



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

**FACULTÉ DES SCIENCES
ÉCONOMIQUES ET SOCIALES**
DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

MÉMOIRE

**« LE BÉBÉ C'EST PAS UN CODE-BARRES ! ON NE
PEUT PAS VOIR TOUT CE QU'IL Y A DEDANS »**

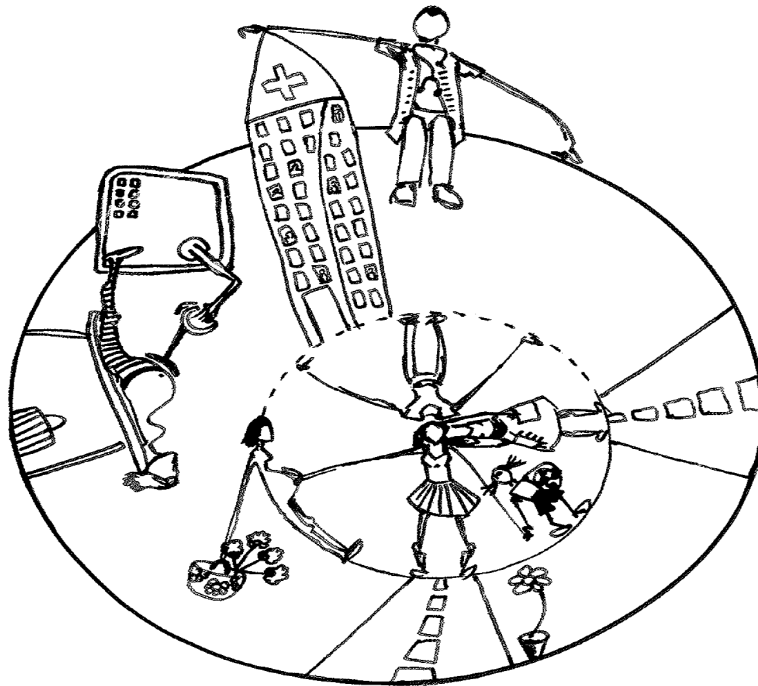


Illustration de Vincent CHÂTELAIN

ENJEUX IDENTITAIRES POUR LES SAGES-FEMMES AUTOUR DU SUIVI DE LA GROSSESSE

Solène GOILHERS

DIRECTRICE DE MÉMOIRE : Claudine BURTON-JEANGROS

MASTER EN SOCIOLOGIE

OCTOBRE 2009

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	4
INTRODUCTION	5
1 LES SAGES-FEMMES GENEVOISES : UNE MISE EN CONTEXTE	10
1.1 Les sages-femmes d’hier à aujourd’hui	10
1.2 Les sages-femmes en Europe : législation et pratique	13
1.3 Les sages-femmes en Suisse aujourd’hui	14
1.3.1 La sage-femme, le normal et le pathologique	14
1.3.2 Le suivi de la grossesse par les sages-femmes	17
1.3.3 Qui et combien sont-elles ?	20
2 Revue de la littérature	21
2.1 Des valeurs professionnelles héritées de l’histoire du métier	22
2.2 Identité des sages-femmes et autonomie	24
2.3 L’identité des sages-femmes face à la médicalisation, au développement de la technique et aux risques	26
2.3.1 Représentations nouvelles du risque et identité de sage-femme	27
2.3.2 Médicalisation et technique : entre freins, facilitations et indifférence pour la pratique des sages- femmes	30
2.4 Nouvelle place de la patiente et impacts sur l’identité de sage-femme.....	32
2.4.1 Place des patientes et rapport aux médecins.....	32
2.4.2 Parents et perfection : l’illusion de la technique.....	34
2.4.3 Parents et procès ?.....	35
2.4.4 Des parents consommateurs ?	37
3 Méthode et caractéristiques de l’échantillon.....	39
3.1 Collecter les données : comment et qui ?	40
3.1.1 Construire un guide d’entretien et réaliser un entretien exploratoire	40
3.1.2 Mettre en place le recrutement et réaliser les entretiens.....	40
3.2 Analyser et traiter les données.....	43
3.3 Limites.....	44

4	Analyse.....	46
4.1	Les valeurs professionnelles des sages-femmes : entre socle commun et différences spécifiques.....	47
4.1.1	Être sage-femme : un métier.....	47
4.1.1.1	La sage-femme comme tuteur : l'accompagnement des couples.....	49
4.1.1.2	La sage-femme, une gardienne de la physiologie.....	50
4.1.1.3	Un suivi global.....	52
4.1.1.4	Faire le lien.....	54
4.1.1.5	Être sage-femme, un métier et une passion.....	55
4.1.1.6	Sage-femme et légitimité.....	56
4.1.2	... Ou deux ? (Les sages-femmes hospitalières et les indépendantes).....	58
4.1.2.1	Un quotidien différent, un cadre qui change tout ?.....	58
4.1.2.2	Entre incompréhension, méconnaissance et volonté de se différencier.....	71
4.2	Dépendance et autonomie face aux risques, aux médecins et à la technique : sage-femme équilibriste ou exclusive ?	76
4.2.1	Rapport aux risques et à la médicalisation.....	77
4.2.2	Des machines ou des mains ?.....	80
4.2.3	Une vision du monde médical sous plusieurs angles.....	84
4.2.4	Liberté, autonomie et reconnaissance. Pour qui, comment ?.....	87
4.3	L'identité des sages-femmes face aux transformations de la place des patientes.....	95
4.3.1	Evolution du comportement et des attentes des femmes enceintes.....	95
4.3.1.1	Femmes et perfection.....	96
4.3.1.2	Femmes et consommation.....	101
4.3.1.3	Entre naturel et médical, leur cœur balance.....	103
4.3.2	L'autonomisation des patientes : du pouvoir pour qui ?.....	107
4.3.2.1	Les médecins entre deux extrêmes : paternalisme ou désengagement.....	107
4.3.2.2	Glissement informel des responsabilités : informer et accompagner la femme dans ses décisions. 109	
4.3.3	Droit des patients et information : une concurrence des profanes ?.....	113
4.3.3.1	Des patientes sur-informées ?.....	114
4.3.3.2	Impacts du droit des patients.....	119
4.3.4	La patiente idéale.....	122
	CONCLUSION : L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE DES SAGES-FEMMES AUJOURD'HUI... ET	
	DEMAIN ?.....	124
	BIBLIOGRAPHIE.....	130
	ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN.....	138
	ANNEXE 2 : LISTE DE CODES (ATLAS T1).....	144

REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à remercier chaleureusement ma directrice de mémoire (et de stage), Claudine Burton-Jeangros, qui a accepté de m'intégrer à son équipe de recherche et m'a offert d'y participer pleinement. Sa confiance, son écoute, son regard bienveillant, ses conseils m'ont été extrêmement précieux dans ce processus de recherche, ainsi que dans la phase d'écriture. Je la remercie aussi pour m'avoir encouragée à valoriser mes résultats dans un mémoire et dans des articles (en préparation à ce jour).

Dans le même sens, je tiens à remercier Raphaël Hammer et Samuele Cavalli qui m'ont permis de profiter de leurs expériences scientifiques ainsi que des échanges au sein de l'équipe de recherche.

J'aimerais aussi adresser ma reconnaissance à Mathilde Bourrier pour avoir accepté de faire partie du jury pour la soutenance de mon mémoire et de me faire ainsi bénéficier de ses précieux conseils.

Je souhaite ensuite remercier vivement l'ensemble des sages-femmes hospitalières comme indépendantes qui ont accepté de me consacrer leur précieux temps pour répondre à mes questions. Il est évident que rien de ceci n'aurait été possible sans elles et sans la générosité et la sincérité dont elles ont fait preuve à mon égard durant les entretiens. Merci également à Madame Martine Nibbio, directrice de l'Arcade sage-femme de Genève, Madame Citherlet, responsable des soins du département de gynécologie-obstétrique aux Hôpitaux universitaires de Genève et Madame Chacour, sage-femme responsable d'unité, pour leur confiance et leur aide dans le recrutement des sages-femmes indépendantes et hospitalières.

Merci à Mimou, François, Juju et Anne-Marie pour leur aide précieuse dans la relecture... dans un temps record !

Pêle-mêle, merci à Julien, Vinz, Vivi, Juju, Mélinée, Djess, Tao et Zoé pour leur présence, leurs encouragements réguliers, leur soutien et leur bonne humeur !

INTRODUCTION

L'identité n'est pas une éventuelle personnalité psychologique des sujets concernés. C'est la forme symbolique- d'abord langagière- dans laquelle les sujets se racontent. L'identité est alors entendue dans le sens de processus de construction et de reconnaissance d'une définition de soi, à la fois satisfaisante pour le sujet lui-même et validée par les institutions qui l'encadrent et l'ancrent socialement en le catégorisant. (Demazière et Dubar 1997 :53)

Cette citation contient en son sein le fil rouge de ce travail. Il sera en effet question ici de saisir l'identité professionnelle portée et défendue par les sages-femmes en analysant la manière dont elles « se racontent » et en les insérant dans leur environnement. L'analyse du discours produit par un groupe professionnel permet de comprendre comment ses membres appréhendent leur métier et illustre comment ils se le représentent, quelles sont les valeurs professionnelles dont ils sont porteurs, et donc sur quoi s'est construite leur identité. Plus largement, l'identité professionnelle peut être définie comme « *un sentiment d'appartenance à un métier dont les caractéristiques sont clairement identifiées et revendiquées* » (Dubesset 1995 :36). C'est cette subjectivité, cette manière de se définir comme appartenant à un groupe qui m'occupera ici et ceci afin de tenter de comprendre l'identité de la sage-femme.

Ce questionnement sur l'identité professionnelle des sages-femmes n'a pas émergé immédiatement, il s'est construit sur plusieurs mois. On pourra donc constater dans les parties qui suivent que la question de l'identité n'a pas été abordée ni tout de suite, ni en tant que telle dans les entretiens. Mon angle d'approche a plutôt été l'étude de l'accompagnement des femmes par les sages-femmes pendant le suivi de la grossesse. L'idée était d'utiliser cette dimension de leur travail pour caractériser le rapport aux risques, à la technique et au monde médical qu'elles entretiennent. Finalement, nous verrons que ces éléments sont tous des composants de l'identité professionnelle de la sage-femme.

Cette recherche, dont je vais développer les enjeux, puis la problématique un peu plus loin, a été conduite dans le cadre d'un stage de recherche effectué au cours de

mon master de sociologie d'octobre 2008 à octobre 2009. J'ai eu la chance de participer à la recherche pluridisciplinaire (droit, sociologie et médecine) co-dirigée par Claudine Burton-Jeangros et financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique : *«L'information et la gestion des risques autour du suivi de la grossesse : le contexte juridique et sociologique de la relation médecin-patient »*.

