatiste ou de mise en avant de soi. La sage-femme prise par son récit et par la situation de soins qui le motive, laisse glisser sa réflexion, enchaînant les idées de proche en proche et, semblant presque oublier la situation d'entretien. Dans ces envols, les sages-femmes abordent des aspects de leur pratique qui sont difficiles ou leur tiennent à cœur, tels que la solitude de certaines femmes ou le contact avec les familles dites *choux*. Ces discours spontanés sont parfois émis avec un sentiment d'urgence pour partager une situation marquante avec la première collègue venue, comme l'avait fait Camille ou Léa (chapitre 8).

Les formes des discours et les attitudes qui les accompagnent, pendant les entretiens, mais aussi pendant les observations, donnent une multitude d'informations participant de l'accueil donné à ces

discours. J'ai complété ce niveau d'interprétation à partir de travaux construits en sciences sociales, ce qui souligne l'utilisation de mon parcours personnel dans mon analyse. Lorsque les sages-femmes évoquent le risque, l'autonomie des femmes ou, les inégalités sociales de santé, elles s'inscrivent en des terrains balisés par ce champ disciplinaire. Souvent, leurs discours et leurs pratiques remettent en scène, et donc confirment, les analyses critiques formulées par les sciences sociales. C'était par exemple le cas de la diffusion intensive de conseils abordée au chapitre 8, évocatrice des travaux de Boltanski (1984), de Delaisi de Parceval (1998), de Neyrand (2000) et de Memmi (2014). Cependant et souvent également, les sages-femmes adoptent un point de vue critique sur l'accompagnement de la naissance, émettant des discours qui sont en parenté avec ceux de chercheurs en sciences sociales. Même si les styles discursifs des praticiennes et des chercheurs sont sensiblement différents, ces parentés entre savoirs de terrain et savoirs issus de la recherche renforcent la légitimité des analyses des sages-femmes. Leurs réflexions ne devraient alors plus être considérées comme anecdotiques, étant soutenues par d'autres voix qui sont légitimées par le système académique. Par ailleurs, les discours des praticiennes dépassent parfois le niveau de détail contenu dans les recherches, amenant aux réflexions une densité et une dramaturgie inédites, marquant ainsi la complémentarité entre savoirs de terrain et savoirs issus de la recherche.

Différentes formes de discours sont émis par les sages-femmes à propos de leurs pratiques, participant de la construction de leurs savoirs expérientiels. L'écoute de ces discours et, l'observation des comportements qui les accompagnent, fait émerger des indices qui permettent d'estimer ce que ces discours disent des réalités de terrain. Par cette démarche presque spontanée et impensée sur le lieu de l'enquête, mais qui est explicitée ici, les discours font parfois savoir, ou sont d'autres fois matériau à interpréter de manière plus critique. Reconnaître l'expérience en tant que source de savoirs, n'implique pas une acceptation naïve des discours formulés à propos de la naissance ou du rôle professionnel, mais invite à questionner leurs intentionnalités et leurs formes pour mieux les mettre en perspective. La réflexion clinique est *a priori* imparfaite, souvent inachevée, interrompue par les contingences de l'activité, ou emportée par les émotions que provoquent les situations de soin ou de collaboration. Ceci dit, je remarque que certains aspects de la pratique ne peuvent pas être appréhendés selon d'autres modalités que l'écoute et l'observation de professionnel-le-s. Prenant un regard impliqué, je propose donc de questionner plutôt que de rejeter ces formes de savoirs, tant de mon point de vue de professionnelle que de celui de chercheuse en sciences sociales. Ici réapparaît l'intention de construire un objet avec, et non par sur des acteurs sociaux. Par son originalité ou les circonstances de sa pratique, une seule voix fait ainsi parfois savoir. Pour que les messages émis par cette voix puissent circuler, ce n'est évidemment pas de méfiance dont il fait défaut, mais d'une attention, à la fois ouverte et réflexive, à l'autre et à ses productions.

Le modèle de l'EBM qui a renforcé la méfiance à l'encontre des savoirs expérimentiels des professionnel-le-s, sur la base de problèmes avérés je le rappelle, est proposé en tant qu'instrument principal d'évaluation des pratiques. Cette proposition tend à faire oublier que des processus d'évaluation variés sont utilisés au quotidien par les professionnel-le-s de la santé (Kühne 2009, Kühne 2012). Pour terminer ce chapitre, j'évoque différentes modalités d'évaluation de la pratique auxquels recourent les sages-femmes et qui participent de la construction de leurs savoirs.

#### **12.4 L'évaluation des performances en situation et en communauté de pratique**

Les performances des sages-femmes, ainsi que celles des autres acteurs professionnels travaillant autour de la naissance, interviennent dans la vie de femmes et de familles, et doivent de ce fait être interrogées et évaluées. L'ECR, comme je l'ai montré, ne permet qu'une évaluation limitée des différentes formes d'accompagnement, car il procède de dimensions incommensurables à la pratique. L'efficacité de l'accompagnement et du soin se joue largement à un niveau situationnel et contingent et, concerne des questions dépassant les représentations courantes et réductionnistes de la naissance. Au quotidien, les sages-femmes pratiquent, mais subissent également, l'évaluation de leurs prestations à ces niveaux contingents et situationnels, dans une logique microsociale du soin (Mol 2008). Des processus et opportunités d'évaluation se réalisent par ailleurs aussi dans les échanges que permet le travail en communauté de pratique. Ces processus d'évaluation ne sont évidemment pas « parfaits », des questions restent en suspens et certaines familles sont insatisfaites. L'humaine imperfection de ces processus ne doit pas cependant faire dénier leur existence.

Dans leurs relations avec les femmes et les familles, les sages-femmes utilisent différentes stratégies pour évaluer leurs actions, que ce soit pour ajuster une position d'allaitement en l'observant et en échangeant avec une femme ou, en faisant une check-list en fin de consultation pour vérifier que leur récolte de données est complète, malgré le déroulement non prédéfini de la visite. Ces praticiennes vérifient auprès des parents si ce qu'elles ont proposé ou si ce que les parents ont effectué leur a ou non convenu, afin d'ajuster leur action au fur et à mesure. L'évolution du poids du bébé, par un regard clinique ou par le chiffre que donne la balance, renseigne sur l'évolution de l'allaitement et lorsque cela est nécessaire, sur l'efficacité des mesures suggérées. Ce qui convient pendant quelques jours peut ne plus être adéquat au bout d'une semaine, ce qui convient dans une famille, ne va pas nécessairement à une autre. Au cours des entretiens, les praticiennes insistent sur la nécessité d'être souples et de s'adapter à l'évolution des besoins des parents. Lors des consultations, elles dialoguent avec eux pour évaluer les actions proposées au cours des visites précédentes et pour définir la suite du suivi. Dans ces moments, les praticiennes écoutent les parents et prennent en considération leurs initiatives. Corinne dit par exemple, sur un ton enjoué, satisfait,

« *vous pourriez le refaire seule* » ou « *vous n'avez pas besoin de moi* » en entendant les parents évoquer les stratégies qu'ils ont employées. Des négociations permettent parfois d'introduire les résultats de recherche à la pratique, notamment en ce qui concerne l'allaitement, mais plus souvent, l'expérience et l'échange avec les parents sont les uniques moyens d'évaluation à disposition.

Les processus d'évaluation adoptés sont tributaires des trajectoires et des compétences spécifiques de chaque sage-femme. Certaines les ont complètement intégrés à leurs discours et ponctuent les échanges de nombreuses micro-évaluations prenant la forme de reformulations et de questions, illustrant la logique du soin décrite par Mol (2008). Dans ces situations, percevoir l'évaluation demande beaucoup d'attention, car celle-ci, fluide, est intégrée à l'échange et détonne passablement avec les moments de choix éclairés, ritualisés, qui sont sortis des interactions normales pour être rendus très visibles aux familles. Évaluer l'adéquation du soin est ici une habitude discursive, devenue simple avec le temps pour ce qui concerne les questions habituelles. Cette habitude n'est cependant pas intégrée par toutes les sages-femmes, ou pas avec la même densité, soulignant une fois encore la dimension personnelle des savoirs.

Le suivi continu permet d'avoir un regard *a posteriori* sur les propositions effectuées. Lorsqu'elles reviennent, les sages-femmes observent comment leurs propositions ont fonctionné et demandent explicitement aux femmes comment elles ont appréciés les optiques de soins proposées. Cette possibilité de suivi compose une différence radicale avec le travail à l'hôpital, comme cela a été relevé par plusieurs sages-femmes au chapitre 5, même si une petite proportion des suivis est effectuée sur un mode continu dans l'un des établissements publics de la région. Si la réflexivité professionnelle a ses failles, manquant sans doute de recul, parfois de courage aussi, il n'empêche que la continuité des soins offre de plus nombreuses possibilités de questionner l'adéquation de l'accompagnement.

Gaëlle évoque son malaise au sujet de l'accompagnement d'un couple dans une discussion entre plusieurs collègues. La famille qu'elle suit a plusieurs difficultés d'ordre socio-économique et des attitudes parfois dures avec leurs enfants. Gaëlle n'a pas la sensation d'être écoutée, ni d'être perçue comme un soutien et, elle se demande ce qu'elle pourrait faire de différent. (Observation d'une discussion de groupe)

L'évaluation des prestations survient parfois par un coup de semonce des parents, lorsque ceux-ci demandent à changer de sage-femme en cours de suivi. Dans ces situations, la praticienne « congédiée » sait que son attitude n'a pas convenu et elle peut demander ce qui a poussé les parents à changer de sage-femme, information que lui donnera la collègue qui la remplace. Suite à une demande de changement, Justine apprend qu'elle a été perçue comme étant nonchalante par une famille. Ce partage, confrontant, lui a permis de questionner ce qui donnait cette sensation aux

parents et l'a amenée à modifier certains comportements. D'autres sages-femmes ne demandent pas à connaître les motivations des parents ou, ne les problématisent pas, montrant ainsi les limites de ces démarches effectuées sur une base volontaire.

Les praticiennes utilisent également leurs pairs pour évaluer leurs prestations. Elles racontent, interrogent et, critiquent, les situations et leurs attitudes, ce qui leur permet d'évoluer et de s'inspirer mutuellement. Certaines sages-femmes n'appartenant pas à l'Arcade se réunissent en petits groupes et procèdent à des interventions directes et indirectes. A quelques reprises durant l'année, ces praticiennes invitent une collègue à venir les observer, dans le double objectif d'inspirer leur pratique et de l'interroger. Durant les observations, certaines sages-femmes m'ont d'ailleurs demandé un feedback sur leur manière de travailler, ce que j'ai fait. Après quelques réticences, liées à la difficulté d'être confrontée par un pair, Maude a accepté de réfléchir à l'impressionnante quantité de conseils qu'elle donne et, Joëlle a questionné l'interférence que sa posture féministe produisait dans le suivi de certaines familles.

L'écoute des autres, de leurs points de vue, que permet l'organisation de la communauté de pratique, invite les sages-femmes à se questionner par effet de contraste. Les échanges sont une occasion d'apprendre de l'autre, de ses points de vue, de ses engagements. La capacité à se questionner est évidemment inégalement répartie, quelques sages-femmes tendant à défendre leurs propres postures et s'ouvrant plus difficilement à celles des autres. Les contacts avec les médecins sont également utilisés pour évaluer les pratiques, notamment dans les situations comprenant une pathologie. Ces praticien-ne-s sont contactés pour le suivi de situations concrètes ou pour connaître de nouvelles recommandations pour la pratique clinique. Ces occasions permettent de confronter les recommandations médicales aux pratiques actuelles, d'évaluer et ajuster celles-ci le cas échéant.

Cette dimension subjective de l'évaluation *in situ* ne peut qu'être complétée et non remplacée par d'autres formes d'évaluation, en raison de l'incommensurabilité des dimensions de l'expérience impliquées dans les ECR et la pratique en milieu clinique ou à domicile. Une intervention relationnelle qu'un ECR désigne comme efficace ne l'est d'ailleurs qu'à certaines conditions, se jouant au moment de l'interaction entre professionnel-le-s et familles, dans la logique du soin (Mol 2008). Les résultats positifs d'un ECR peuvent ainsi être faussement rassurants si les professionnel-le-s les considèrent comme des garanties et omettent de considérer cette logique interactionnelle du soin. L'évaluation des pratiques au quotidien n'est donc pas un pis-aller en attente de résultats de recherche. Réduire l'incertitude de l'accompagnement passe par une problématisation de cette pratique et de ses processus d'évaluation. En rejetant la dimension subjective de l'analyse et de la

pratique, en refusant d'écouter l'avis de pairs, certains médecins et sages-femmes promoteurs de l'EBM, perpétuent en définitive les problèmes qu'ils avaient l'intention et la prétention de régler.

## 15.5 Synthèse

L'enquête souligne la richesse des savoirs expérientiels, en termes de processus, de sources, et de contenus, que construisent des sages-femmes indépendantes dans leur travail en communauté de pratique et au domicile de familles. Ces constructions quotidiennes, dont la pertinence, en regard des besoins réels des parents, est évidemment variable, ne peuvent pas être remplacés, du moins jamais intégralement, par d'autres sources de savoirs, notamment celles qui sont standardisées et qui proviennent de l'EBM. Le défi des praticien-ne-s n'est donc pas de remplacer les savoirs incertains de l'expérience par de fausses certitudes, mais bien bon an mal an, d'interroger, en parallèle à l'usage de savoirs dits *scientifiques*, leurs constructions quotidiennes.

Les multiples interrogations que les sciences sociales ont posées sur l'accompagnement de la naissance, qui bien qu'elles puissent apparaître complexes ou parfois abstraites dans leurs formes pour certain-e-s professionnel-le-s, pourraient également être utilisées plus activement pour interroger les pratiques. Les observations faites par de nombreux chercheurs continuent de se vérifier et elles pourraient nourrir les remises en question que de nombreux professionnel-le-s semblent prêt-e-s à conduire. Le va-et-vient entre lectures en sciences sociales et expérience de terrain a ainsi influencé les contenus de mon enseignement et ma motivation à faire connaître les interrogations des anthropologues et sociologues de la santé aux étudiantes.

L'enquête montre également que les aptitudes à auto- ou co-évaluer un accompagnement sont inégalement acquises et pratiquées par les acteurs individuels. Ces aptitudes sont à mon sens peu favorisées par le système de santé contemporain, sa culture du blâme et sa maladie de la gestion (Douglas 1992, Gaulejac 2005), qui poussent les professionnel-le-s à se protéger en montrant une façade lisse, plutôt que leurs failles, - ce que j'avais beaucoup vécu en milieu hospitalier.

## **Chapitre 13. Forces, limites et perspectives de l'enquête ethnographique :**

Comme l'a relevé Gaboriau, une thèse de doctorat peut prendre la forme d'un objet fini, mais consiste parfois plus réalistement en un bilan provisoire d'un travail en cours, d'une exploration approfondie restant à plusieurs égards incomplète. Gaboriau enjoignait d'ailleurs les thésards à oser dévoiler l'imperfection de leur réflexion, à laisser apparaître les incohérences et à résister à la tentation esthétique d'une apparence trop lisse et aboutie, en décalage avec les réalités du terrain (2004). Cet appel à l'imperfection assumée a été un soulagement, car même si je sens l'urgence de ponctuer l'étape de la thèse, pour respecter l'engagement des sages-femmes et des parents qui m'ont accueillie, cette réflexion pourrait encore être étayée.

Dans cette dernière partie de la synthèse, je propose d'évoquer les forces et les limites de mon enquête, ainsi que les perspectives de recherche pouvant la prolonger. Je commencerai par les forces de ce travail, puis discuterai de ses limites pour aborder, enfin, d'autres perspectives de recherche.

### **13.1 Construire les savoirs : quand l'ethnographie définit l'art professionnel**

Depuis leur début, les critiques adressées à l'Evidence Based Medicine mettent en cause l'incapacité de ce modèle à prendre en considération l'art professionnel de la médecine et des soins. Cette critique est généralement posée à partir d'une définition générique de cet art, résumé en un signifiant vague qui ne permet guère la construction d'une réflexion rigoureuse (Timmermans and Berg 2003). L'art de la médecine et des soins demande donc à être défini au sein de différents contextes de pratique, ce que cette enquête ethnographique a contribué à réaliser, par l'identification de différents processus, sources et contenus participant de la construction de savoirs expérientiels à partir de pratiques situées. Cette démarche, non exhaustive, détaillant comment différentes dimensions de l'activité et de la vie participent à la construction des savoirs, constitue la plus grande originalité de ce travail.

Les sources et les modalités de construction des savoirs sont multiples et imbriquées, intervenant ensemble dans l'expérience holiste des rencontres entre les sages-femmes et les familles, entre les sages-femmes elles-mêmes ou dans leurs relations avec les membres du réseau socio-sanitaire. Ces différents savoirs sont autant explicites qu'implicites, issus aussi bien de la formation, que de l'expérience professionnelle, et personnelle, et sont fortement rattachés à l'écologie de l'activité. Les actions, attitudes, et représentations, marquent autant l'appartenance à une communauté de pratique qu'elles soulignent la trajectoire personnelle des membres de cette communauté, constituant des traces de ces trajectoires, ainsi que de la personnalité de chaque sage-femme. En ce

sens, ces savoirs sont à la fois socialement partagés et personnels, ce qu'avaient déjà observé les anthropologues des habiletés (Marchand 2010).

Les savoirs communautaires sont d'abord des actions et des attitudes se répétant au quotidien et posant le groupe de sages-femmes indépendantes en tant que segment professionnel. Ce sont la temporalité de l'activité, centrée sur les besoins plus que sur les moyens, certains détails comme les positions physiques adoptées ou les choix lexicaux, mais également l'investissement émotionnel et l'organisation de la consultation à domicile souvent orchestrée autour de l'état de veille du nouveau-né. Ensuite et c'est essentiel dans cette réflexion, le contact avec la ville et les conditions de vie de ses habitants intervient substantiellement dans la construction des savoirs sur la naissance, permettant aux sages-femmes de mieux comprendre les contraintes auxquelles les familles sont soumises, ainsi que les besoins concrets en découlant, qu'il soit ou non possible de répondre à ceux-ci. Le contact multisensoriel avec la ville, avec ses quartiers et ses appartements, facilite l'adoption d'une compréhension systémique du vécu de la naissance et aident les sages-femmes à sortir du réductionnisme biomédical. Ensuite encore, le parcours professionnel et personnel des sages-femmes s'exprime dans les sensibilités, dans la capacité d'attention à certaines problématiques des familles. Selon les activités qu'elles privilégient, les sages-femmes rencontrent par ailleurs des familles issues de milieux sociaux différents, ce qui les confronte à des savoirs diversifiés sur la naissance et son vécu et aboutit à la composition de différents sous-segments professionnels. Ceux-ci peuvent être en concurrence en ce qui concerne notamment les définitions du rôle professionnel et, comme je l'ai relevé, cela a une incidence en termes de santé publique. Les sages-femmes qui sortent de l'obstétrique ordinaire pour effectuer des tâches touchant à la sphère sociale, jouent un rôle important pour les familles en situation de vulnérabilité socioéconomique. Enfin, la vie et le travail en communauté de pratique offrent de multiples opportunités de partager et de confronter des savoirs, dans un climat qui peut être plus ou moins propice aux débats et à la réflexivité, contribuant ici aussi à façonner la conception de la naissance et du rôle professionnel.

L'observation et la réflexion anthropologiques dévoilent certaines des pratiques utiles aux familles. Dans la logique contemporaine qui tend à vouloir standardiser les « bonnes pratiques », celles-ci devraient être répliquées pour qu'elles bénéficient à l'ensemble des familles soignées. L'enquête effectuée montre cependant que cette réplification n'est pas souvent réalisable, que certaines pratiques utiles sont issues de contingences non maîtrisables. Par exemple, les sages-femmes travaillant dans un quartier où elles habitent, depuis une à deux décennies au moins - elles sont nombreuses dans ce cas - développent une intelligence locale permettant de renseigner finement les parents sur les prestations de l'Etat ou d'associations et qui, sont destinées à la petite enfance.



D'autres sages-femmes ne vivant pas dans le quartier où elles travaillent, ou travaillant pour différentes raisons sur de plus grandes superficies, n'atteignent pas ce degré de détail dans leur accompagnement. Demander à ces sages-femmes de travailler dans le quartier où elles habitent, pour promouvoir « une bonne pratique » ne serait pas applicable. Les familles qui habitent dans des zones excentrées ont besoin de sages-femmes autant que les autres, d'où l'importance que certaines sages-femmes se déplacent beaucoup et connaissent peu les quartiers ou les localités dans lesquelles elles exercent. Ces praticiennes approfondissent d'autres aspects de leur pratique, en fonction de leur offre de soin et de leur clientèle. La « bonne pratique » dans leur cas consiste à participer à l'universalité de la couverture en soins postnataux.

L'enquête montre également comment les histoires de vie des sages-femmes, notamment leur propre vécu de la naissance, interviennent en tant que savoirs non maîtrisables dans le quotidien professionnel. Personne ne souhaite une dépression du post-partum, un allaitement difficile ou des commentaires déplacés émis par des soignants. Pourtant lorsque ces événements surviennent, ils s'incorporent en tant que mémoires multisensorielles chez les sages-femmes et entrent en résonance soit avec ce que vivent les familles, soit avec les postures prises par les collègues au cours de discussions. Ces savoirs sont marquants et particulièrement détaillés puisqu'ils intègrent l'expérience corporelle, les sensations, les émotions et les sentiments dans une logique de cognition incorporée (Barsalou 2008). Le rappel de l'expérience personnelle au contact des familles est en soi inévitable, puisqu'il procède de simulations neuronales spontanées émergeant à partir du contact avec les familles. Par ailleurs, cette convocation du soi dans le soin ne concerne pas que les épisodes de maternité, mais comme je l'ai montré au sujet de l'idéal d'autonomie, comprend également des représentations et des valeurs à la fois personnelles et culturelles.

Les savoirs personnels sont explicitement reconnus par certaines sages-femmes, déniés ou critiqués par d'autres. Utilisés sous la forme d'hypothèses de compréhension, avec tact et prudence, sans projeter de surinterprétations sur les familles, ces savoirs semblent avoir une utilité en pratique, par la complétude que procure l'incorporation. Dans les échanges entre collègues, les savoirs incorporés permettent de faire valoir les points de vue de femmes non représentés dans une conversation. Cela était par exemple le cas de sages-femmes ayant un mauvais vécu de l'allaitement et appelant à plus de souplesse envers la promotion de cette pratique. Ce type particulier d'advocacy<sup>317</sup> est possible lorsque les professionnel-le-s acceptent de considérer les expériences personnelles en tant que savoirs, ce qui dans le climat actuel ne va pas de soi. Ces expériences deviennent alors des exemples emblématiques permettant de confronter les représentations majoritaires de la naissance ou du rôle

---

<sup>317</sup> Terme émiqne fréquemment utilisé dans la formation des sages-femmes.

de sage-femme. Les savoirs personnels sont parfois utiles dans la relation avec les familles, à condition que les sages-femmes continuent à s'adapter aux vécus et aux besoins de celles-ci et que le recours au registre personnel reste mesuré. Si certains parents recherchent activement ces savoirs, ce qui est à prendre en considération dans leur appréciation<sup>318</sup>, d'autres n'en veulent en effet pas, ramenant à une logique de la contingence des savoirs.

L'enquête dévoile ensuite que les savoirs théoriques reposant sur des recherches issues de l'EBM ne forment qu'une part minoritaire des savoirs utilisés par les sages-femmes, du moins dans la période postnatale. L'utilisation d'une proportion élevée de savoirs non standardisés ne fait cependant pas l'objet d'un choix délibéré de la part des sages-femmes, lequel reposerait sur une défiance envers l'autorité médicale. La diversité et, l'importance des savoirs construits et agis en pratique, apparaissent à travers l'observation et l'interprétation dense propre à la démarche ethnographique. Le contact des sages-femmes avec les familles et leur environnement implique de nombreuses micro-activités d'ajustement interactionnel, lesquelles ne sont pas prises en considération dans les recherches utilisant des descriptions minces. Dans le corpus de recherches typiques de l'Evidence Based Medicine analysé dans ce travail, les problématiques sont résumées et essentialisées en tant qu'entités génériques tel que « stress », « anxiété » ou « dépression ». Ces définitions qui peuvent être utiles en recherche et parfois en pratique pour résumer une situation, omettent cependant par définition les multiples détails signifiants sous-jacents, faisant alors des états psychologiques ou psychopathologiques des entités tronquées de leurs vécus concrets (Horwitz and Wakefield 2007, Corcos 2011). Un commentaire analogue peut être effectué à propos des interventions professionnelles qui sont, elles-aussi, résumées dans les recherches et parfois dans les discours pour apparaître sous une forme générique, certes parfois utile, mais néanmoins incomplète. La démarche anthropologique rétablit en quelque sorte l'importance des détails de la vie dans la constitution des états subjectifs et dans la construction des savoirs, mettant ainsi en lumière la place des savoirs non standardisés dans le champ de la santé.

Les opérations de réduction typiques de la culture biomédicale (Helman 2001), omettent le lien entre vécus psychologiques ou psychopathologiques et circonstances de vie concrètes, lesquelles ne sont pas prises en considération ni au niveau de la description des états de santé mentale ni dans les réponses thérapeutiques se voulant standardisées (Corcos 2011). En ce sens et comme je l'ai développé, les représentations génériques de la santé mentale véhiculée dans le cadre de l'EBM réitèrent l'individualisation de la causalité en médecine et en psychiatrie. La démarche

---

<sup>318</sup> Il serait intéressant de définir si certaines familles sont plus favorables à l'utilisation de ces savoirs que d'autres. Intuitivement, j'ai la sensation que les familles dites éduquées y sont moins favorables que les familles issues de couches plus modestes de la population. Le rejet des savoirs personnels pourrait s'inscrire dans une logique de classe rappelant les travaux de Boltanski (1984).

ethnographique par l'attention aux détails qu'elle implique permet par conséquent un double mouvement. Elle dévoile premièrement comment les détails des situations rencontrées participent de la construction des savoirs pour dépasser les définitions de la santé mentale produites dans le cadre de l'EBM et du système DSM. Des récurrences sont observables, pour citer quelques exemples les solitudes, les violences aussi malheureusement, les difficultés à s'insérer dans une société suisse qui n'est pas toujours accueillante, ainsi que, plus près de l'obstétrique, les difficultés à appréhender les comportements du nouveau-né, dont surtout ses pleurs. L'expérience de la naissance se dévoile sous un jour très diversifié et ses aléas sont ancrés en des objets concrets sur lesquels les familles n'ont pas toujours prise. L'enquête dévoile ensuite et par conséquent comment l'accompagnement en tentant de s'adapter à ces situations variées, s'impose lui-aussi comme une construction en grande partie diversifiée. Il y a un socle d'attitudes qui se reproduisent, que ce soit au niveau de la communauté de pratique ou à celui des sages-femmes individuelles, mais ce socle est parfois bousculé ou alors complété par des actions performées dans une tentative, souvent impensée, d'adaptation aux situations. En mettant en évidence les spécificités et les détails de l'activité, ce travail montre donc que les savoirs issus de l'expérience traitent d'objets ne se juxtaposant guère aux cibles des ECR, révélant ainsi leur statut de savoirs à part entière et nécessitant alors leurs propres modalités d'évaluation.

Le choix du terrain, essentiel, a permis de mettre en lumière la diversité des situations des familles et de leurs besoins. L'observation du travail à domicile a dévoilé l'ampleur concrète des disparités existant entre les familles en Suisse, soulignant la pertinence de mon questionnement de départ. Comment la recherche en santé contemporaine peut-elle prétendre connaître les vécus et les besoins des familles, si elle se limite à explorer ce que les familles des classes moyennes supérieures en ont à dire ? Les disparités et les situations cruelles vécues par certaines femmes soulignent le besoin de renouveler les populations cibles des chercheurs et chercheuses des pays dits occidentaux, et appelle une diversification des méthodes, toutes les familles ne s'exprimant pas avec la même facilité au travers de questionnaires ou d'entretiens de recherche. A cet égard, autant les discours des sages-femmes se rapportant à leurs observations, que l'observation directe, ont été essentiels.

Les familles vivant des situations difficiles n'ont en effet pas nécessairement la disponibilité pour rencontrer des chercheurs. Par ailleurs comme je l'ai relevé, les situations les plus difficiles sont relativement rares, ne devenant visibles en tant que phénomène social que sous une forme agrégée. En ce sens, il serait, d'un point de vue opérationnel, très difficile au chercheur d'être en contact direct avec chacun des exemples les plus frappants, d'où l'importance des témoignages des sages-femmes qui révèlent en quelque sorte le visage de la souffrance sociale. Ici, certaines orthodoxies

méthodologiques, qui supposeraient un contact direct avec les phénomènes, cacheraient en fin de compte des événements et des circonstances signifiants à la perception du chercheur. Et même si les récits peuvent être romancés parfois, par les sages-femmes ou d'autres acteurs sociaux, ceux-ci contiennent néanmoins des informations qui sont à retenir. L'ouverture méthodologique qu'appellent de nombreux anthropologues, je le rappelle, permet ici de construire un objet qui prenne réellement en considération la diversité de la population. La parole de l'expert, située au fond de la pyramide des niveaux de preuve, signe ici son rôle.

Ceci dit et comme je l'ai souligné à plusieurs reprises, il ne s'agit pas ni de rejeter l'EBM en bloc, ni de survaloriser les savoirs issus de l'expérience. A cet égard, les travaux sur le risque ou ceux qui révèlent les formes de gouvernance imposées aux familles ont joué un rôle essentiel pour construire un recul aussi bien durant les observations que dans le processus réflexif qui les a suivies. Ces différents travaux ont en effet constitué des repères importants pour interpréter certaines attitudes des sages-femmes, par exemple la pratique des conseils, et donner sens aux incohérences inhérentes à toute entreprise humaine. Ces observations et interprétations soulignent une fois encore que les interventions des professionnel-le-s à l'intérieur de la sphère privée ne sont jamais univoques et, qu'en parallèle au désir d'offrir un accompagnement personnalisé et subtil, subsistent aussi bien la peur du risque que différentes idéologies ayant valeur de vérité. Le rapport ambigu à l'engagement, mais aussi à l'expérience des pères est ici souligné, ainsi que la norme contemporaine d'autonomie qui ne sied pas à toutes les circonstances de vie.

La disparité des conseils touchant aux pratiques qui entourent la naissance, critiquée depuis longtemps, est également vérifiée dans cette enquête et apparaît comme un phénomène en partie irréductible, du fait de la diversité des situations, mais aussi des profils de sages-femmes et d'autres professionnel-le-s qui interviennent à cette période. Certaines praticiennes parviennent d'ailleurs à gérer cette disparité, pour qu'elle soit acceptable pour les parents, en prenant en considération non seulement les souhaits et l'expérience de ces derniers, mais également ce contexte fait de représentations et de pratiques hétérogènes. Elles enquêtent par exemple sur ce que les parents ont déjà entendu et ne déconsidèrent pas les propos des professionnel-le-s ou des profanes les ayant précédé auprès des parents. Ici encore, l'EBM n'apparaît que comme une solution partielle à un problème qui intervient dans l'expérience des parents et participe de certaines détresses. La contingence de l'activité, avec ses incertitudes, intervient elle aussi à l'encontre de ce problème, se faisant un espace transactionnel entre le contexte de la naissance, sa disparité des représentations et des pratiques et, l'expérience des parents.

Enfin, sur le plan du dispositif de recherche, être sage-femme et devenir anthropologue a constitué une voie intéressante pour appréhender la construction de savoirs issus de l'expérience, à la manière de ces anthropologues des habiletés, intéressés par ces processus complexes et qui, eux aussi, s'investissent dans des pratiques pour mieux les comprendre. Choisir d'enquêter à l'intérieur d'un contexte de pratique neuf pour moi a constitué un choix judicieux, me permettant d'entrer dans une forme d'apprentissage qui m'a permis de saisir, à partir de mon expérience et de sa corporéité, l'importance de la géographie de l'activité dans la construction des compétences. Mon ancien milieu de travail, avec lequel j'entretiens encore des contacts, via certaines amitiés et mon travail actuel et, qui est aussi apparu dans les données à travers les récits des sages-femmes, a formé un contraste révélateur à l'enquête de terrain, mettant en visibilité certaines différences importantes touchant aux circonstances de la naissance et de son expérience par les sages-femmes et les familles.