Le point de départ de ce projet résultait de plusieurs constats, liés étroitement les uns aux autres : judiciarisation croissante des soins (avec notamment le droit des patients), transformation de la relation médecin-patient avec une montée en puissance du profane dans un contexte de société du risque, méfiance envers les experts. L'hypothèse était qu'en se centrant sur le moment particulier de la grossesse, potentiellement mise à l'épreuve par les risques pour la mère et/ou le fœtus¹, et donc également pour les professionnels qui la suivent (erreurs médicales avec lourdes conséquences, procès, etc.), cela permettrait de contribuer à donner un éclairage sociologique sur la question des stratégies développées en matière de gestion des risques et d'informations. L'intérêt de cette recherche était d'autant plus fort que la connaissance sociologique comme juridique autour du suivi médical de la grossesse, en particulier pour la Suisse, reste toujours très faible.

Pour répondre à leurs questions, les sociologues avaient décidé de mener des entretiens semi-directifs auprès de 50 femmes enceintes et de 20-25 gynécologues. Après quelques entretiens avec des femmes, les chercheurs s'étaient aperçus que les sages-femmes jouaient également un rôle, bien que plus discret, auprès de certaines femmes enceintes dans le suivi de leur grossesse. Ainsi, dès mon arrivée au sein de l'équipe, Claudine Burton-Jeangros me donna le choix de développer un « volet » spécifique sur les sages-femmes, tout en restant intégrée à l'équipe, ou de participer à la réalisation des entretiens avec les femmes et les gynécologues uniquement. Préférant la première solution, mon étude sur les sages-femmes est ainsi née². J'ai donc conservé la problématique de la recherche et l'ai appliquée (en

¹ Si l'on parle de risques pendant la grossesse c'est en effet qu'il s'agit d'un état particulier qui peut entraîner des complications plus ou moins graves et parfois imprévisibles pour la mère. De même, une grossesse ne peut pas être toujours menée à son terme (risque de fausse couche) et des malformations (parfois mortelles) peuvent être découvertes à différents stades de la grossesse, et même au cours de la vie du bébé.

² En effet, je n'y ai vu que des avantages : en étant responsable d'un petit segment du projet, cela me permettait de faire mes propres expériences de recherche, tout en ayant un filet de sécurité permis par l'équipe et ma directrice de stage. De plus, comme le « volet » sage-femme n'était pas prévu dans le projet FNRS initial, cela m'a offert une plus grande liberté dans les axes de recherche. Enfin, bien que développant une partie particulière,

l'adaptant) à la population sages-femmes que j'ai étudiée. Ma question principale, fil rouge du travail au départ, était la suivante :

Comment les sages-femmes réalisent-elles des suivis de grossesse dans un contexte à la fois de judiciarisation des soins, de développement des techniques et de médicalisation dans une « société du risque » (Beck, 1986) ?

Comment trouvent-elles leur place ? Quel est leur rapport aux risques, à la technique, à la médicalisation ? Comment perçoivent-elles la grossesse, comme un événement naturel, ou à risque ? Quelles connaissances et outils spécifiques utilisent-elles face aux femmes enceintes dans le cadre de l'information et des risques pendant la grossesse ?

Ces questions ont évolué tout au long du travail, aucune n'a disparu, elles se sont plutôt enrichies au fil des lectures et des entretiens réalisés auprès des sages-femmes. La problématique de départ s'est orientée autrement, s'est affinée aussi, et l'identité professionnelle des sages-femmes est devenue le chapeau de l'ensemble de mon questionnement :

Comment les sages-femmes se sont-elles adaptées à la transformation du contexte autour du suivi de la grossesse (technique, médical, judiciaire, figure(s) et comportement(s) des patients) et en quoi leur rapport à ces transformations permet-il de caractériser leur identité professionnelle aujourd'hui ?

Dans le titre de ce mémoire, « *Le bébé c'est pas un code-barres ! On ne peut pas voir tout ce qu'il y a dedans* ». *Enjeux identitaires pour les sages-femmes autour du suivi de la grossesse*, on trouve plusieurs éléments qui feront l'objet de l'analyse. D'abord, on voit que le bébé est le centre de la citation. On y perçoit ensuite, la référence à la technologie échographique avec l'expression « voir ce qu'il y a dedans » et la difficulté que cela peut engendrer (puisque justement on ne *peut pas* tout voir ce qu'il y a dedans). Puis, l'idée du risque s'y trouve aussi : le fait de ne pas pouvoir *voir tout ce qu'il y a dedans* peut entraîner des conséquences négatives.

Je restais insérée au sein de l'équipe, participant à tous les échanges, à toutes les réunions et bénéficiant ainsi des expériences de mes collègues. Cela m'a permis aussi de découvrir véritablement « le monde de la recherche », ses contraintes, ses difficultés et son fonctionnement.

Enfin, on peut lire cet extrait d'entretien comme une critique : il ne faudrait pas croire que la science nous permet de tout savoir, de tout *voir*, de tout prédire. En particulier, il ne faudrait pas que les parents portent en eux cette illusion. Une référence à la société de consommation est également utilisée ici (notion de « code-barres ») et semble critiquée.

Avant de rentrer dans l'analyse, il faut préciser le but, l'ambition, de ce travail. D'abord, cette recherche permet d'apprendre plus sur un métier relativement peu connu, en particulier en Suisse, celui de sage-femme, porteur d'une identité propre et singulière, et que la plupart des personnes seront amenées à côtoyer au cours de leur vie dans un moment jugé souvent capital pour elles: porter puis donner naissance à son enfant.