Être sage-femme et enquêter auprès de pairs m'a évidemment demandé d'être attentive à la distance entretenue avec l'objet, dans un jeu de va-et-vient avec des ressources construites par d'autres chercheurs et par un dialogue régulier avec plusieurs de ces derniers, qui ont toute ma reconnaissance. Ces espaces de réflexion m'ont permis d'identifier les manques de distance qui sont inévitablement survenus à différents moments de l'observation et de l'interprétation de l'activité des sages-femmes, appelant alors autant de recadrages. Parfois cependant, mon regard de sage-femme était aussi ma manière d'être impliquée dans cette réflexion, en d'autres termes d'être à même de prendre position pour souligner des circonstances problématiques sur un plan éthique, comme le sont les conditions de vie et d'accompagnement de certaines femmes. Ce regard impliqué, je l'ai porté en m'inspirant aussi d'autres anthropologues de la santé, qui soulèvent le besoin de prendre position face à certaines injustices. Ceci dit, conserver le plus souvent à vue les objectifs professionnels de l'accompagnement pose la réflexion, du moins à certains moments, sur une limite ténue, demandant beaucoup d'attention pour ne pas dévoyer le regard anthropologique.

Pour résumer, l'enquête et son interprétation définissent une très grande variété des processus et des contenus participant à la construction de savoirs à partir de l'expérience professionnelle. La qualité, parfois tacite voire ineffable, et largement contingente de ces savoirs expérientiels, souligne l'importance de l'agir, du sentir, et du se sentir, en tant que dimensions de ces savoirs. Ces observations réitèrent l'importance d'une prise en considération des méthodes construites en sciences humaines et sociales pour penser la construction des savoirs professionnel-le-s. Ici, l'ouverture épistémologique et méthodologique typique de l'anthropologie, la construction d'un objet de recherche situé, dans un va-et-vient continu entre théorie et terrain, a permis de débusquer

différentes dimensions des savoirs professionnels, mettant en lumière ce que peut être l'art incertain des sages-femmes.

L'observation de sages-femmes travaillant à domicile souligne une fois encore l'importance de l'écologie de l'activité, montrant aussi en parallèle que la construction des savoirs autour de la naissance demande à ce que l'espace de l'hôpital soit à cet égard dépassé. C'est en effet à cette condition que la part du social, qui s'invite dans toute expérience humaine, et donc de santé ou ici de la naissance, peut être saisie pour construire une compréhension s'éloignant de stéréotypes. L'expérience des mères et des pères n'étant pas toujours vue sous un jour bienveillant, cette reconnaissance de la dimension sociale de la vie me semble essentielle d'un point de vue éthique.

### **13.2 Des limites d'une structure gigogne**

La principale limite de cette recherche tient à l'ampleur et à la structure gigogne de son questionnement. En interrogeant les savoirs selon deux logiques différentes, celle de l'EBM et celle des sages-femmes indépendantes, j'ai défini un champ d'investigation large. Ces deux pôles auraient en effet chacun pu faire l'objet d'une thèse. Par conséquent et pour rester réaliste, j'ai opté pour un développement plus important de la deuxième partie de la thèse, consacrée à la construction des savoirs par les sages-femmes indépendantes. J'aurais pu tout aussi bien interroger le fonctionnement de l'EBM au quotidien, en observant sa mise en place à l'intérieur d'un service de soins. De plus, en questionnant la construction de savoirs à partir d'une thématique spécifique, c'est-à-dire en ciblant l'accompagnement des sages-femmes et l'expérience des familles dans leur diversité, j'ai paradoxalement ouvert la centration de mon attention pour intégrer des détails précis rendant compte de ces thématiques. Cela d'autant plus, que les concepts d'accompagnement et d'expérience sont vastes en eux-mêmes, touchant notamment à la santé mentale. Enfin, l'effet d'ouverture est accentué par la considération de l'accompagnement à l'intérieur du soin, c'est-à-dire en intégrant, partiellement, ses différentes dimensions et notamment des aspects touchant à la santé physique.

En résulte un questionnement qui du point de vue d'une interrogation des savoirs me semble suffisamment dense pour faire thèse, mais qui peut paraître incomplète en regard de certaines thématiques, dont celle de la santé mentale. En effet, j'ai intégré un nombre limité de ressources issues de la littérature, tant pour comprendre les représentations des professionnel-le-s à partir de leurs références théoriques, que pour intégrer les nombreux regards critiques des sciences sociales. Par ailleurs, entre le moment où j'ai terminé le terrain et celui où je m'apprête à déposer la thèse, certains changements sont survenus dans l'une des écoles de sages-femmes et je ne les ai pas intégrés à ma réflexion. Les attitudes de valorisation spontanées mentionnées sont en effet et

désormais enseignées sous la forme de simulations. Un entretien prénatal, visant au dépistage des situations de vulnérabilité, se met quant à lui en place dans plusieurs maternités romandes, et vient de faire l'objet d'une publication (Razurel 2015). Ces évolutions seraient à prendre en considération dans un travail ultérieur.

Interrogeant la construction de savoirs, j'aurais pu approfondir mes connaissances de l'histoire et de la socio-anthropologie des sciences ou celles encore de la sociologie des professions. J'aurais pu également débattre de l'intérêt de différents courants ayant pour objectif d'étudier la construction des savoirs, dont celui de la sociologie clinique et de l'action, plutôt que d'opter relativement rapidement pour le courant anthropologique anglo-saxon qui étudie les habiletés en utilisant, lorsque cela semble pertinent, des références empruntées aux sciences cognitives. Dans ce choix, la place faite à l'incorporation de l'expérience a été déterminante, laquelle apparaît peu en sociologie clinique et est essentielle en anthropologie des habiletés. Cependant, malgré ce point central pour mon choix, j'aurais pu explorer d'avantage les courants permettant de penser et orienter cette recherche, ce que je n'ai pas fait, étant donné l'ampleur de ce questionnement gigogne.

Une thèse marque une étape dans un questionnement, cette étape n'est pas nécessairement le lieu d'une réflexion achevée et comporte forcément des limites (Gaboriau 2004). Mon parcours professionnel et académique contribue aussi bien à enrichir ce questionnement qu'à limiter parfois sa précision. Ce parcours me pousse à faire des liens entre différentes disciplines, entre différentes façons d'interroger tant la naissance, son vécu que les savoirs la concernant. Ce goût pour des accords parfois imparfaits entre perspectives et épistémologies différentes, trouve sa racine dans mon identité plurielle et mon tempérament depuis toujours éclectique. C'était un pari risqué, mais je n'aurais pas su le contourner, étant donnée l'importance des sujets questionnés pour le champ de la naissance et la passion suscitée par certaines lectures.

### **13.3. Perspectives de recherche : entre savoirs pratiques et évolutions de l'Evidence-Based Medicine**

Ce travail ayant abordé un questionnement large, il n'épuise évidemment pas chacun des sujets ayant servi à le construire et laisse plusieurs thématiques en suspens. Ce sous-chapitre propose d'explorer les différents prolongements possibles à cette recherche, entre habiletés des professionnel-le-s, fonctionnement des réseaux socio-sanitaires, populations exclues des recherches et Evidence-Based Medicine.

Le cadre de référence proposé par les anthropologues étudiant les habiletés et savoirs humains m'a permis de construire une réflexion critique sur la construction de savoirs professionnels dans le champ de la santé contemporain. Comprendre comment les savoirs expérientiels se construisent au quotidien, envisager la place qu'ils prennent dans la relation de soins, permet de situer leur importance et, ici, de relativiser la place des savoirs issus de recherches biomédicales. Dans ce travail et dans une perspective d'anthropologie des habiletés, j'ai essentiellement interrogé l'accompagnement que proposent les sages-femmes au cours de visites postnatales à domicile. Ce travail d'élucidation de la pratique pourrait être étendu afin de mieux saisir les détails et processus en jeu dans l'acquisition et la modification des compétences de sages-femmes ou, d'autres professionnel-le-s de la naissance, notamment les obstétriciens ou les pédiatres.

Comme je l'ai montré, les savoirs expérientiels sont partiellement reconnus dans le modèle de l'EBM, mais ne font pas l'objet d'une définition et d'une exploration substantielles ni dans les manuels explicitant cette approche, ni dans les manuels d'obstétrique. L'anthropologie et particulièrement l'anthropologie des habiletés, par le cadre d'exploration méticuleux qu'elle propose, permet d'accéder à une compréhension à la fois dense et critique de ces savoirs complexes en considérant les étapes sensori-motrices et émotionnelles sous-tendant les pratiques et leurs évolutions (O'Connor 2005). A l'heure où de nombreux résultats de recherche n'aboutissent pas à des mises en pratique, notamment lorsque des capacités sensori-motrices complexes sont impliquées (Perrenoud 2014), l'étude des habiletés prend tout son sens. L'objectif servirait aussi bien les desseins de l'anthropologie, s'intéresser aux savoirs et au développement de l'humain, que ceux des sciences de la santé, mieux connaître les pratiques pour mieux appréhender leur acquisition et leur évolution.

Dans le contexte actuel de la naissance, impliquant pressions financières, légales, et temporelles, sur les professionnel-le-s de la santé (Carricaburu 2005, Carricaburu 2007, Burton-Jeangros, Hammer et al. 2010), l'acquisition et le maintien de certaines compétences sont menacés. La médicalisation et la technicisation de la naissance, résultant des pressions contextuelles et de l'approche par le risque, a profondément modifié le déroulement de cet évènement et de son accompagnement, d'avantage d'ailleurs dans certaines régions et institutions que dans d'autres (Jordan and Davis-Floyd 1993, Akrich and Pasveer 1996, De Vries, Benoit et al. 2001, Van Teijlingen, Lowis et al. 2004). Quand des praticien-ne-s perdent l'habitude d'accompagner des accouchements sans analgésie, quand la césarienne devient un geste banal, quand les femmes sont contraintes à vivre la naissance couchées sur le dos et les jambes dans des étriers, non seulement ces femmes ne reçoivent pas des soins optimaux du point de vue de leur santé, de celle de leur enfant, mais de plus des compétences professionnelles ne se développent pas ou entrent « en voie de disparition ».



Or, il existe aujourd'hui encore, ou à nouveau, des lieux où les sages-femmes accompagnent les naissances dans différentes positions ou avec un recours à des moyens analgésiques non nécessairement médicamenteux, où les obstétriciens suivent les naissances par voie basse complexes ou se présentant par le siège. Etudier ces différentes habiletés permettrait d'une part de saisir leur complexité et leur richesse et de l'autre de signifier les enjeux de la médicalisation et technicisation de la naissance, en termes de menace pour un patrimoine immatériel. Comparer les savoirs construits et véhiculés dans différentes communautés de pratiques, et par des praticien-ne-s individuel-le-s, permettrait également d'identifier des communautés et des personnes ressources. Celles-ci pourraient, dans un deuxième temps, être appelées à partager leurs savoirs auprès d'autres communautés et praticien-ne-s, dans une logique d'anthropologie impliquée et appliquée.

Ensuite, ce travail a montré que le fonctionnement des réseaux de soins est loin de l'idéal théorique véhiculé à son sujet, laissant parfois familles et sages-femmes en suspens dans les situations les plus délicates. Dans ce travail, plusieurs femmes ont regretté que certains suivis leur soient non seulement imposés, mais soient de plus inadaptés à leurs besoins. Certaines rompent par conséquent avec la logique interprofessionnelle de complémentarité des compétences du réseau pour s'attacher au professionnel leur semblant le plus adéquat, tant du point de vue pratique qu'affectif. L'encouragement à la collaboration interprofessionnelle (Molénat 2010), devenu un mantra dans le milieu de la santé<sup>319</sup>, a sans aucun doute ses nécessités, mais aussi ses limites (Rossi 2002). Les observations effectuées dans le cadre de ce travail ne saisissent toutefois pas l'intégralité du fonctionnement du réseau socio-sanitaire local, loin de là. Par conséquent, ces observations effectuées à partir de l'expérience de sages-femmes et de familles, mériteraient d'être étendues à une interrogation plus large, centrée sur un ou plusieurs réseaux locaux. L'expérience des personnes soignées dans le cadre d'un réseau interprofessionnel devrait être intégrée à une telle enquête, pour envisager plus concrètement les réussites et les limites de ces prises en charges très valorisées par certain-e-s professionnel-le-s y jouant des rôles clefs.

Ensuite toujours, la revue critique de littérature effectuée sur un échantillon d'ECR confirme, s'il le fallait encore, que les populations socialement plus vulnérables et issues de la migration sont très peu prises en considération dans les recherches biomédicales. Différentes explorations, effectuées dans mon quotidien professionnel, indiquent que cette tendance est également présente dans les recherches qualitatives ayant pour objectif d'explorer le vécu de la naissance par les femmes. Or,

---

<sup>319</sup> Le fonctionnement en réseau et la collaboration interprofessionnelle font l'objet de formations, de publications et de nombreux discours. La collaboration en réseau est également mentionnée dans le référentiel de compétence des sages-femmes. Par ailleurs, à chaque fois que j'évoque les difficultés concrètes auxquelles familles, puis sages-femmes, font face, mes interlocuteurs (sages-femmes hospitalières, sages-femmes enseignantes, médecins, politicien-ne-s et autres professionnel-le-s de la santé et du social) évoquent le réseau en tant que solution. Les sages-femmes indépendantes et d'autres professionnel-le-s travaillant à domicile et ayant une expérience concrète du réseau font, de par leur expérience, notablement exception.

l'ethnographie réalisée montre que les besoins des populations exclues des protocoles varient parfois substantiellement des besoins de familles de classe moyenne. Le vécu de la naissance, plus particulièrement en situation de vulnérabilité, ne s'exprime pas comme une expérience totalisante qui occupe toute la vie des familles, mais s'inscrit au contraire dans le contexte de vie et est en grande partie influencé par celui-ci. En d'autres termes, l'enquête appelle à une vision moins réductionniste de la naissance et de son vécu, réinscrivant ces événements dans les circonstances de vie des familles et permettant en quelque sorte de les dénaturer.

Le vécu de la naissance n'était pas l'objet principal de ma réflexion, son appréhension reste donc ici incomplète. Explorer ce vécu se fait fréquemment par entretiens dans les sciences sociales et les sciences de santé. Or, les observations réalisées dans ce travail dévoilent que la naissance se comprend de manière plus fine lorsqu'elle est envisagée à partir des circonstances de vie qui l'abritent. Par conséquent, un prolongement de cette recherche pourrait consister en une interrogation de ce vécu à travers une triangulation des méthodes comprenant observations et différents types d'entretiens. L'intégration des familles habituellement exclues des recherches, aux interrogations des sciences sociales et de la santé, est essentielle. Cette intégration peut toutefois être difficile à concrétiser, lorsque des problèmes aigus appellent toute l'attention des parents et font de la participation à une recherche un acte superflu, voire malvenu.

Dans ce travail, les témoignages anonymisés des sages-femmes ont soulevé les difficultés rencontrées par certains parents, complétant les contacts directs avec les familles et me permettant de comprendre la complexité de certaines situations. La triangulation des méthodes, ceci en incluant des données indirectes, c'est-à-dire formulées par les praticiennes et non par les parents eux-mêmes, permet de construire une exploration du vécu de la naissance en considérant mieux la diversité des familles. Une recherche complémentaire, qui permettrait d'atteindre une saturation des données au sujet de l'expérience des parents, en tenant compte de la dimension sociale de cette expérience, nécessiterait une réflexion particulièrement minutieuse au plan éthique, épistémologique, et méthodologique, en regard du consentement des familles, mais aussi de la validité des données. Cependant, quelles que soient les difficultés concrètes, mieux vaut des données, certes en partie indirectes, que pas de données du tout, ceci au vu de l'acuité des problèmes rencontrés par certaines familles. Car ce sont bien ces données indirectes, recueillis ici auprès des sages-femmes indépendantes, qui permettent de saisir l'ampleur des problèmes sociaux entourant certaines naissances. Sans cette compréhension, il est difficile de respecter le principe éthique d'universalité et d'équité d'accès à des soins adaptés et, en particulier, de résoudre les différences en termes de mortalité et de morbidité maternelles et infantiles existant en Suisse aussi.

Le dernier prolongement possible de cette recherche consisterait à interroger le fonctionnement de l'Evidence-Based Medicine en contexte. Les nombreux écrits publiés au sujet de l'EBM montrent que cette approche du savoir reste prise dans des difficultés récurrentes, dont celle d'articuler les différents pôles de son modèle et de mettre en place les changements de pratiques demandés par les résultats de recherche (Dopson, Locock et al. 2003, Lambert 2006, Perrenoud 2014). La médecine et les soins sont constitués d'environnements très diversifiés à l'intérieur desquels l'application de l'EBM est certainement diversifiée elle-aussi. Il serait dès lors particulièrement intéressant de rechercher des institutions et des services de soins qui aient construit une intégration du modèle de l'EBM faisant plus réellement et plus systématiquement cas des savoirs cliniques et des particularités, besoins et préférences des personnes soignées. Une telle mise en évidence permettrait d'éclairer un peu mieux ce modèle restant en grande partie implicite.