Ensuite, comme ce mémoire sur les sages-femmes s'inscrit dans une recherche plus large, l'ambition des chercheurs de l'équipe est, dans une étape ultérieure, c'est-à-dire après que chacun ait développé des analyses pour chaque groupe de manière séparée (sages-femmes, gynécologues, femmes enceintes), de confronter nos résultats. La comparaison nous permettra de produire une analyse plus fine des professions de sage-femme et de gynécologue, des enjeux qui se jouent autour du suivi de la grossesse, de leurs contraintes propres et de leurs pouvoirs. Dubar et Tripiet écrivent à ce propos :

La comparaison entre les carrières médicales (et les mondes qui leur sont associés) et les carrières des autres « professionnels de la santé » constitue un instrument puissant de compréhension sociologique des logiques à l'œuvre dans un univers professionnel aussi complexe. (Dubar et Tripiet 2005 :203)

De plus, nous pourrions ajouter une troisième dimension en croisant les regards professionnels à ceux des profanes, à savoir les femmes enceintes. Ceci nous permettra de rendre compte des représentations différentes du risque, mais aussi de l'information autour du suivi de la grossesse.

Plus largement, cela renvoie à des questions qu'il me semble fondamental de se poser : quel est notre rapport à la médecine et à la technique aujourd'hui ? Quelle utilisation en fait-on ? Quelle représentation en avons-nous ? Quelle place laisse-t-on occuper au médecin (ou à la sage-femme) dans nos vies ?

En plus d'un apport sociologique, les fruits de cette mise en commun des résultats pourront intéresser le monde médical et sage-femme en donnant une représentation de chaque groupe l'un pour l'autre.

Pour répondre à la question principale qui va m'occuper ici, celle de l'identité professionnelle des sages-femmes dans leurs rapports et leurs représentations des risques, de la technique, de la médecine et des patientes, j'apporterai d'abord une brève mise en contexte du métier, à la fois historique, législative et institutionnelle (1). Ensuite, je présenterai les ouvrages qui ont balisé cette recherche, qui ont suscité les premières interrogations puis qui sont venus enrichir l'analyse (2). Enfin, j'exposerai la méthode qui a été utilisée ici, à savoir celle des entretiens semi-directifs (3).

Après avoir posé le cadre, je rentrerai dans le cœur de l'analyse (4). Dans une première sous-partie (4.1), je montrerai quelles sont les valeurs professionnelles des sages-femmes, mais aussi en quoi celles-ci peuvent diverger selon le statut (salarisées à l'hôpital ou indépendantes) qu'elles occupent. J'affinerai ensuite l'analyse (4.2) en construisant deux idéaux-types qui représentent les figures de la sage-femme genevoise aujourd'hui. Il s'agit de la sage-femme « exclusive », attachée aux valeurs ancestrales du métier, et de la sage-femme « équilibrée » plus ouverte à l'utilisation des techniques et à la spécialisation. Dans une dernière sous-partie (4.3), j'interrogerai l'identité professionnelle des sages-femmes par rapport aux transformations de la place de la patiente dans la prise en charge de sa grossesse.

1 LES SAGES-FEMMES GENEVOISES : UNE MISE EN CONTEXTE

La mise en contexte présentée ici n'est pas exhaustive; il s'agit de proposer quelques repères afin d'insérer le métier de sage-femme dans son environnement social, international et temporel.

1.1 Les sages-femmes d'hier à aujourd'hui³

Selon plusieurs sites professionnels, des interviews de sages-femmes et dans la littérature scientifique ou professionnelle, la sage-femme serait le « *deuxième plus vieux métier du monde* ». On peut en effet retrouver leur trace dès la naissance de l'Humanité, à la Préhistoire, et ensuite tout au long de l'Histoire dans les différents continents (Sabbadin et Tamarit : 1987). La figure de la sage-femme serait donc universelle.

Il s'agit, en tout cas, d'une « *figure très ancienne de femme soignante* » (Dubesset, 1995 :35). Cette question de la féminité a toute son importance pour comprendre l'histoire du métier des sages-femmes. Citons ici Carricaburu afin de creuser cette question.

On peut dire succinctement qu'à la fin du XVI^e siècle l'accouchement appartient encore à la communauté féminine, par l'intermédiaire des « *leveuses d'enfants* » et des matrones. Cependant, deux siècles plus tard, les chirurgiens-accoucheurs ont réussi à casser ce monopole. (Carricaburu 1994 : 283)

On peut voir à travers cette citation que le point de départ de l'histoire des sages-femmes, et de celle de l'obstétrique plus largement, « *s'inscrit dans une lutte pour l'exercice de la profession entre les accoucheurs, essentiellement des hommes, et les sages-femmes* » (uniquement des femmes). (Schweyer 1996 :67)

³ Je ne développerai pas longuement cette question historique. Ce n'est pas l'objet de ce mémoire et de nombreux travaux (ou mémoires) ont déjà été menés sur le sujet, y compris pour les sages-femmes Suisses. On peut citer notamment Bettoli (1983), Desaulniers (2003), Dubesset (1995), Knibiehler (2007, 2000), Luisier (2006), Sabbadin et Tamarit (1987).

Jusqu'à la fin du XIX^e siècle, les sages-femmes (on peut ici parler de matrones) ont le monopole de l'accompagnement des femmes dans l'enfantement. Cependant, à partir de ce siècle-là, en lien avec les avancées des techniques médicales, les médecins viennent les concurrencer. Dès la seconde guerre mondiale, l'accouchement à domicile régresse rapidement, les femmes sont désormais suivies et accouchées à l'hôpital, la consultation d'un médecin devient obligatoire. De nombreuses sages-femmes le ressentent comme « *une disqualification de leur profession* » (Knibiehler 2007 :21).