Ces différentes perspectives montrent qu'une approche anthropologique de la construction et de la circulation des savoirs dans le champ de la santé est particulièrement prometteuse. L'anthropologie peut non seulement interroger les représentations et les pratiques, ainsi que les environnements qui influencent ou contraignent leurs développements, mais également servir un objectif parfois plus descriptif permettant de dévoiler des capacités agies habituellement implicitement par les professionnel-le-s. Si l'anthropologie doit évidemment construire ses objets pour servir ses propres finalités, elle me semble cependant particulièrement pertinente pour informer les professionnel-le-s de la santé sur leurs environnements, leurs représentations, et leurs pratiques. La démarche anthropologique permet ainsi de sortir certains lieux communs professionnels, tels que « l'intuition » ou « l'art professionnel », de leurs statuts de signifiants vagues pour les définir et les problématiser.

#### **13.4 En guise de conclusion**

L'Evidence-based Medicine ne correspond pas au modèle rêvé d'une articulation pensée entre différentes formes de savoirs, ceci particulièrement dans le cadre de l'obstétrique contemporaine. La conception du savoir véhiculé dans ce modèle reste relativement fermée et prédéfinie, reposant sur une orthodoxie méthodologique entérinée par la pyramide des niveaux de preuve (Grossman 2008). Cette hiérarchie des savoirs tend à reléguer l'expérience professionnelle et *a fortiori* personnelle au statut d'anecdotes qu'il est difficile à faire valoir dans les négociations interprofessionnelles.

Au fil du développement de l'EBM, les promoteurs de ce modèle ont pris en considération les critiques émises à son sujet par des chercheurs situés aussi bien en sciences sociales qu'en sciences de la santé (Lambert 2006). Dans son acception la plus commune, l'EBM est ainsi théoriquement devenue l'articulation entre trois pôles, les résultats de recherche, l'expérience clinique des

praticien-ne-s et, les besoins et préférences des personnes soignées. Comme je l'ai souligné, l'articulation entre ces différents pôles a peu fait l'objet de publications jusqu'à une période récente, notamment dans les manuels destinés à enseigner l'EBM. Aujourd'hui encore, les réflexions interrogeant cette articulation restent souvent générales et, pour certaines, ancrées dans un paradigme positiviste et quantitativiste. De plus, l'articulation entre résultats de recherche et expérience clinique est conçue comme un mouvement unidirectionnel, visant d'une part une intégration des résultats de recherche à la pratique et déniait d'autre part une légitimité de l'expérience à produire du savoir *per se*. Dans cette logique, les savoirs issus de l'expérience sont perçus comme des pis-aller utilisés jusqu'à ce que de nouvelles évidences, de vrais savoirs serais-je tenté d'ironiser, soient produits à travers les processus de recherche et de publication (Lavender 2009).

Paradoxalement, cette enquête anthropologique montre que les savoirs issus de recherches biomédicales constituent une part minoritaire des savoirs nécessaires aux sages-femmes indépendantes. Les savoirs produits dans le cadre de l'EBM sont utilisés par ces praticiennes à travers les recommandations que procure l'hôpital, mais sont complétés dans une très large mesure par des savoirs situationnels et contingents répondant aux besoins spécifiques et variés des familles. La capacité de sentir et d'estimer, d'écouter et de refléter, de proposer et de créer, sont essentiels pour la construction des savoirs expérientiels. Comme le relève Tim Ingold, les savoirs se construisent et existent avant tout dans l'action (2010). Et donc, en raison de l'ontologie du travail en situation, impliquant l'incorporation jouée des expériences, mais aussi par la nature si diverse des situations elles-mêmes, une importante proportion de l'expérience constitue une forme de savoir non saisissable en recherche, en tous les cas jamais dans son intégralité.

L'observation de sages-femmes travaillant à domicile met aussi en lumière l'écologie de l'activité en tant que dimension essentielle de la construction des savoirs de professionnel-le-s de la santé. Les savoirs issus de l'expérience de ces praticiennes se construisent à travers différents processus, communautaires et personnels, incluant une pluralité de contenus dont certains sont inédits. Cette recherche met ainsi en exergue aussi bien l'étendue des savoirs, la complexité de leur construction que l'imperfection qui les caractérise, soulignant leur statut de production humaine. Il ne s'agit donc pas de survaloriser l'intérêt des savoirs expérientiels, mais bien de reconnaître leur étendue pour mieux la problématiser. En ce sens, la présentation de l'EBM en tant que modèle recouvrant la totalité des savoirs professionnels est largement erronée, bien qu'elle continue à être diffusée dans de nombreux discours.

Il s'agit donc moins d'affirmer qu'il n'y a pas d'articulation entre les résultats de recherche, l'expérience de terrain et, les besoins et les préférences des personnes soignées, que de souligner que cette articulation est peu théorisée, et donc laissée au libre arbitre des acteurs sociaux et aux circonstances de leur activité. Or, la perception et l'analyse des situations d'accompagnement, que ce soit en milieu clinique ou à domicile, ainsi que les échanges entre pairs et entre différents professionnels, dans une visée réflexive ou de collaboration, sont des activités dont la pertinence ne va pas de soi. La sociologie des professions a notamment montré comment les rapports de pouvoir entre professionnel-le-s prennent part aux multiples négociations circonscrivant l'activité (Dubar, Tripier et al. 2011, Cavalli and Gouilhers 2014). Par ailleurs, à l'heure où le néolibéralisme caractérise la gestion des services publics et où les prestations se déclinent en successions de « faire » et non plus d'« agir » (Rossi 2013), les espaces de discussion et de problématisation de la pratique semblent se réduire comme peau de chagrin. La pression à l'efficacité a été incorporée à un tel point que ce qui n'est pas de l'ordre du « faire », notamment l'échange et la réflexion, en vient à être considéré comme superflu par les professionnel-le-s et les hiérarchies<sup>320</sup>. Cette maladie de la gestion (Gaulejac 2005), est ainsi et, à mon sens, la première menace qui pèse sur l'élaboration et l'analyse des savoirs expérientiels, puis sur leur articulation réfléchiée avec des résultats de recherche<sup>321</sup>. L'EBM en participant à la recherche effrénée d'efficacité, par la sélection d'actes qui se succèdent sans une conception globale de l'accompagnement, pourrait bien participer des problèmes que ses promoteurs entendent résoudre, à savoir l'utilisation non réfléchiée de moyens préventifs et thérapeutiques, faute de temps prévu pour l'élaboration d'une véritable réflexivité professionnelle.

Par ailleurs, si les savoirs expérientiels sont par définition incertains, tributaires des conditions de leur production et des trajectoires de leurs auteur-e-s, ils permettent parfois de compléter, voire de corriger les savoirs issus des recherches biomédicale ou de la psychologie. L'EBM partage les caractéristiques culturelles et donc les limites de la culture biomédicale et produit, essentiellement et par conséquent, des savoirs « minces » procédant d'une anthropologie résiduelle (Le Breton 2000). Dans le champ de la santé mentale, ces savoirs réductionnistes ne saisissent ainsi pas la diversité et la complexité des problèmes rencontrés par les familles et la nécessité de recourir à des mesures de soutien variées pour y répondre (Massé 1995). L'expérience écologique procurée par les visites à domicile permet d'accéder à un savoir dense et de situer le vécu de la naissance dans une compréhension plus réellement holiste et systémique. Les déterminants sociaux de la santé, soit les diverses contraintes pouvant entraver le vécu de la naissance, sont ainsi perçus, permettant alors de chercher et parfois d'identifier des mesures de soutien adaptées aux problèmes concrets des

---

<sup>320</sup> Notes auto-ethnographiques et de terrain.

<sup>321</sup> Notes auto-ethnographiques et de terrain.

familles. Dans ce cas, non seulement la recherche n'informe guère la pratique, mais devrait au contraire s'en inspirer !

La survalorisation de l'ECR en tant que moyen d'évaluation des interventions en santé, y compris dans le champ de la promotion de la santé et de la santé mentale, promeut des interventions ciblées sur les individus et omet le poids des déterminants sociaux de la santé (Massé 1995, Lambert 2006). La pression sur les individus, incités à changer et à se prendre en charge, est ainsi renforcée. Les approches ciblant les contextes de vie, pourtant soutenues par les spécialistes de la santé publique (Kickbusch 2001, Stahl, Wismar et al. 2006), sont quant à elles laissées de côté, car ne pouvant guère s'évaluer par ECR. En ce sens, l'EBM contribue à une augmentation des inégalités sociales de santé, puisque son système d'évaluation néglige les interventions centrées sur les contextes, susceptibles d'aider les populations en situation de vulnérabilité (Lambert 2006). En d'autres termes, s'agissant de santé mentale, l'investissement substantiel de fonds de recherche dans des Essais Contrôlés Randomisés, a vraisemblablement une utilité limitée en termes de santé publique. A une époque où l'économicité et l'efficacité sont supposées être des normes essentielles, ce placement des ressources par les organes responsables du financement de la recherche scientifique, est pour le moins paradoxal. Ces limites sont d'autant plus problématiques que les populations minoritaires, ou plutôt minorisées, soit les personnes allophones, immigrées ou, qui ne sont pas issues des classes moyennes, sont évincées des protocoles de recherche.

Instrumentalisée pour servir les corporatismes, l'orthodoxie méthodologique promue à l'intérieur du mouvement social de l'EBM semble justifier l'ignorance de certaines voix essentielles. Des sages-femmes mettent ainsi plus de deux ans à faire entendre que certaines mères sortent des maternités sans soutien adéquat, alors qu'elles vivent dans la précarité la plus totale. A l'ère de la *maladie de la gestion*, ignorer ces lancements d'alerte permet de continuer à être dans le faire et d'ignorer l'agir qui impliquerait de remettre en question l'organisation des suivis, ainsi que la hiérarchisation des professions. Ne pas reconnaître les savoirs émergeant de l'expérience de professionnel-le-s considérés comme des subordonnés, au prétexte que ces savoirs ne sont ni standardisés ni issus de données quantitatives, protège de réalités douloureuses, - les efforts importants, actuellement consentis pour soulager la souffrance sociale autour de la naissance, restent insuffisants en regard des besoins concrets de certaines familles. Cette mise à l'écart de savoirs issus de l'expérience intervient possiblement sur les taux de mortalité et de morbidité maternelles et infantiles, observés dans les catégories plus vulnérables de la population vivant en Suisse (Bollini and Wanner 2006). Prêter attention aux discours de sages-femmes lanceuses d'alerte n'est donc pas seulement une

question de fair-play interprofessionnel, mais engage la santé des femmes et des enfants, et s'inscrit donc comme un enjeu de santé publique et d'éthique essentiel.

## Références bibliographiques

- Abbott, A. (1991). "The Order of Professionalization : An Empirical Analysis." Work and Occupations **18**: 355-384.
- Abbott, A. (1995). "Boundaries of Social Work or Social Work of Boundaries." Social Service Review **69**: 545-562.
- Abbott, A. (2003). Ecologies liées: à propos du système des professions. Les professions et leurs sociologies. J.-M. Menger. Paris, Maison des Sciences de l'Homme.
- Abélès, M. (2004). Le terrain et le sous-terrain. De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive. C. Ghasarian. Paris, Armand Colin.
- Abraham, A. (2014). Framing Quality. Construction of Medical Quality in Swiss Family Medicine. PhD, Zürich.
- Adenzato, M. and F. Garbarini (2006). "The *As If* in Cognitive Science, Neuroscience and Anthropology : A Journey among Robots, Blacksmiths and Neurons." Theory & Psychology **16**(6): 747-759.
- Aïach, P. (1998). Les voies de la médicalisation. L'ère de la médicalisation : ecce homo sanitas. P. Aïach and D. Delanoë. Paris, Anthropos.
- Aïach, P. and D. Fassin (2004). "L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé." Revue du Praticien **54**: 2221-2227.
- Akrich, M., M. Leane, C. Roberts and J. Arriscado Nunes (2014). "Practising Childbirth Activism: a Politics of Evidence." Biosocieties: 1-24.
- Akrich, M. and B. Pasveer (1996). Comment la naissance vient aux femmes: les techniques de la naissance en France et aux Pays-Bas, Synthelabo.
- Arcade sages-femmes (2010). Rapport annuel. Genève.
- Arcade sages-femmes (2011). Rapport annuel. Genève.
- Arcade sages-femmes (2012). Rapport annuel. Genève.
- Armstrong, D. (1995). "The Rise of Surveillance Medicine." Sociology of Health and Illness **17**(3): 393-404.
- Armstrong, D. (2002). "Clinical Autonomy, Individual and Collective: the Problem of Changing Doctors' Behaviour." Soc Sci Med **55**(10): 1771-1777.
- Astuti, R. (2001). "Are we all Natural Dualists a Cognitive Developmental Approach." Royal Anthropological Institute **7**: 429-447.
- Aubert, N. and V. d. Gaulejac (2007). Le coût de l'excellence. Seuil.
- Augé, M. (1986). "Anthropologie de la maladie." L'Homme **26**(97-98): 81-90.



Baillif, E. (2014). Des grossesses entre « trouille folle » et « bulle de bonheur ». Le discours du risque de

professionnelles de l'accompagnement des grossesses. Accompagner la naissance: terrains socio-anthropologiques en Suisse Romande. C. Burton-Jeangros, I. Maffi and R. Hammer. Lausanne, BSN Press.

Bain, E., M. Crane, J. Tieu, S. Han, C. A. Crowther and P. Middleton (2015). "Diet and exercise interventions for preventing gestational diabetes mellitus." Cochrane Database Syst Rev **4**: CD010443.

Barbour, R. S. (2001). "Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog?" BMJ **322**(7294): 1115-1117.

Barker, s. (2011). Midwives' Emotional Care of Women becoming Mothers. Cambridge, Cambridge Scholars Publishing.

Barsalou, L. (2010). "Grounded Cognition: Past, Present and Future." Topics in Cognitive Science **2**: 716-724.

Barsalou, L., P. M. Niedenthal, A. K. Barbey and J. A. Ruppert (2003). Social Embodiment The Psychology of Learning and Motivation : Advances in Research and Theory. B. H. Ross. San Diego, Academic Press. **43**: 43-92.

Barsalou, L. W. (2008). "Grounded Cognition." The Annual Review of Psychology **8**: 617-645.

Battersby, S. (2009). Midwives, Infant Feeding and Emotional Turmoil. Emotions in Midwifery and Reproduction. B. Hunter and R. Deery. New York, Palgrave Macmillan.

Benoist, J. and A. Desclaux (1996). Anthropologie et sida. Paris, Karthala.

Bensa, A. (2006). La fin de l'exotisme. Toulouse, Anarchasis.

Berg, M. (1995). "Turning a Practice into a Science: Reconceptualizing Postwar Medical Practice." Social Studies in Science **25**: 437-474.

Berg, M. (1997). "Problems and Promises of the Protocol." Social Science and Medicine **44**(8): 1081-1088.

Berg, M. (1997). Rationalizing Medical Work. Cambridge, MIT Press.

Bergeret-Amselek, C. (2005). Le mystère des mères. Paris, Desclée de Brouwer.

Berkwits, M. (1998). "From Practice to Research: the Case for Criticism in an Age of Evidence." Soc Sci Med **47**(10): 1539-1545.

Bhopal, R. and L. Donaldson (1998). "White, European, Western, Caucasian, or what? Inappropriate labeling in research on race, ethnicity, and health.[see comment]." American Journal of Public Health **88**(9): 1303-1307.

Bhopal, R. S. (2007). Ethnicity, Race and Health in Multicultural societies : Foundations for Better Epidemiology, Public Health and Health Care. Oxford, Oxford University Press.

Bibeau, G., J. E. Graham and U. Fleising (2006). Biosciences et biotechnologies sous surveillance ethnographique. Anthropologie médicale ancrages locaux, défis locaux. F. Saillant and S. Genest. Paris, Anthropos.

Bioy, A. and A. Maquet (2007). Se former à la relation d'aide. Paris, Dunod.

Blochlinger, P., E. Kurth, M. Kammerer and I. A. Frei (2014). "[What women want: a qualitative study about postnatal midwifery care at home]." Pflege **27**(2): 81-91.

Bollini, P. and P. Wanner (2006). "Santé reproductive des collectivités migrantes : disparités de risques et possibilités d'intervention." Swiss Forum For Migration and Populations Studies: 1-115.