Ce sont les médecins qui ont « remporté la lutte » puisqu'ils sont parvenus finalement à complètement renverser le monopole des sages-femmes sur l'accompagnement de la naissance, en s'appuyant notamment sur les progrès fulgurants en matière de science et de technologie autour de l'obstétrique et de la procréation. Les femmes sont alors dépossédées de leur propre contrôle sur la naissance et sur son déroulement. Aujourd'hui, avec l'augmentation constante des femmes au sein de la profession de gynécologue, ce constat est tout de même à nuancer.

Malgré ce basculement, les sages-femmes n'ont jamais disparu complètement : intégrées rapidement aux côtés du médecin à la maternité, elles vont progressivement adopter des stratégies pour maintenir leur spécificité et la reconnaissance de leur profession par les assurances et le monde médical (Knibiehler 2007, Luisier 2006).

Après avoir exposé le cadre historique général et plus ancien autour du métier de sage-femme, je propose d'épouser un point de vue micro-historique pour situer l'histoire récente des sages-femmes (dès le milieu du XX^e siècle) à Genève.

Les sages-femmes créent la Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) en 1894 dans le but de protéger la profession et de lui donner plus de visibilité. Il s'agit là de « *la plus ancienne organisation professionnelle de femmes* » comme elles l'écrivent sur leur site Internet. La « *FSSF s'emploie activement à assurer un haut niveau de qualité pour les prestations des sages-femmes. Elle lutte pour améliorer la reconnaissance économique et sociale de la profession et défend les intérêts des sages-femmes auprès des autorités, des employeurs et des milieux politiques aux*

niveaux local et national ». Cette organisation professionnelle représente aujourd'hui les sages-femmes indépendantes comme salariées, et regroupe au total plus de 2200 sages-femmes helvétiques.

Dès 1945 et jusqu'aux années 1970 (période dite des « Trente Glorieuses »), « *la profession de sage-femme entre dans une phase de remaniements profonds* » (Knibiehler 2007 :22): les accouchements en milieu hospitalier se généralisent à Genève, les sages-femmes indépendantes disparaissent quasiment au profit des hospitalières⁴. On observe également ce processus au niveau européen (Schweyer 1996). Certaines sages-femmes perçoivent cette évolution positivement : travailler au sein de l'institution hospitalière est sécurisant, et elles peuvent acquérir de nouvelles compétences. Certaines voient cela au contraire comme une dégradation du métier et une perte grave d'autonomie (Knibiehler 2007 : 31). Puis, avec la « révolution culturelle » de mai 1968 et le mouvement féministe qui dénonce la médicalisation de la grossesse (Carricaburu 2005 :246) tout en revendiquant la réappropriation du corps de la femme, les demandes de certaines femmes pour accoucher à domicile augmentent (Luisier 2006).

Progressivement, des sages-femmes genevoises s'organisent dans ce sens en créant, en 1978, le « dispensaire des femmes » dans lequel celles-ci peuvent être accompagnées de manière globale par la même sage-femme (grossesse, accouchement, suites de couches). En 1983, un collectif de sages-femmes met en place un service « d'assistance pré- et post-natale » (APN) pour les femmes qui désirent rentrer plus vite à leur domicile après leur accouchement. L'APN propose aussi la première permanence téléphonique de Suisse, ouverte tous les jours grâce au travail de sages-femmes bénévoles. En 1987, la première convention entre les sages-femmes et les assureurs est signée. Désormais, l'assurance maladie rembourse systématiquement les visites des sages-femmes indépendantes à domicile sur un tarif fixe, ce qui participe à développer leur activité. En 1994, l'Arcade des sages-femmes est ouverte, et deux ans plus tard, elle est reconnue d'utilité publique par les autorités genevoises. Elle regroupe presque l'ensemble des sages-femmes indépendantes du canton de Genève et va progressivement devenir ce

⁴ Pour construire l'historique qui suit, je me suis surtout appuyée sur les informations disponibles sur le site Internet de l'Arcade sage-femme (www.Arcade-sages-femmes.ch) ainsi que sur l'ouvrage de Luisier (2006), *sage-femme genevoise*.

qu'elle est aujourd'hui : les futures mères peuvent y trouver une sage-femme pour bénéficier d'un suivi pré-natal ou post-partum, être accompagnées à domicile ou à l'hôpital par une sage-femme indépendante agréée⁵, participer à des cours de préparation à la naissance, venir peser leur bébé, recevoir des conseils et de l'information, etc. Une permanence téléphonique est également assurée par une sage-femme sept jours sur sept⁶.

1.2 Les sages-femmes en Europe : législation et pratique

Une définition internationale de la sage-femme existe, celle qui est reconnue par l'OMS, l'ICM (Confédération Internationale des sages-femmes) et la FIGO (Fédération Internationale des Gynécologues-Obstétriciens).