Boltanski, L. (1984). Prime éducation et morale de classe. Dijon, Editions de l'école des hautes études en sciences sociales.

Bolzman, C., M. Carbajal and G. Mainardi, Eds. (2007). La Suisse au rythme latino. Lausanne, IES.

Bonvin, J.-M. (2012). Les politiques de lutte contre la pauvreté au prisme de l'approche par les capacités. Regards croisés sur la pauvreté. J.-P. Tabin and F.-X. Merrien. Lausanne, EESP.

Bonvin, J.-M. (2013). Introduction. Reconnaître le care: un enjeu pour les pratiques professionnelles. M. Modak and J.-M. Bonvin. Lausanne, EESP.

Borel-Radeff, F., F. Perret and P. Perrenoud (2014). Complexity and Vulnerability in Community Maternity Care: the Aims and Activities of a Quality Circle in Geneva Switzerland. International Council of Midwives, 30ème Triennial Congress. Prague.

Bourdieu, P. (2000). Esquisse d'une théorie de la pratique, Editions du seuil.

Bourdieu, P. (2003). "L'objectivation participante." Actes de la recherche en Sciences Sociales **150**(décembre): 43-58.

Bourhis, R. L. and J.-P. Leyens, Eds. (1994). Stéréotypes, discriminations et relations intergroupes. Liège, Mardaga.

Boyer, P. (2001). Cultural Inheritance Tracks and Cognitive Predispositions: The Exemple of Religious Concepts. The Debated Mind, Evolutionary Versus Ethnography. H. Whitehouse. New York, Berg.

Bozarth, J. D. and P. Wilkins, Eds. (2001). Rogers' therapeutic conditions : evolution, theory and practice : Unconditional positive regard. Ross-on-Wye UK, PCCS books.

Brazelton, T. B. and J. K. Nugent (1995). Neonatal Behavioral Assesment Scale. , Cambridge University Press.

Brazelton, T. B. and J. K. Nugent (2001). Echelle de Brazelton : évaluation du comportement néonatal. Genève, Médecine et hygiène.

Broom, A. and J. Adams (2012). A Critical Social Science of Evidence-Based Healthcare. Evidence Based Healthcare in Context : Critical Social Science Perspectives. A. Broom and J. Adams. Surrey, Ashgate: 1-22.

Broom, A. and J. Adams, Eds. (2012). Evidence Based Healthcare in Context : Critical Social Science Perspectives. Surrey, Ashgate.

- Browner, C. H. (1999). "On the Medicalization of Medical Anthropology." Medical Anthropology Quarterly **13**(2): 135-140.
- Bucher, R. and A. Strauss (1961). "Professions in Process." American Journal of Sociology **66**(4): 61.
- Burton-Jeangros, C. (2010). Les femmes enceintes confrontées à l'information et aux risques. Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales. D. Manaï, C. Burton-Jeangros and B. Elger. Berne, Stämpfli.
- Burton-Jeangros, C., R. Hammer, D. Manaï and G. Issenhuth-Scharly (2010). Introduction générale. Droit, médecine et société. Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales. D. Manaï, C. Burton-Jeangros and B. Elger. Berne, Stämpfli.
- Burton-Jeangros, C., I. Maffi and R. Hammer, Eds. (2014). Accompagner la naissance: terrains socio-anthropologiques en Suisse Romande. Lausanne, BSN Press.
- Burton-Jeangros, C., I. Maffi and R. Hammer (2014). Pratiques professionnelles et contextes institutionnels autour de la naissance. Accompagner la naissance: terrains socio-anthropologiques en Suisse Romande. C. Burton-Jeangros, I. Maffi and R. Hammer. Lausanne, BSN Press.
- Bydlowsky, M. (2000). Je rêve un enfant: l'expérience intérieure de la maternité. Paris, Odile Jacob.
- Canevascini, M. (2012). Le suicide comme langage de l'oppression : ethnographie d'un service d'urgences psychiatriques. PhD, UNIL (Université de Lausanne).
- Carricaburu, D. (2005). "De la gestion technique du risque à celle du travail: l'accouchement en hôpital public." Sociologie du Travail **47**: 245-262.
- Carricaburu, D. (2007). "De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition." Sociologies et sociétés **39**(1): 123-144.
- Carricaburu, D. and M. Ménoret (2004). Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies. Paris, Armand Colin.
- Caughey, A. B., A. Cahill, J.-M. Guise and D. J. Rouse (2014). Safe-Prevention of the Primary Cesarean Delivery. Obstetric Care Consensus. ACOG/SMFMS - USA, ACOG/SMFM.
- Cavalli, S. (2014). Les discours des gynécologues-obstétriciens face aux recommandations de santé publique. L'exemple de l'abandon du dépistage de la toxoplasmose. Accompagner la naissance: terrains socio-anthropologiques en Suisse Romande. C. Burton-Jeangros, I. Maffi and R. Hammer. Lausanne, BSN Press.
- Cavalli, S. and S. Gouilhers (2014). Gynécologues-obstétriciens et sages-femmes dans le suivi de la grossesse : une complémentarité sous contrôle médical ? Accompagner la naissance: terrains socio-anthropologiques en Suisse Romande. C. Burton-Jeangros, I. Maffi and R. Hammer. Lausanne, BSN Press.
- Chalifour, J. (1989). La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique - humaniste. Boucherville (Québec), Gaëtan Morin.
- Chalifour, J. (1993). Enseigner la relation d'aide. Boucherville (Québec), Gaëtan Morin.

- Chalmers, I., M. Enkin and M. J. N. C. Keirse (1989). A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Oxford University Press.
- Charrier, P. and G. Clavandier (2013). Sociologie de la naissance. Paris, Armand Colin.
- Choffat, F. (2007). Sage-femme. Genève, Les films oeil-sud.
- Cifali, M. and A. André (2007). Ecrire l'expérience : vers la reconnaissance des pratiques professionnelles. Paris, PUF.
- Clark, A. (1998). Being There : Putting Brain, Body, and World Together Again Cambridge, MIT Press.
- Clark, A. (2011). Supersizing the Mind : Embodiment, Action and Cognitive Extension. Oxford, Oxford University Press.
- Clarke, A. E., J. K. Shim, L. Mamo, J. R. Fosket and J. R. Fishman (2010). Biomedicalization : a Theoretical and Substantive Introduction. Biomedicalization: Technoscience, Health and Illness in the U.S. A. E. Clarke, L. Mamo, J. R. Fosket, J. R. Fishman and J. K. Shim. Durham, Duke University Press: 1-46.
- Clot, Y. (2000). Analyse psychologique du travail et singularité de l'action. L'analyse de la singularité de l'action. C. d. R. s. I. F. d. CNAM. Paris, PUF.
- Clot, Y. (2001). Clinique du travail et action sur soi. Théorie de l'action et communication. J.-M. Baudoin and J. Friedrich. Bruxelles, De Boeck.
- Cochrane, A. (1977). L'inflation médicale : réflexions sur l'efficacité de la médecine. Paris, Galilée.
- Cohen, P. (2004). Le chercheur et son double : à propos d'une recherche sur le vécu des jeunes de la Réunion face au SIDA. De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive C. Ghasarian. Paris, Armand Colin: 73-89.
- Collière, M.-F. (1982). Promouvoir la vie : de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers. Paris, Masson Interéditions.
- Collière, M.-F. (2001). Soigner... le premier art de la vie. Paris, Masson.
- Comelles, J. M. (2010). Should Physicians and Psychiatrists also be Ethnographers ? The Taste for Knowledge : Medical Anthropology Facing Medical Realities. S. Fainzang, H. Einar Hem and M. Bech Risor. Aarhus, Aarhus University Press.
- Conseil Fédéral Suisse (2015). Santé maternelle et infantile des populations migrantes : rapport du Conseil Fédéral en réponse au postulat de Liliane Maury-Pasquier (1239.66)
- Bern, Conseil Fédéral Suisse.
- Corbin, J. and A. Strauss (2008). Qualitative Research 3e Los Angeles, Sage.
- Corcus, M. (2011). L'Homme selon le DSM : le nouvel ordre psychiatrique. Paris, Albin Michel.
- Coy, M. W., Ed. (1989). Apprenticeship : from Theory and Back Again. State University of New York Press.
- Crombie, I. K. (1996). The pocket guide to critical appraisal. London, BMJ publishing group.

- Csordas, T. J. (1990). "Embodiment as a paradigm for anthropology." Ethos **18**(3): 5-40.
- Cuche, D. (2004). La notion de culture dans les sciences sociales. Paris, La Découverte.
- Cucherat, M., M. Lièvre, A. Leizerovicz and J.-P. Boissel (2004). Lecture critique et interprétation des résultats des essais cliniques pour la pratique médicale. Paris, Flammarion.
- Cunningham, F., K. J. Leveno, S. L. Bloom and J. C. Hauth (2010). Williams Obstetrics. New York, McGraw-Hill.
- Das, V. (2013). Institutions psychiatriques et vies singulières: la maladie mentale en contexte de pauvreté urbaine. Face aux désastres: une conversation à quatre voix, sur la folie, le care et grandes détresses collectives. A. M. Lovell, S. Pandolfo, V. Das and S. Laugier. Paris, Ithaque.
- Das, V., A. Kleinman, M. Lock, M. Ramphela and P. Reynolds, Eds. (2001). Remaking a World : Violence, Social Suffering and Recovery. Berkeley, University of California Press.
- Das, V., A. Kleinman, M. Ramphela and P. Reynolds, Eds. (2000). Violence and subjectivity. Berkeley, University of California Press.
- Dautenhahn, K. and L. N. Christopher, Eds. (2002). Imitation in Animals and Artifacts Behavioural, Social and Communicative Dimensions. Massachusetts, The MIT Press.
- Davis-Floyd, R. (2002). "The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth." MIDIRS **12**(4): 500-506.
- Davis-Floyd, R., Ed. (2003). Birth as an American Rite of passage. Berkeley, University of California Press.
- Davis-Floyd, R. and E. Davis (1996). "Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Homebirth." Med Anthropol Q **10**(2): 237-269.
- De Luca, R., M. Boulvain, O. Irion, M. Berner and R. E. Pfister (2009). "Incidence of early neonatal mortality and morbidity after late-preterm and term cesarean delivery." Pediatrics **123**(6): e1064-1071.
- De Vries, R., C. Benoit, E. R. Van Teijlingen and S. Wred, Eds. (2001). Birth by Design : Pregnancy, Maternity care, and Midwifery in North America and Europe. New York, Routledge.
- De Vries, R. and T. Lemmens (2006). "The Social and Cultural Shaping of Medical Evidence: Case Studies from Pharmaceutical Research and Obstetric Science." Social Science & Medicine **62**(11): 2694-2706.
- de Vries, R. G., Y. Paruchuri, K. Lorenz and S. Vedam (2013). "Moral science: ethical argument and the production of knowledge about place of birth." J Clin Ethics **24**(3): 225-238.
- Delaisi de Parseval, G. and S. Lallemand (1980). L'art d'accommoder les bébés : 100 ans de recettes françaises de puériculture. Paris, Seuil.
- Delaisi de Parseval, G. and S. Lallemand (1998). L'art d'accommoder les bébés : 100 ans de recettes françaises de puériculture. Paris, Odile Jacob Opus.

- Demilly, L. (2008). Politiques de la relation : approche sociologiques des métiers et activités professionnelles relationnelles, Presse Universitaire du Septentrion.
- Denzin, N. K. (2001). Interpretative Interactionism. London, Sage.
- Denzin, N. K. (2009). "The elephant in the living room: or extending the conversation about the politics of evidence." Qualitative Research **9**(2): 139-160.
- Despland, J.-N., Y. d. Roten, E. Martinez, A.-C. Plancherel and S. Solai (2000). "L'alliance thérapeutique : un concept empirique." Revue Médicale Suisse(2315).
- Desrosières, A. (1993). La politique des grands nombres : histoire de la raison statistique. Paris, La Découverte.
- Dolto, F. (1985). La cause des enfants. Paris, Robert Laffont.
- Dolto, F. (1990). Lorsque l'enfant paraît. Paris, Seuil.
- Domenighetti, G. and al., Eds. (1996). Consommation chirurgicale en Suisse. . Lausanne, Réalités Sociales.
- Dopson, S., L. Locock, J. Gabbay, E. Ferlie and L. Fitzgerald (2003). "Evidence-Based Medicine and the Implementation Gap." Health **7**(3): 311-330.
- Douglas, M. (1992). Risk and Blame : Essays in Cultural Theory. London, Routledge.
- Downe, S., Ed. (2004). Normal Childbirth, Evidence and Debate. Edinburgh, Churchill Livingstone.
- Downe, S., Ed. (2008). Normal Childbirth: Evidence and Debate. Edinburgh, Churchill Livingstone.
- Downe, S. (2009). The Transition and The Second Stage of Labour : Physiology and the Role of the Midwife. Myles Textbook for Midwives. D. M. Fraser and M. A. Cooper. Edinburgh, Churchill Livingstone.
- Downe, S. (2011). Has Evidence Informed Midwifery Practice in Normal Birth ? Based on What Evidence ? Contemporary Issues in Midwifery Practice. T. Lavender and Y. Richens. Manchester UK, BJM.
- Downey, G. (2007). Seeing with a "Sideways Glance": Visuomotor "Knowing and the Plasticity of Perception. Ways of Knowing. M. Harris. New York, Berghahn.
- Downey, G. (2010). "Practice without Theory: a Neuroanthropological Perspective on Embodied Learning." Journal of the Royal Anthropological Institute: 22-40.
- Downey, G. (2012). "Culture Variation in Rugby Skills: a preliminary neuroanthropological report." Annals of Anthropological Practice **36**(1): 26-44.
- Drevdahl, D., J. Y. Taylor and D. A. Phillips (2001). "Race and ethnicity as variables in Nursing Research, 1952-2000." Nursing Research **50**(5): 305-313.
- Dreyfus, H. and S. Dreyfus (1988). Mind Over Machine : the Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer. New York, Free Press.

Dubar, C., P. Tripièr and V. Boussard (2011). Sociologie des professions 3ème édition. Paris, Armand Colin.

Dupont, S. (2014). "Employés aux soins à domicile, ils en ont ras-le-bol du minutage." Le Courrier(29 mars).

Dykes, F. (2009). "No Time To Care": Midwifery Work on Postnatal Wards. Emotions in Midwifery and Reproduction. B. Hunter and R. Deery. New York, Palgrave Macmillan.

Ehrenberg, A. (1991). Le Culte de la Performance. Paris, Calmann-Levy.

Ehrenberg, A. (2005). "La plainte sans fin : réflexion sur le couple souffrance psychique/santé mentale." Cahiers de recherche sociologique **41-42**(17-41).

Ehrenberg, A. and A. M. Lovell, Eds. (2001). La maladie mentale en mutation: psychiatrie et société. Paris, Odile Jacob.

Ehrenberg, A. and A. M. Lovell (2001). Pourquoi avons-nous besoin d'une réflexion sur la psychiatrie? La maladie mentale en mutation: psychiatrie et société. A. Ehrenberg and A. M. Lovell. Paris, Odile Jacob.

Ekman, P. (2007). Emotions revealed. New York, Paperback.

Elchardus, M. (2009). "Self-Control as Social control : The Emergence of a Symbolic Society." Poetics **37**( ): 146-161.

Elger, B. (2010). L'autonomie des patientes entre le droit, l'éthique et les pratiques sociales. Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales. D. Manaï, C. Burton-Jeangros and B. Elger. Berne, Stämpfli.

Elger, B. (2010). Le paternalisme médical : mythe ou réalité. Genève, Médecine et Hygiène.

Enkin, M. (2006). "Beyond Evidence : The Complexity of Maternity Care." Birth **33**(4): 265-269.

Enkin, M., M. J. N. C. Keirse, J. Neilson, C. Crowther, L. Duley, E. Hodnett and J. Hofmeyr (2000). A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press.

Enkin, M., M. J. N. C. Keirse, M. J. Renfrew and J. Neilson (1995). A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press.

Fainzang, S. (2004). De l'autre côté du miroir : réflexion sur l'ethnologie des anciens alcooliques. De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive C. Ghasarian. Paris, Armand Colin: 63-71.

Fainzang, S. (2006). L'anthropologie médicale en France. Anthropologie médicale : ancrages locaux et défis globaux. F. Saillant and S. Genest. Paris, Anthropos: 155-173.