La sage-femme est une personne qui a suivi un programme de formation de sage-femme reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure de donner la supervision, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d'aider lors d'un accouchement sous sa responsabilité et prodiguer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons. Ses soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes, mais pour la famille et la communauté. Son travail doit inclure l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parents et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. La sage-femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou en tout autre endroit où sa présence est requise.⁷

⁵ L'association genevoise *Bien Naître*, née en 1998 à l'initiative d'un petit groupe de parents, a pour but de créer un concept de suivi global de la naissance, qui permettrait aux sages-femmes indépendantes de suivre les parents jusqu'au moment de l'accouchement à l'hôpital. Ces parents défendent, avec des sages-femmes indépendantes, le projet auprès des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et en 1999, la maternité agréée deux sages-femmes. Aujourd'hui encore, le nombre de sages-femmes agréées reste trop faible pour absorber l'ensemble des demandes de parents. Pendant ma recherche, seules deux sages-femmes avaient la possibilité d'accompagner les femmes à l'hôpital pour les aider à accoucher.

⁶ Selon un article paru dans *Le Courrier* le 31 Octobre 2009 à l'occasion du quinzième anniversaire de l'Arcade sage-femme, environ 3000 femmes ont fréquenté les locaux de l'Arcade en 2008, et quelque dix mille demandes ont été traitées par téléphone.

⁷ Référence : www.ansfl.org (association nationale des sages-femmes libérales en France), consulté le 12 novembre 2009

La législation européenne concernant l'activité des sages-femmes est peu développée⁸. Celle-ci est basée principalement sur l'idée que les sages-femmes accompagnent la parturiente pour les grossesses normales, sans complications. On retrouve d'ailleurs cela dans la définition dite « internationale » de la sage-femme donnée ci-dessus. Cependant, on ne peut pas dire pour autant que la pratique des sages-femmes soit homogène en Europe. La notion de complication varie selon les pays (Bessonart 1992 : 71), leur quotidien, les actes qu'elles peuvent pratiquer ainsi que leur prégnance dans le processus de maternité également : elles ont une grande place en Suède et aux Pays-Bas, une place réduite en Grande-Bretagne, aux Etats-Unis et au Canada (Devries 2001 : 51, Devries 1993 : 131-136). Pour Devries (1993 :131), quatre facteurs expliquent cette variation : la géographie, la technologie, la structure de la société et la culture du pays. Vuille (2000 :134) qui a repris cette distinction va plus loin ; elle écrit : « *Pour ma part, il n'existe pas un, mais plusieurs métiers de sage-femme* ».

Examinons à présent précisément la situation des sages-femmes en Suisse et à Genève.

1.3 Les sages-femmes en Suisse aujourd'hui

Je commencerai par étudier la législation Suisse et surtout genevoise (c'est au niveau cantonal que l'on trouve le plus de précisions) qui encadre la profession de sage-femme, ainsi que décrire leur pratique.

1.3.1 La sage-femme, le normal et le pathologique

En Suisse la sage-femme appartient au monde paramédical⁹. Au niveau cantonal, on trouve des règlements qui encadrent le métier. Il s'agit pour Genève du

⁸ C'est par la comparaison entre la législation qui encadre le métier de sage-femme et celle qui encadre d'autres métiers proches (infirmières en particulier) que l'on peut faire le constat d'une législation réduite (Bessonart 1992 :70).

⁹ En France, par exemple, la situation est différente : la sage-femme est reconnue comme faisant partie des professions médicales.

Règlement sur les professions de santé (RPS) du 22 Août 2006 (Entré en vigueur au 1^{er} Septembre 2006). Voici des extraits de ce que l'on y trouve au Titre III, Ch. XXI :

Art.76 Titre : L'exercice de la profession de sage-femme est réservé aux titulaires des diplômes de sage-femme délivrés par une école suisse ou étrangère, reconnus par l'autorité fédérale compétente.

Art. 77 Droits : Les sages-femmes inscrites ont le droit : de pratiquer les contrôles de grossesses physiologiques, de préparer à la naissance, de pratiquer des accouchements normaux, de surveiller et assister la mère et l'enfant pendant l'accouchement physiologique (...) de prescrire les analyses et examens para cliniques nécessaires à la surveillance de la grossesse normale (...), d'utiliser les produits thérapeutiques nécessaires à l'exercice de leur profession selon une liste approuvée par la direction générale de la santé (...).

Art.78 Devoirs : Toute anomalie de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches oblige les sages-femmes à faire immédiatement appel à un médecin. Les cas d'extrêmes urgences et l'assistance à personne en danger sont réservés. (...)

La référence à la « normalité » ou à la « physiologie » de la grossesse est ici rappelée à chaque phrase. Quand la grossesse dépasse ce cadre, l'autonomie de la sage-femme est restreinte, voire supprimée : celle-ci est tenue par la loi d'adresser la femme enceinte qui présente des signes de complications à un médecin¹⁰.

Cependant, les sages-femmes suisses n'ont pas un domaine propre qui leur est véritablement reconnu : elles n'ont pas le monopole (contrairement aux Pays-Bas) des suivis de grossesses physiologiques, la plupart sont faits par des médecins, et elles ne peuvent pas s'occuper des grossesses pathologiques. Carricaburu et Menoret qui ont établi un constat semblable pour les sages-femmes françaises en montrent l'implication :

De façon synthétique, on peut dire que les sages-femmes françaises, tout en ayant un statut médical, n'ont pas de réelle autonomie dans la mesure où leur champ de compétence - grossesse et accouchement physiologique- est le résultat d'une délégation émanant des obstétriciens ; en revanche, les sages-femmes néerlandaises, qui ont une formation d'infirmières spécialisées en obstétrique, ont le monopole de la physiologie, les obstétriciens ne prenant en charge que la pathologie (Carricaburu et Menoret 2005 : 71)

L'enjeu est de taille et multiforme. Il s'agit, pour les sages-femmes, de défendre leur place de spécialistes de la physiologie face aux médecins. De plus, et là est le point le plus central mais aussi le plus épineux et ambigu, il est question de la définition

¹⁰ Les cas suivants, à titre d'exemple, devront obligatoirement faire l'objet d'un suivi médical : grossesse gémellaire, problèmes cardiaques de la mère ou du fœtus, maladie génétique grave.

même de la physiologie et de la pathologie. Effectivement, si une grossesse est définie comme pathologique, elle échappera de fait aux sages-femmes.