Fainzang, S. (2010). Anthropology and Biomedicine : a Dangerous Liaison ? The Taste for Knowledge : Medical Anthropology Facing Medical Realities. S. Fainzang, H. Einar Hem and M. Bech Risør. Aarhus, Aarhus University Press.

Farmer, P. (2005). Pathologies of Power : Health, Human Rights, and the New War on the Poor. Berkeley, University of California Press.

- Fassin, D. (1998). Avant-propos : les politiques de la médicalisation. L'ère de la médicalisation : ecce homo sanitas. P. Aïach and D. Delanoë, Anthropos.
- Fassin, D. (2000). Les enjeux politiques de la santé. Paris, Kathala.
- Fassin, D. (2000). "Santé : le traitement de la différence." Hommes et Migrations **1225**: 4-12.
- Fassin, D. (2006). Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie. Anthropologie médicale ancrages locaux, défis locaux. F. Saillant and S. Genest. Paris, Anthropos: 383-399.
- Fassin, D. (2010). Evaluer les vies : essai d'anthropologie biopolitique. Ce qu'évaluer voudrait dire. G. Balandier. Paris, PUF: 105-115.
- Fassin, D. and J.-P. Dozon (2001). Critique de la santé publique. Paris, Balland.
- Fassin, D. and D. Memmi (2004). Le gouvernement de la vie, mode d'emploi. Le gouvernement des corps. D. Fassin and D. Memmi. Paris, Editions de l'école des hautes études en sciences sociales.
- Feldman Barrett, L. and J. A. Russell, Eds. (2015). The Psychological Construction of Emotion. New York, The Guilford Press.
- Fivaz-Depeursinge, E. and A. Corboz-Warnery (2001). Le triangle primaire : le père, la mère et le bébé. Paris, Odile Jacob.
- Flynn, R., J. Greenhalgh, A. Long and S. Tyson (2012). Embodied, Embedded and Encoded Knowledge in Practice : the Role of Clinical Interpretation in Neurorehabilitation. Evidence Based Healthcare in Context : Critical Social Science Perspectives. A. Broom and J. Adams. Surrey, Ashgate: 76-96.
- Fortin, S. and E. Laprise (2007). L'espace clinique comme espace social. Ethique de l'altérité: la question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux
- M. Cagnet and C. Montgomery. Québec, Presses de l'Université Laval.
- Fox, R. C. (1989). The Sociology of Medicine. Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- Fox, R. C. (2000). Medical Uncertainty Revisited. Handbook of Social Studies in Medicine. G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick and S. Scrimshaw. London, Sage.
- Fraser, D. M. and M. A. Cooper, Eds. (2003). Myles : textbook for midwives. Edinburgh, Churchill Livingstone.
- Fraser, D. M. and M. A. Cooper, Eds. (2009). Myles : textbook for midwives. Edinburgh, Churchill Livingstone.
- Fröhlicher-Stines, C. and M. Kelechi-Mennel (2004). Les noirs en Suisses: une vie entre intégration et discrimination Berne, Commission Fédérale sur le Racisme.
- Gaboriau, P. (2004). Point de vue sur le point de vue : les enjeux sociaux du discours ethnologique : l'exemple des sans logis. De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive C. Ghasarian. Paris, Armand Colin: 103-115.
- Gaulejac, V. (2012). La recherche malade du management. Versailles, Editions Quae.
- Gaulejac, V. d. (2005). La société malade de la gestion Paris, Seuil.



Gaulejac, V. d., F. Hanique and P. Roche, Eds. (2007). La sociologie clinique : enjeux théoriques et méthodologiques. Ramonville, Eres.

Geertz, C. (1998). "La description dense : vers une théorie interprétative de la culture." Enquête 6 (<http://enquete.revues.org/document1443.html>. Consulté le 19 août 2012. ).

Gerber, C.-L., P. Haldimann and N. Perrin (2013). Préface. Reconnaître le care: un enjeu pour les pratiques professionnelles. M. Modak and J.-M. Bonvin. Lausanne, EESP.

Ghasarian, C., Ed. (2004). De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive Paris, Armand Colin.

Ghasarian, C. (2004). Introduction : sur les chemins de l'ethnographie réflexive. De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive C. Ghasarian. Paris, Armand Colin: 5-33.

Gibson, E. J. and A. D. Pick (2000). An Ecological Approach to Perceptual Learning and Development. Oxford, Oxford University Press.

Gibson, J. J. (1986). The Ecological Approach to Visual Perception. New York, Psychology Press.

Goffman, E. (1974). Les rites d'interaction. Paris, Les éditions de minuit.

Goldenberg, M. J. (2006). "On Evidence and Evidence-Based Medicine: Lessons from the Philosophy of Science." Social Science & Medicine **62**(11): 2621-2632.

Good, B. J. (1994). Medicine, Rationality and Experience. Cambridge, Cambridge University Press.

Goody, J. (2007). Pouvoirs et Savoirs de l'Ecrit. Paris, La Dispute.

Gordon, D. R. (1988). Clinical Science and Clinical Expertise : Changing Boundaries Between Art and Science in Medicine. Biomedicine Examined. M. Lock and D. R. Gordon. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.

Gordon, D. R. (1988). Tenacious Assumptions in Western Medicine. Biomedicine Examined. M. Lock and D. R. Gordon. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.

Gouilhers, S. (2010). Le suivi de la grossesse par les sages-femmes : vers une " autonomie raisonnée " des femmes enceintes. Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales. D. Manäi, C. Burton-Jeangros and B. Elger. Berne, Stämpfli.

Gouilhers, S. (2014). "Vers une culture du risque personnalisée. Choisir d'accoucher à domicile ou en maison de naissance en Suisse." Socio-anthropologie **29**: 101-119.

Graeber, D. (2015). The Utopia of Rules: on Technology, Stupidity, and the Secret Joys of Bureaucracy. London, Melville House.

Graz, B. (2012). Les médecines complémentaires. Lausanne, Presses universitaires et polytechniques romandes.

Greenhalgh, T. (2000). Savoir lire un article médical pour décider : La médecine fondée sur les niveaux de preuve (evidence-based medicine) au quotidien. London, BMJ.

Greenhalgh, T. (2006). How to read a paper ? The Basics of Evidence Based Medicine, Blackwell BMJ.

- Greenhalgh, T. (2012). "Why are Cochrane reviews so boring ?" British Journal of General Practice **7**: 371.
- Greenhalgh, T. (2014). "Evidence Based Medicine: a Movement in Crisis ?" British Medical Journal **348**.
- Greenhalgh, T. (2015). Real vs. Rubish EBM. C. Oxford. Youtube.
- Grossman, J. (2008). "A couple of the Nasties Lurking in Evidence-Based Medicine " Social Epistemology **22**(4): 333-352.
- Grypdonck, M. H. (2006). "Qualitative Health Research in the Era of Evidence-Based Practice." Qualitative Health Research **16**(19): 1371-1385.
- Guittier, M. J., C. Cedraschi, N. Jamei, M. Boulvain and F. Guillemin (2014). "Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: a qualitative study." BMC Pregnancy Childbirth **14**: 254.
- Guyatt G, C. J. C. D. and et al. (1992). "Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine." JAMA: The Journal of the American Medical Association **268**(17): 2420-2425.
- Guyatt, G., R. Drummond, M. O. Meade and D. J. Cook, Eds. (2008). User's Guides to the Medical Literature : A Manual For Evidence-Based Clinical Practice. New York, Mc Graw Hill.
- Hacking, I. (1990). The Taming of Chance. Cambridge, Cambridge University Press.
- Hacking, I. (2006). The Emergence of Probability. Cambridge, Cambridge University Press.
- Hammer, R. (2010). Le devoir d'information des gynécologues-obstétriciens et le risque médico-légal. Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales. D. Manai, C. Burton-Jeangros and B. Elger. Berne, Stämpfli.
- Hammer, R., S. Cavalli and C. Burton-Jeangros (2009). "Quand le médecin se tire une balle : de la face sombre de la judiciarisation aux transformations sociales de la médecine." Carnets de Bord en Sciences Humaines.
- Hammer, R. and C. Ferreira (2009). "Entre droit et médecine : la régulation des corps." Carnets de Bord en Sciences Humaines **16**: 3-8.
- Harkness, S. and C. M. Super, Eds. (1996). Parents' cultural belief systems. New York, Guilford Press.
- Harris, M. (2007). Introduction: "Ways of Knowing". Ways of Knowing. M. Harris. New York, Berghahn.
- Harrison, S., M. Moran and B. Wood (2002). "Policy Emergence and Policy Convergence: the Case of 'Scientific-Bureaucratic Medicine' in the United States and United Kingdom." The British Journal of Politics & International Relations **4**(1): 1-24.
- Hart, J. T. (1971). "The inverse care law." Lancet **1**(7696): 405-412.
- Hart, T. J. (2000). "Commentary: Three Decades of the Inverse Care Law." BMJ **320**(7226): 18-19.
- Harwood, R. L., J. G. Miller and N. Lucca Irizzary (1995). Culture and attachment, perceptions of the child in context. New York, Guilford

- Haugh, S. and T. Merry, Eds. (2001). Rogers' therapeutic conditions : evolution, theory and practice : Empathy. Ross-on-Wye, PCCS books.
- Helman, C. (2001). Culture, Health and Illness. London, Arnold.
- Henrich, J., S. J. Heine and A. Norenzayan (2010). "Most people are not WEIRD." Nature **466**(7302): 29.
- Henrich, J., S. J. Heine and A. Norenzayan (2010). "The Weirdest People in the World?" Behav Brain Sci **33**(2-3): 61-83; discussion 83-135.
- Herbinet, E. and M.-C. Busnel, Eds. (1987). L'aube des sens. Paris, Stock.
- Héту, J.-L. (2007). La relation d'aide : éléments de base et guide perfectionnement. Montréal, Gaëtan Morin.
- Hickok, G. (2014). The Myth of Mirror Neurons. New York, Norton & Company.
- Hobsbawn, E. and T. Ranger, Eds. (1983). The Invention of Tradition. Cambridge, Cambridge University Press.
- Hodnett, E., S. Gates, G. Hofmeyr and C. Sakala (2012). "Continuous Support for Women during Childbirth." Cochrane Database Syst Rev(3).
- Hodnett, E. D. (1995). "Caregiver support for women during childbirth." Cochrane Database Syst Rev(2): CD000199.
- Hodnett, E. D., S. Gates, G. J. Hofmeyr, C. Sakala and J. Weston (2011). "Continuous support for women during childbirth." Cochrane Database Syst Rev(2): CD003766.
- Hofner, M.-C. and N. Viens Python (2014). Violences domestiques: prise en charge et prévention. Lausanne, Presse polytechniques et universitaires romandes.
- Homer, C. and A. Broom (2012). Evidence-Based Paradigms and Contemporary Midwifery. Evidence Based Healthcare in Context : Critical Social Science Perspectives. A. Broom and J. Adams. Surrey, Ashgate: 155-176.
- Horvath, A. O. and L. S. Greenberg, Eds. (1994). The Working Alliance : Theory, Research and Practice. New York, Wiley.
- Horwitz, A. V. and J. C. Wakefield (2007). The Loss of Sadness : How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder. Oxford, Oxford University Press.
- Hughes, E. (1984). The Sociological Eye: Selected Papers, Transaction Publishers.
- Hunter, B. and R. Deery, Eds. (2009). Emotions in Midwifery and Reproduction. New York, Palgrave Macmillan.
- Inch, S. (2014). Infant feeding. Myles Textbook for Midwives. J. Marshall and M. Raynor. London, Elsevier.
- Ingold, T. (2001). From the Transmission of Representations to the Education of Attention. The Debated Mind, Evolutionary Versus Ethnography. H. Whitehouse. New York, Berg.

- Ingold, T. (2006). Walking the Plank : Meditations on a Process of Skill. Defining Technological Literacy : Towards an Epistemological Framework. J. R. Dakers. New York Palgrave Macmillan.
- Ingold, T. (2010). "Footprints through the Weather-World : Walking, Breathing, Knowing " Journal of the Royal Anthropological Institute: S121-139.
- Ingold, T. (2011). Being Alive. New York, Routledge.
- Irion, O., M. Boulvain, A. T. Straccia and J. Bonnet (2000). "Emotional, physical and sexual violence against women before or during pregnancy." BJOG **107**(10): 1306-1308.
- Jackson, M. (2013). Lifeworlds: Essays in Existential Anthropology. Chicago, Chicago University Press.
- Jaffré, Y., Y. Diallo, P. Vasseur and C. Grenier-Torres (2009). La bataille des femmes : analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest, Faustroll.
- Jordan, B. and R. Davis-Floyd (1993). Birth in Four Cultures: a Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States. Illinois, Waveland.
- Jouan, M. and S. Laugier, Eds. (2009). Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances. Paris, PUF.
- Joye, D. and R. Tillmann (2012). La pauvreté en Suisse entre 1999 et 2009 : quelle évolution ? Regards croisés sur la pauvreté. J.-P. Tabin and F.-X. Merrien. Lausanne, EESP.
- Katz, J. (1984). The Silent World of Doctor and Patient. Baltimore, Johns Hopkins University Press
- Katz Rothman, B. (1986). The Tentative Pregnancy. Chatham, Pandora.
- Kaufmann, J.-C. (1996). L'entretien compréhensif. Paris, Nathan université.
- Keel, O. (2011). La médecine des preuves. Montréal, Presse de l'Université de Montréal.
- Kellerhals, J. and E. Widmer (2007). Familles en Suisse : les nouveaux liens. Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Kickbusch, I. (2001). "Innovation in Health Policy : Responding to the Health Society." Gaceta Sanitaria **21**(4): 338-342.
- Kilani, M. (1992). Introduction à l'anthropologie. Lausanne, Payot.
- Kirmayer, L. J. (1988). Mind and Body as Metaphors : Hidden Value as Medicine. Biomedicine Examined. M. Lock and D. R. Gordon. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.
- Kitzinger, S. (2006). Birth Crisis. London, Routledge.
- Klausler-Troxler, M., E. Kurth and R. Spirig (2014). "[Young first-time parents' experiences with family-centred postpartal health care in Switzerland]." Pflege **27**(4): 219-230.
- Klein, M. C. (2010). Evidence-Based Practice in Maternity Care: Examining the Evidence. Woman-Centered Care in Pregnancy and Childbirth. S. G. Shields and L. M. Candib, Radcliffe.

- Kleinman, A. (1988). The Illness Narratives : Suffering, Healing and the Human Condition. USA, Basic Books.
- Kleinman, A. (1988). Rethinking Psychiatry : from Cultural Category to Personal Experience. New York, The Free Press.
- Kleinman, A. (2000). Personal Experience of Illness. Handbook of Social Studies in Medicine. G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick and S. Scrimshaw. London, Sage.
- Kleinman, A., V. Das and M. Lock, Eds. (1997). Social Suffering. Berkeley, University of California Press.
- Kleinman, S. and M. A. Copp (1993). Emotions and Fieldwork. London, Sage University
- Kolkman, D., M. Rijnders and M. Fleuren (2014). The Process of Implementing Evidence-Based Care. International Confederation of Midwives Triennial Congress. M. Rijnders, M. Fleuren and D. Kolkman. 1-5 June. Prague, ICM.
- Kolkman, D. G., M. E. Rijnders, M. G. Wouters, M. E. van den Akker-van Marle, C. K. van der Ploeg, C. J. de Groot and M. A. Fleuren (2013). "Implementation of a cost-effective strategy to prevent neonatal early-onset group B haemolytic streptococcus disease in the Netherlands." BMC Pregnancy Childbirth **13**: 155.
- Kresse, K. and T. H. J. Marchand (2009). "Knowledge in Practice : Expertise and the Transmission of Knowledge." Africa **79**(1).
- Kuhn, L. (2010). "Milk mysteries: Why are women who exclusively breast-feed less likely to transmit HIV during breast-feeding?" Clin Infect Dis **50**(5): 770-772.
- Kuhn, T. (1970). La structure des révolutions scientifiques. Paris, Flammarion.
- Kühne, N. (2009). Les pratiques de soins sous l'influence de la recherche : une approche cognitive de la diffusion du modèle des pratiques fondées sur les preuves scientifiques en soins infirmiers, en ergothérapie et en kinésithérapie en Suisse. PhD, Aix-Marseille.
- Kühne, N. (2012). Evidence-based practice : une pratique sans clinique ? Journée scientifique : 10 ans de formation HES, nouveaux professionnels ? HESAV. Lausanne.
- Kurth, E., H. P. Kennedy, E. Zemp Stutz, A. Kesselring, I. Fornaro and E. Spichiger (2014). "Responding to a crying infant - you do not learn it overnight: a phenomenological study." Midwifery **30**(6): 742-749.
- Kurth, E., E. Spichiger, E. Cignacco, H. P. Kennedy, R. Glanzmann, M. Schmid, K. Staehelin, C. Schindler and E. Z. Stutz (2010). "Predictors of crying problems in the early postpartum period." J Obstet Gynecol Neonatal Nurs **39**(3): 250-262.
- Kurth, E., E. Spichiger, E. Zemp Stutz, J. Biedermann, I. Hosli and H. P. Kennedy (2010). "Crying babies, tired mothers - challenges of the postnatal hospital stay: an interpretive phenomenological study." BMC Pregnancy Childbirth **10**: 21.
- Lakoff, G. and M. Johnson (1999). The Philosophy in the Flesh the Embodied Mind and its Challenge to Western Thought. New York, Basic Books.