A la question posée par Canguilhem (1979 :40) : « *Le concept de maladie est-il le concept d'une réalité objective et accessible à la connaissance scientifique quantitative ?* », on ne peut répondre qu'en partie par l'affirmative. Effectivement, même s'il existe des critères purement médicaux qui permettent de classer ce qui relève de la pathologie ou de la normalité, la frontière est parfois trop mince pour que seule la médecine s'en charge, cela relevant alors du social (et du politique). On pourrait ainsi parler de la pathologie comme d'une construction sociale¹¹. Sa définition est mouvante et éminemment sociale. Rappelons par exemple que dès le XIX^e siècle, l'homosexualité a été considérée par les médecins et les psychologues comme une maladie mentale, une pathologie qu'il faut traiter. Aujourd'hui, l'homosexualité n'est plus classifiée comme une pathologie : elle a été retirée du manuel diagnostique et statistique des maladies mentales de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1985.

Il est difficile, d'un point de vue médical, d'établir des distinctions nettes, des séparations claires entre ce qui est normal et anormal, physiologique et pathologique. Or, c'est précisément parce qu'on ne peut établir de frontières nettes, précises et non fluctuantes, qu'un vrai enjeu existe pour les sages-femmes. La distinction entre le normal et le pathologique est ainsi le fruit d'une négociation entre des impératifs médicaux et des caractères sociaux, voire culturels. Elle peut aussi être le fruit d'une négociation entre personnes, voire entre groupes de professionnels, d'où l'enjeu qui existe pour les sages-femmes qui, en défendant le caractère physiologique de la grossesse, pourraient en influencer la définition. C'est en essayant de voir ce qui va bien dans une grossesse, ce qui est normal, physiologique, c'est-à-dire ce qui ne nécessite pas d'interventions massives (et donc techniques et médicales) que la sage-femme défend sa place et sa spécificité professionnelle. Au contraire, le médecin, formé pour traiter la pathologie, c'est-à-dire les défaillances du corps ou son attaque par des microbes, virus et autres parasites, aura plus tendance à la chercher. Bien sûr, il ne s'agit ici que de tendances mais

¹¹ Précisons que Durkheim a été un des premiers sociologues à émettre cette idée de la pathologie comme un fait social. Il l'a fait dans les règles de la méthode sociologique (1894) à propos du crime mais voyait la maladie comme un problème biologique avant tout. C'est cependant sur ses premières réflexions que je prends aujourd'hui appui pour parler de la pathologie.

elles aident à comprendre l'enjeu autour des définitions de pathologie et de physiologie. Revenons pour le moment à des aspects plus pratiques et descriptifs du métier de sage-femme.

1.3.2 Le suivi de la grossesse par les sages-femmes

Globalement, les sages-femmes peuvent, dans un cadre physiologique, réaliser le suivi de la grossesse, donner les cours de préparation à la naissance, accompagner la femme dans son accouchement, et réaliser le suivi post-partum du bébé et de sa mère¹².

Le suivi de la grossesse consiste à contrôler son déroulement, la santé de la mère et de son fœtus tout au long de son évolution et ce jusqu'à l'accouchement. Cette surveillance médicale des femmes enceintes a commencé au début du XX^e siècle dans le but de réduire les risques de malformations, de mort fœtale et maternelle (Carricaburu et Menoret 2005 : 153). En cas de grossesse sans complication, l'assurance suisse prend en charge deux échographies et sept consultations prénatales.¹³ Avant la 12^e semaine de grossesse, le professionnel qui suit la femme ouvre son dossier et construit son anamnèse (réculte des antécédents familiaux et personnels). Ensuite, le reste des consultations se déroule tout au long de la grossesse, environ une fois par mois. Il s'agit de faire de la prévention (tabac, alcool, etc.), de conseiller la future mère sur son alimentation, de répondre aux questions qu'elle se pose en lien avec sa grossesse, et surtout de procéder à des examens, avec son accord, pour s'assurer d'une évolution favorable de la grossesse. Il s'agit de tests urinaires, sanguins – entre autres, la toxoplasmose, le diabète gestationnel, la glycémie - mais aussi du contrôle de la tension ou du poids. Le *double test*, réalisé

¹² Les sages-femmes indépendantes et hospitalières sont proportionnellement peu nombreuses à faire des suivis de grossesses. En effet, la demande des femmes est faible : celles-ci privilégient largement le suivi avec un gynécologue-obstétricien en cabinet, et ne viennent à la maternité qu'à la fin du suivi. A Genève, sur l'ensemble des femmes prises en charge par une sage-femme indépendante, seules 10% (soit 1354) ont eu recours aux consultations prénatales avec une sage-femme indépendante, alors que 96% ont bénéficié des consultations post-partum. (Source : Rapport d'activités des sages-femmes indépendantes de Suisse (Statistique de la Fédération suisse des sages-femmes genevoises parut en octobre 2008 et consulté le 2 novembre 2009 à l'adresse : www.sage-femme.ch)

¹³ Source : www.guidesocial.ch, consulté le 2 novembre 2009

dans un laboratoire spécialisé sur ordonnance médicale, est également proposé à la mère : cet examen donne une probabilité de trisomie pour l'enfant à naître.