- Lambert, H. (2006). "Accounting for EBM: notions of evidence in medicine." Soc Sci Med **62**(11): 2633-2645.
- Lambert, H. (2006). "Accounting for EBM: Notions of Evidence in Medicine." Social Science & Medicine **62**(11): 2633-2645.
- Lambert, H. and C. McKeivitt (2002). "Anthropology in Health Research: from Qualitative Methods to Multidisciplinarity." BMJ **325**: 210-213.
- Latour, B. (1983). "Comment redistribuer le Grand Partage ?" Revue de Synthèse **110**(avril-juin): 203-236.
- Lave, J. and E. Wenger (1991). Situated Learning, Legitimate Peripheral Participation. Cambridge, Cambridge University Press.
- Lavender, T. (2009). Is There Enough Evidence to Meet the Expectations of a Changing Midwifery Agenda? . Evidence Based Midwifery : Applications in Context. H. Spiby and J. Munro. Oxford, Wiley-Blackwell.
- Le Breton, D. (1999). L'Adieu au corps. Paris, Métailié.
- Le Breton, D. (2000). Anthropologie du corps et de la modernité. Paris, PUF.
- Le Breton, D. (2004). L'interactionnisme symbolique. Paris, PUF.
- Le Camus, J. (2000). Le vrai rôle du père. Paris, Odile Jacob.
- Leboyer, F. (1974). Pour une naissance sans violence. Paris, Seuil.
- Leclerc, A., D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminsky and T. Lang, Eds. (2000). Les inégalités sociales de santé. Paris, Inserm/ La découverte
- Ledoux, J. (2002). "Emotion, Memory and the Brain." Scientific American: 62-71.
- Lende, D. (2012). Quotations and "Unquotations" in Journalism and Ethnography. PLOS/Blogs/Neuroanthropology. PLOS/Blogs.
- Lende, D. and G. Downey, Eds. (2012). The Encultured Brain. Cambridge, MIT Press.
- Lende, D. and G. Downey (2012). The Encultured Brain : Development, Case Studies, and Methods. The Encultured Brain. D. Lende and G. Downey. Cambridge, MIT Press.
- Lende, D. and G. Downey (2012). Neuroanthropology and the Encultured Brain. The Encultured Brain. D. Lende and G. Downey. Cambridge, MIT Press.
- Liégard, F. and G. Marguerie, Eds. (2011). Extension du domaine du management : néomanagement et néolibéralisme. MANA. Paris, L'Harmattan.
- Light, D. W. (2010). Health Care Professions, Markets and Countervailing Powers. Handbook of Medical Anthropology. C. E. Bird, P. Conrad, A. M. Fremont and S. Timmermans. Nashville, Vanderbilt University Press: 270-289.

- Link, B. and J. Phelan (2010). Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities. Handbook of Medical Anthropology. C. E. Bird, P. Conrad, A. M. Fremont and S. Timmermans. Nashville, Vanderbilt University Press: 3-17.
- Lock, M. (2006). Anthropologie médicale : pistes d'avenir. Anthropologie médicale ancrages locaux, défis locaux. F. Saillant and S. Genest. Paris, Anthropos: 439-461.
- Lock, M. and V.-K. Nguyen (2012). Anthropology of Biomedicine. West Sussex, Wiley-Blackwell.
- Luisier, V. (1998). "La préparation à la naissance: un outil de prévention?" Sage-femme suisse(11): 26-28.
- Luisier, V. (2006). Sages-femmes : la cornette sous le paillason ? Genève, Médecin et Hygiène.
- Luisier, V., A. Masur, I. Cerovaz, H. Emery and E. Weimer (2014). 20 bougies et 60'000 bébés, Moléson Impression.
- Lupton, D. (1995). The Imperative of Health. London, Sage.
- Lupton, D. (1999). Introduction : Risk and Sociocultural Theory. Risk and Sociocultural Theory. D. Lupton. Cambridge, Cambridge University Press.
- Lupton, D. (1999). Risk and the Ontology of Pregnant Embodiment. Risk and Sociocultural Theory. D. Lupton. Cambridge, Cambridge University Press.
- Lupton, D. (2012). Medicine as Culture : Illness, Disease and the Body. London, Sage.
- Ma, I. W., N. A. Khan, A. Kang, N. Zalunardo and A. Palepu (2007). "Systematic review identified suboptimal reporting and use of race/ethnicity in general medical journals." J Clin Epidemiol **60**(6): 572-578.
- MacKenzie Bryers, H. and E. van Teijlingen (2010). "Risk, Theory, Social and Medical Models: a Critical Analysis of the Concept of Risk in Maternity Care." Midwifery **26**(5): 488-496.
- Maffi, I. (2014). Les cours de préparation à la naissance dans une maternité suisse. Entre logiques institutionnelles, postures des sages-femmes et autonomie des couples. Accompagner la naissance: terrains socio-anthropologiques en Suisse Romande. C. Burton-Jeangros, I. Maffi and R. Hammer. Lausanne, BSN Press.
- Makovicky, N. (2010). "Something to Talk about: Notation and Knowledge-making among Central Slovak Lace-Makers." Journal of the Royal Anthropological Institute: 80-99.
- Manai, D., C. Burton-Jeangros and B. Elger, Eds. (2010). Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales. Berne, Stämpfli.
- Marchand, T. (2010). "Embodied Cognition and Communication: Studies with British Fine Woodworkers." Journal of the Royal Anthropological Institute: 100-120.
- Marchand, T. (2010). "Making Knowledge : Explorations of the Indissoluble Relation between Minds, Bodies and Environment." Journal of the Royal Anthropological Institute: 1-21.
- Marchand, T., Ed. (2010). Making Knowledge: Explorations of the Indissoluble Relation Between Mind, Body And Environment. Oxford, Royal Anthropological Institute of Great Britain & Ireland.

- Marchand, T. (2010 : 1). "Making Knowledge : explorations of the indissoluble relation between minds, bodies and environment." Journal of the Royal Anthropological Institute: 1-21.
- Marchand, T. H. J. (2009). "Negotiating Licence and Limits : expertise and innovation in Djenné's building trade." Africa **79**(1): 71-91.
- Marchand, T. H. J. (2010). "Embodied Cognition and Communication: Studies with British Fine Woodworkers." Journal of the Royal Anthropological Institute: 100-120.
- Marcus, G. (1995). "Ethnography in/of the World System: the Emergence of Multi-Sited " Annual Review of Anthropology **24**: 95-117.
- Marks, H. (1999). La médecine des preuves : histoire et anthropologie des essais cliniques. Le Plessis-Robinson, Les empêcheurs de penser en rond.
- Marks, J. (2009). Why I Am Not a Scientist. Berkeley, University of California Press.
- Marmot, M. (2004). Social Causes of Social Inequalities in Health. Public Health, Ethics and Equity. S. Anand, F. Peter and A. Sen. Oxford, Oxford University Press.
- Marmot, M. (2004). Status Syndrome: How your Social Standing Directly Affects your Health. London, Bloomsbury.
- Marmot, M. and J. Allen (2014). "Social Determinants of Health Equity." American Journal of Public Health **104**(S4): S517-S519.
- Martin, E. (1987). The Woman in the Body : a Cultural Analysis of Reproduction. Boston, Beacon Press.
- Martin, E. (2006). Moods and Representations of Social Inequality. Gender, Race, Class and Health : intersectional approaches. L. Mullings and A. J. Schultz. San Francisco, Jossey-Bass.
- Massé, R. (1993). Réflexions anthropologiques sur la fétichisation des méthodes en évaluation. L'évaluation sociale : savoir, éthique, méthodes. J. Légaré and A. Demers. Montréal, Méridien.
- Massé, R. (1995). Culture et santé publique. Montréal, Gaétan Morin.
- Massé, R. (2001). "Medical Anthropology at Home." Bulletin AMADES.
- Massé, R. (2003). Ethique et santé publique. Sainte-Foy, Les Presses de l' Université Laval.
- Massé, R. (2006). L'anthropologie de la santé au Québec : pour une conjugaison des approches et des méthodes. Anthropologie médicale ancrages locaux, défis locaux. F. Saillant and S. Genest. Paris, Anthropos: 61-90.
- Massé, R. (2007). La "troisième voie" en anthropologie de la santé: pour une réflexivité constructive. L'anthropologie face à ses objets. O. Leservoisière and L. Vidal. Paris, Editions des archives contemporaines.
- Massé, R. (2008). Détresse créole : ethnoépidémiologie de la détresse psychique à la Martinique. Québec, Presse Universitaire de Laval.
- Massé, R. (2015). Anthropologie de la morale et de l'éthique. Québec, Presses Universitaires de Laval.



- Meltzoff, A. N. (2005). Imitations and Others Minds: the "Like Me" Hypothesis. Perspectives on Imitation: from Neuroscience to Social Science. S. Hurley and N. Chater. **2**: 55-77.
- Memmi, D. (2006). Du gouvernement des corps par la parole. La santé en périnatalité : de la promotion à l'illusion. P. Marciano and P. Callamand. Ramonville Saint-Agne, Erès.
- Memmi, D. (2009). Pierre Bourdieu : le corps dénaturalisé. D. Memmi, D. Guillo and O. Martin. Paris, Editions de l'école des hautes études en sciences sociales.
- Memmi, D. (2011). La seconde vie des bébés morts. Paris, EHESS.
- Memmi, D. (2014). La revanche de la chair. Paris, Seuil.
- Merleau-Ponty, M. (1945). Phénoménologie de la perception. Paris, Gallimard.
- Mesquita, B., L. Feldman Barrett and E. R. Smith, Eds. (2010). The Mind in Context. London, The Guilford Press.
- Métraux, J.-C. (2004). La migration comme métaphore. Paris, La Dispute.
- Mezirow, J. (2001). Penser son expérience : développer l'autoformation. Lyon Chronique sociale.
- Miljkovitch, R. (2001). L'attachement au cours de la vie. Paris PUF.
- Miller, W. R. and S. Rollnick (2013). L'entretien motivationnel: aider les personnes à engager le changement. Paris, Inter Editions.
- Modak, M. and J.-M. Bonvin, Eds. (2013). Reconnaître le care: un enjeu pour les pratiques professionnelles. Lausanne, EESP.
- Mol, A. (2008). The Logic of Care : Health and the Problem of Patient Choice. London, Routledge.
- Mol, A. and M. Berg, Eds. (1998). Differences in Medicine : Unraveling Practices, Techniques and Bodies, Duke University Press.
- Molénat, F. (2009). Prévention précoce petit traité pour construire des liens humains. Toulouse, Erès.
- Molénat, F. (2010). La prévention psychologique pendant la grossesse. La naissance : histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui. R. Frydman and M. Szejer. Paris, Albin Michel.
- Moreira, T. (2007). "Entangled evidence: knowledge making in systematic reviews in healthcare." Social Health Illn **29**(2): 180-197.
- Moreira, T. (2012). The Transformation of Contemporary Health Care. New York, Routledge.
- Murray, L. and P. J. Cooper, Eds. (1997). Post-partum depression and child development. New York, Guilford.
- Mykhalovskiy, E. and L. Weir (2004). "The Problem of Evidence-based Medicine: Directions for Social Science." Social Science & Medicine **59**(5): 1059-1069.
- Nehaniv, C. L. and K. Dautenhahn, Eds. (2007). Imitation and Social Learning : in Robots, Humans and Animals. Cambridge, Cambridge University Press.

Neisser, U. and E. Winograd, Eds. (1988). Remembering Reconsidered : Ecological and Traditional Approaches to the Study of Memory. Cambridge Cambridge University Press.

Newburn, M. (2011). Consumer's Contribution to Evidence Based Practice. Based on What Evidence ? Contemporary Issues in Midwifery Practice. T. Lavender and Y. Richens. Manchester UK, BJM.

Newsreel, C. (2008). Unnatural Causes: is inequality Making Us Sick ? California, California Newsreel.

Neyrand, G. (2000). L'enfant, la mère et la question du père : un bilan critique de l'évolution des savoirs sur la petite enfance. Paris, PUF.

NICE (2007). Intrapartum care : care of healthy women and their babies during childbirth. UK, National Institute for Health and Clinical Excellence - NHS.

Notter, P., C. Arnold, E. Von Erlach and P. Hertig (2006). Lire et calculer au quotidien: compétences des adultes en Suisse

rapport national de l'étude ALL. Neuchâtel, Office Fédéral de la Statistique.

O'Connor, E. (2005). "Embodied Knowledge : the Experience of Meaning and the Struggle towards Proficiency in Glassblowing " Ethnography **6**(183).

O'Doherty, L., K. Hegarty, J. Ramsay, L. L. Davidson, G. Feder and A. Taft (2015). "Screening women for intimate partner violence in healthcare settings." Cochrane Database Syst Rev **7**: CD007007.

Oakley, A. (1989). "Smoking in Pregnancy: Smokesscreen or Risk Factor ? Towards a Materialist Analysis " Sociology of Health and Illness **11**(4): 311-334.

Oakley, A. (2004). Who Cares for Women? Midwifery and the Medicalization of Childbirth. E. v. Teijlingen, G. Lowis, P. McCaffery and M. Porter. New York, Nova.

Oaks, L. (2001). Smoking and Pregnancy: the Politics of Fetal Protection. New Brunswick, Rutgers University Press.

Odland Portisch, A. (2010). "The Craft of Skilful Learning: Kazakh Women's Everyday Craft Practices in Western Mongolia." Journal of the Royal Anthropological Institute: 62-79.

Office Fédéral de la santé publique (2013). Accouchement par césarienne en Suisse: rapport en réponse au postulat Maury Pasquier (08.3935), OFSP, Confédération Suisse

OFS (2016). Population: les principaux chiffres. Berne, Office Fédéral de la Statistique.

OFSP, O. F. d. I. S. P. (2012). Indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus 2008/2009. Berne, Office Fédéral de la Santé Publique, Département Fédéral de l'Intérieur, Confédération Helvétique.

Olivier de Sardan, J.-P. (2008). La rigueur du qualitatif. Louvain, Academia Bruylant.

OMS (1999). Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement Genève, OMS.

Otero, M. (2003). Les règles de l'individualité contemporaine : santé mentale et société. Québec, Presses de l'Université de Laval.

Otero, M. (2005). "Regards sociologiques sur la santé mentale, la souffrance psychique et la psychologisation." Cahiers de recherche sociologique **41-42**: 5-15.

Otero, M. (2005). "Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine." Cahiers de recherche sociologique **41-42**: 65-89.

Page, L. A. and R. McCandlish, Eds. (2006). The New Midwifery, Churchill-Livingstone.

Papadaniel, Y. (2009). Editorial: la double négociation. Accompagnement, le lien social sous tension. Y. Papadaniel, I. Rossi and J. Foucart. Bruxelles, De Boeck. **22**.

Papadaniel, Y., I. Rossi and J. Foucart, Eds. (2009). Accompagnement, le lien social sous tension. Pensée plurielle: parole, pratiques et réflexions du social. Bruxelles, De Boeck.

Papousek, H. and M. Papousek (1997). Fragile Aspects of Early Social Integration. Post-partum depression and child development. L. Murray and P. J. Cooper. New York, Guilford.

Perrenoud, P. (2003). Dormir ensemble : une réalité cachée. Master of Sciences, University of Geneva.

Perrenoud, P. (2008). "Recherche et sélection de littérature: pour un regard aigu et une critique nuancée." Sage-femme.ch **10**: 32-39.

Perrenoud, P. (2012). Evidence Based Medicine et médicalisation de la naissance: une relation ambiguë. Soziologie Kongress Gesundheitsberufe im Wandel. I. Maffi, C. Burton-Jeangros and R. Hammer. Winterthur, Société Suisse de Sociologie.

Perrenoud, P. (2013). Caring for Women: the Diverse and Demanding Experiences Encountered By Community Midwives. Intersections of Informal and Formal Caregiving across the Life Course. R. Berman. Chicago, American Anthropological Association.

Perrenoud, P. (2014). Naissance et évolution des pratiques: entre Evidence Based Medicine, expérience et intuition. Accompagner la naissance: terrains socio-anthropologiques en Suisse Romande. I. Maffi, C. Burton-Jeangros and R. Hammer. Lausanne, BSN Press.

Perrenoud, P. (2014). Relations entre gynécologues-obstétriciens et sages-femmes: un commentaire. Accompagner la naissance: terrains socio-anthropologiques en Suisse Romande. I. Maffi, C. Burton-Jeangros and R. Hammer. Lausanne, BSN Press.

Perrenoud, P. (2014). Relations entre obstétriciens et sages-femmes: un commentaire. Accompagner les grossesses et la naissance. Les savoirs et les pratiques en Suisse Romande. I. Maffi, C. Burton-Jeangros and R. Hammer. Lausanne, BSN Press.

Perrenoud, P. (2014). Woman-Centered Care in Vulnerable Circumstances. Woman Centered Approach in Different Contexts: Temporality, Diversity and Complexity. C. Delabrusse. Prague, International Council of Midwives.

Perrenoud, P. (2015). "Suivi postnatal à domicile et vulnérabilités plurielles: entre solitudes, violences et pauvreté." Sage-femme Suisse(10): 38-41.

Perrenoud, P. (2015). "Un cercle qualité pour faire face aux difficultés d'accompagnement des familles vulnérables." Sage-femme Suisse(10): 38-41.

- Pestre, D. (2013). A contre-science : politiques et savoirs des sociétés contemporaines. Paris, Seuil.
- Petti, S. and A. Polimeni (2011). "Inverse care law." Br Dent J **210**(8): 343.
- Pfister, S. (2006). Grossesse et pratiques addictives: prévention par l'entretien motivationnel. Bachelor, HESAV.
- Phelan, J. C., B. G. Link and P. Tehranifar (2010). "Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications." J Health Soc Behav **51 Suppl**: S28-40.
- Pierrehumbert, B. (2003). Le premier lien : théorie de l'attachement. Paris, Odile Jacob.
- Piette, A. (1996). Ethnographie de l'Action. Paris, Métailié.
- Pilley Edwards, N. (2009). Women's Emotion Work in the Context of Current MATernity Services. Emotions in Midwifery and Reproduction. B. Hunter and R. Deery. New York, Palgrave Macmillan.
- Pink, S. (2009). Doing Sensory Ethnography. Los Angeles, Sage.
- Ponterotto, J. G. (2006). "Brief Note on the Origins, Evolution and Meaning of the Qualitative Research Concept "Thick Description"." The Qualitative Report **11**(3): 538-549.
- Pope, C. (2003). "Resisting Evidence. the Study of Evidence Based Medicine as a Contemporary Social Movement." Health **7**(3): 267-282.
- Pope, C. (2003). "Resisting Evidence: the Study of Evidence-Based Medicine as a Contemporary Social Movement." Health **7**(267-282).
- Porter, T. M. (1995). Trust in Numbers : The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life. Princeton, Princeton University Press.
- Poupart, J., L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, r. Mayer and A. P. Pires (1997). La recherche qualitative : en jeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal, Gaétan-Morin.
- Pouvoirville de, G. (2002). Rationaliser le système de soins: efficacité et équité. Quelle médecine voulons-nous ? I. Baszanger, M. Bungener and A. Paillet. Paris, La dispute.
- Prentice, R. (2008). "Knowledge, Skill, and the Inculcation of the Anthropologist: Reflections on Learning to Sew in the Field." Anthropology of Work Review **29**(3): 54-61.
- Pye, D. (1995). The Nature and Art of Workmanship.
- Rabeharisoa, V., T. Moreira and M. Akrich (2014). "Evidence-based Activism: Patients', Users' and Activists' groups in Knowledge Society." Biosocieties: 1-18.
- Ranganathan, M. and R. S. Bhopal (2006). "Exclusion and inclusion of nonwhite ethnic minority groups in 72 North American and European cardiovascular cohort studies." PLoS Med **3**(3): 329-336.
- Razurel, C. (2014). Le sentiment de compétence des mères: une évidence ? Saarbrücken, Editions Universitaires Européennes.
- Razurel, C. (2015). Se révéler et se construire comme mère: l'entretienpsycho-éducatif périnatal. Genève, Médecine et Hygiène.

- Razurel, C., M. Bruchon-Schweitzer, A. Dupanloup, O. Irion and M. Epiney (2009). "Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study." Midwifery.
- Razurel, C., C. Heliot, J. Perier and N. Andreoli (2003). "[Health education in the maternity puerperal period in Geneva. How to tell "everything" in a short time]." Krankenpfl Soins Infirm **96**(10): 40-43.
- Reed, E. S. (1996). Encountering the World Toward an Ecological Psychology. Oxford, Oxford University Press.
- Rege Collet, N. (1993). "Pluridisciplinarité, interdisciplinarité, transdisciplinarité." Cahiers de la section des sciences de l'éducation **71**.
- Rege Collet, N. (2002). Enseignement universitaire et interdisciplinarité. Bruxelles, De Boeck.
- Research Ethics Review Committee OMS (n.d.). The Process of Obtaining Informed Consent. Geneva, OMS.
- Rice, T. (2010). "Learning to Listen : Auscultation and the Transmission of Auditory Knowledge." Journal of the Royal Anthropological Institute: 41-61.
- Rijnders, M., M. Fleuren and D. Kolkman (2014). The Process of Implementing Evidence-Based Care. International Confederation of Midwives Triennial Congress. 1-5 June. Prague, ICM.
- Rimke, H. M. (2000). "Governing citizens through self-help literature." Cultural Studies **14**(1): 61-68.
- Riordan, J. (2009). Breastfeeding and human lactation. Boston, Jones & Bartlett publishers.
- Rizzolatti, G. and L. Craighero (2004). "The Mirror-Neuron System." Annual Reviews **27**: 169-192.
- Rizzolatti, G., L. Fogassi and V. Gallese (2001). "Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action." Macmillan Magazines Ltd **2**: 661-670.
- Rochat Noël, L. (2014). Pratiques sensorielles, pratiques professionnelles: interactions quotidiennes entre infirmières et bébés au sein d'un service de néonatalogie romand. Accompagner la naissance: terrains socio-anthropologiques en Suisse Romande. C. Burton-Jeangros, R. Hammer and I. Maffi. Lausanne, BSN Press.
- Rogers, C. R. (1968). Le développement de la personne. Paris, Dunod.
- Rose, N. (1998). Inventing Our Selves : Psychology, Power and Personhood. Cambridge, Cambridge University Press.
- Rose, N. (1999). Governing the Soul : the Shaping of the Private Self. London, Free Association Books.
- Rose, N. (2006). "Disorders Without Borders ? The Expanding Scope of Psychiatry Practice." Biosocieties **1**: 465-484.
- Rossi, I. (1999). "Médiation culturelle et formation des professionnels de la santé - de l'interculturalité à la co-disciplinarité." Sozial- und Präventivmedizin **44**: 288-294.
- Rossi, I. (2002). "Réseaux de soins, réseaux de santé. Culture prométhéenne ou liberté de l'impuissance." Tsantsa(7): 12-22.

- Rossi, I. (2003). "Mondialisation et sociétés plurielles ou comment penser la relation entre santé et migration." Médecine et Hygiène **59**: 2039-2042.
- Rossi, I. (2006). L'anthropologie entre médecine et société : les interfaces helvétiques de la santé. Anthropologie médicale ancrages locaux, défis locaux. F. Saillant and S. Genest. Paris Anthropos.
- Rossi, I. (2013). Identités et travail: la preuve par le corps. Le travail: une re-vision. B. Danuser and V. Gonik. Zürich, Chronos.
- Rossi, I. (2014). "Penser la diversité par les transitions de la santé mentale." Alterstice **4(2)**: 39-48.
- Rossi, I., F. Kaech and Y. Papadaniel (2009). Des professionnels dans la tendresse, entretien avec Paul et Danielle Beck. Accompagnement, le lien social sous tension. Y. Papadaniel, I. Rossi and J. Foucart. Bruxelles, De Boeck. **22**.
- Rowan, J. and M. Cooper, Eds. (1999). The Plural Self : Multiplicity in Everyday Life. London, Sage.
- Sackett, D. L., S. E. Straus, S. W. Richardson, W. Rosenberg and R. B. Hayes (2000). Evidence Based Medicine : How to Practice and Teach EBM. Edinburgh, Churchill Livingstone.
- Saillant, F. and S. Genest, Eds. (2006). Anthropologie médicale : ancrages locaux, défis globaux. Paris Anthropos.
- Saillant, F. and S. Genest (2006). Anthropologie médicale ancrages locaux, défis locaux. Anthropologie médicale ancrages locaux, défis locaux. F. Saillant and S. Genest. Paris, Anthropos: 1-23.
- Sandall, J., H. Soltani, S. Gates, A. Shennan and D. Devane (2013). "Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women." Cochrane Database Syst Rev **8**: CD004667.
- Sanders, J. (2011). Using Evidence to Inform National Guideline Development. Based on What Evidence ? Contemporary Issues in Midwifery Practice. T. Lavender and Y. Richens. Manchester UK, BJM.
- Satel, S. and S. O. Lilienfeld (2013). Brainwashed. New York, Basic Books.
- Scamell, M. (2011). "The Swan Effect in Midwifery Talk and Practice: a Tension between Normality and the Language of Risk." Sociology of Health and Illness **33(7)**: 987-1001.
- Scamell, M. and A. Alaszewski (2012). "Fateful Moments and the Categorization of Risk: Midwifery Practice and the Ever-narrowing Window of Normality During Childbirth." Health, Risk and Society **14(2)**: 207-221.
- Scamell, M. and M. Stewart (2014). "Time, Risk and Midwife Practice: the Vaginal Examination." Health, Risk & Society **16(1)**: 84-100.
- Scheper-Hughes, N. and M. M. Lock (1987). "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology." Medical Anthropology Quarterly **1(1)**: 6-41.
- Schmitz, O., Ed. (2006). Les médecines en parallèle : multiplicité des recours au soin en Occident. Paris, Karthala.

- Schön, D. A. (1983, 2009). The Reflective Practitioner How Professionals Think in Action. Farnham, Ashgate.
- Schultz, A. J. and L. Mullings, Eds. (2006). Gender, Race, Class and Health. San Fransisco, Jossey-Bass.
- Segall, M. H., P. R. Dasen, J. W. Berry and Y. H. Poortinga (1990). Human behavior in global perspective. Boston, Allyn and Bacon.
- Segall, M. H., P. R. Dasen, J. W. Berry and Y. H. Poortinga (1999). Human behavior in global perspective. Boston, Allyn and Bacon.
- Sen, A. (2000). Development as Freedom. Norwell, Anchor.
- Sen, A. (2005). Foreword. Pathologies of power : health, human rights, and the new war on the poor. P. Farmer. Berkeley, University of California Press.
- Sennett, R. (2008). The Craftsman. New Haven, Yale University Press.
- Sheikh, A. (2006). "Why are ethnic minorities under-represented in US research studies?" PLoS Medicine / Public Library of Science **3**(2): e49.
- Shields, S. and L. Candib, Eds. (2010). Woman Centered Care in Pregnancy and Childbirth. Oxford, Ratcliffe Publishing.
- Simonet, R., J. Salzer and R. Soudée (2004). Former à l'écoute : 55 fiches de formation à l'écoute. Paris, Editions d'organisation.
- Spiby, H. and J. Munro, Eds. (2009). Evidence Based Midwifery : Applications in Context. Oxford, Wiley-Blackwell.
- Staehelin, K., E. Kurth, C. Schindler, M. Schmid and E. Zemp Stutz (2013). "Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery home care--results from a nested case-control study." Swiss Med Wkly **143**: w13862.
- Stahl, T., M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen and K. Leppo, Eds. (2006). Health in all Policies. Finland, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Staszak, J.-F. (2008). "Qu'est-ce-que l'exotisme ?" Le Globe **148**.
- Stern, D. (1977). Mère-enfant : les premières relations. Sprimont, Mardaga.
- Stern, D. (1992). Journal d'un bébé. Paris, Calmann Lévy.
- Stern, D. (1997). La constellation maternelle. Paris, Calmann Lévy.
- Straus, S. E., P. Glasziou, W. S. Richardson and R. B. Haynes (2011). Evidence Based Medicine : How to Practice and Teach It Edinburgh, Churchill Livingstone.
- Straus, S. E., S. W. Richardson, P. Glasziou and R. B. Hayes, Eds. (2007). Evidence Based Medicine : médecine fondée sur les faits. Issy-Les-Moulineaux, Elsevier Masson
- Strauss, A. and I. Baszanger (1992). La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme. Paris, L'Harmattan.

- Szejer, M. and F. Caumel-Dauphin (2001). Les femmes et les bébés d'abord: pour une médicalisation raisonnée de la naissance Paris, Albin Michel.
- Tew, M. (1990). Safer Childbirth: A Critical History of Maternity Care. London, Chapman & Hall.
- Thirion, M. and M.-J. Challamel (2011). Le sommeil, le rêve et l'enfant. Paris, Albin Michel.
- Thompson, E. (2007). Mind in Life. Cambridge, Belknap Harvard.
- Timmermans, S. and A. Angell (2012). Evidence-Based Medicine, Clinical Uncertainty and Learning to Doctor. Evidence Based Healthcare in Context : Critical Social Science Perspectives. A. Broom and J. Adams. Surrey, Ashgate: 23.42.
- Timmermans, S. and M. Berg (2003). The Gold Standard : the Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care. Philadelphia, Temple University Press.
- Toren, C. (1993). "Making History: the Significance of Childhood Cognition for a Comparative Anthropology of Mind." Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland **28**(3): 461-478.
- Toren, C. (2001). The Child in Mind. The Debated Mind, Evolutionary Versus Ethnography. H. Whitehouse. New York, Berg.
- Traimond, B. (2012). Penser la servitude volontaire. Un anthropologue de notre présent, Gérard Althabe, Le bord de l'eau.
- Tronick, E. Z. and K. Weinberg (1997). Depressed Mothers and Infants: Failure to Form Dyadic States of Consciousness. Post-partum depression and child development. L. Murray and P. J. Cooper. New York, Guilford.
- Tunçalp, O., W. Were, C. MacLennan, O. Oladapo, A. Gülmezoglu, R. Bahl, B. Daelmans, M. Mathai, L. Say, F. Kristensen, M. Temmerman and F. Bustreo (2015). "Quality of Care for Pregnant Women and Newborns - the WHO vision." BJOG.
- Van Teijlingen, E., G. Lewis, P. McCaffery and M. Porter, Eds. (2004). Midwifery and the Medicalization of Childbirth. New York, Nova.
- Venkatesan, S. (2010). "Learning to weave; weaving to learn... what?" Journal of the Royal Anthropological Institute: 158-175.
- Wagner, M. (1994). Pursuing the Birthing Machine. Camperdown, Ace Graphics.
- Walsh, D. (2001). Evidence Based Care for Normal Labour and Birth. London Routledge.
- Wenger, E. (1998). Communities of Practice Learning, Meaning, and Identity. Cambridge, Cambridge University Press.
- Wickham, S. (1999). "Evidence-Informed Midwifery " Midwifery Today **Autumn**(51): 42-43.
- Wickham, S. (2006). Appraising Research into Childbirth. Edinburgh, Elsevier.
- Widmer, C. and R. Tissot (1981). Les modes de communication du bébé: postures, mouvements et vocalises. Lonay, Delachaux et Niestlé.



Wolf, A. W., B. Lozoff, S. Latz and R. Paludetto (1996). Parental Theories in the Management of Young Children's Sleep in Japan, Italy, and the United States. Parents' Cultural Belief Systems S. Harkness and C. M. Super. New York, Guilford Press.

Wolfensberger, W. (1997). La valorisation des rôles sociaux. Genève, Deux continents

Wyatt, G., Ed. (2001). Rogers' therapeutic conditions : evolution, theory and practice : Congruence. Ross on Wye UK, PCCS books.

Wyatt, G. and P. Sanders, Eds. (2001). Rogers' therapeutic conditions : evolution, theory and practice : Contact and Perception. Ross-on-Wye UK, PCCS books.

Zuppiroli, L. (2010). La bulle universitaire. Lausanne, Editions d'En Bas.