Un fait important doit être précisé : La LAMal (Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie) rembourse les suivis de grossesse réalisés par les sages-femmes. C'est donc une prestation qui est officiellement reconnue comme faisant partie de l'activité sage-femme, parce qu'accessible à toutes (Luisier 2006 :59). Voici ce que dit précisément la Lamal à l'article 29 :

1 L'assurance obligatoire des soins prend en charge, en plus des coûts des mêmes prestations que pour la maladie, ceux des prestations spécifiques de maternité.

2 Ces prestations comprennent:

a. les examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin, pendant et après la grossesse;

Les sages-femmes indépendantes peuvent réaliser l'ensemble du suivi de la grossesse, si celle-ci est physiologique, et à l'exception des consultations qui nécessitent une échographie. (Elles adressent pour cela la femme à un centre d'échographie et de diagnostic obstétrical et génétique, ou à l'hôpital). Parfois, et sur ordre médical, elles sont amenées à rencontrer des femmes à domicile dont la grossesse est jugée pathologique (le but est d'éviter l'hospitalisation de la femme ou de repousser ce moment). A l'issue du suivi de leur grossesse par une sage-femme, les femmes peuvent choisir d'accoucher à domicile en étant accompagnées de leur sage-femme ou d'accoucher à l'hôpital avec leur sage-femme (si celle-ci est agréée). Une dernière solution est d'accoucher à l'hôpital en étant entourées des sages-femmes hospitalières et des obstétriciens, puis de rentrer (en ambulatoire notamment) chez elles, en étant ensuite suivies pour le post-partum (c'est-à-dire pendant une dizaine de jours si aucun problème n'est détecté) par la sage-femme indépendante qu'elles ont choisie.

A l'hôpital, la première consultation est faite conjointement par la sage-femme et le médecin. Celle-ci commence par préparer l'anamnèse de la future mère, puis, elle est rejointe par le gynécologue qui vient rencontrer la femme et évaluer si cette grossesse peut être classée comme normale ou pathologique. S'il la juge sans complications, la sage-femme pourra mener seule les consultations suivantes, à l'exception de celles qui nécessitent une échographie (il s'agit en particulier de la

consultation prévue autour de la 20^è semaine de grossesse, au cours de laquelle est réalisée l'échographie morphologique qui permet d'obtenir de nombreux renseignements sur l'évolution du bébé). Si la grossesse est jugée à risques, la sage-femme peut continuer à intervenir auprès de la femme mais celle-ci est toujours vue en parallèle par un gynécologue. Il faut préciser que peu de femmes choisissent de venir faire suivre leur grossesse à l'hôpital dans sa totalité, elles préfèrent généralement être suivies par un gynécologue privé ou par une sage-femme indépendante. Elles ne viennent donc à l'hôpital pour finir leur suivi de grossesse et préparer l'accouchement, que vers la 36^è semaine, quand le professionnel qui les suit le décide. A l'hôpital, excepté pour les suivis de grossesses dans le cadre des consultations psychosociales à destination des femmes fragiles, ce n'est pas la même sage-femme qui suit une femme en particulier. Cette dernière rencontrera donc rarement la même professionnelle au cours du suivi.

Comme on peut le constater, les sages-femmes ne sont jamais complètement autonomes dans le suivi de la grossesse, même si celle-ci est physiologique. Certains examens doivent obligatoirement être réalisés par un médecin. De même, elles n'ont pas l'autorisation d'établir d'ordonnances (excepté quelques médicaments qu'elles ont le droit de prescrire) ni de faire des arrêts de travail (à part pour les femmes salariées de la ville de Genève).

Le Rapport d'activité des sages-femmes indépendantes de Suisse (Statistiques de la Fédération Suisse des sages-femmes paru en octobre 2008¹⁴) apporte plusieurs chiffres qui aident à situer la pratique des sages-femmes indépendantes. D'abord, le nombre de sages-femmes indépendantes en Suisse a augmenté : il est passé de 618 en 2005 à 722 en 2007. Cependant, la proportion de femmes suivies pendant la grossesse par une sage-femme a diminué. Alors que sur l'ensemble des suivis de grossesses réalisés pendant l'année 2005, 20% l'étaient par une sage-femme, ce chiffre est passé à 17% en 2007¹⁵.

J'ai présenté ici les chiffres qui correspondent à la pratique de la sage-femme indépendante. Pour les hospitalières, il est difficile, voire impossible, de trouver des chiffres qui indiqueraient précisément combien de suivis elles réalisent puisqu'elles

¹⁴ www.sage-femme.ch, consulté le 2 novembre 2009

¹⁵ Cela représente 6773 femmes en chiffre absolu pour l'année 2007.

travaillent presque toujours en collaboration étroite avec un médecin. Voyons à présent qui sont les sages-femmes à Genève : combien elles sont, qu'ont-elles fait comme études, où elles travaillent.

1.3.3 Qui et combien sont-elles ?

La formation de sage-femme, dispensée dans les Hautes écoles de Santé (Heds) dure trois ans pendant laquelle s'équilibrent des apprentissages théoriques et pratiques (stages). La Haute Ecole de Santé de Genève forme vingt-deux sages-femmes par an¹⁶.

Les statistiques sur le nombre de sages-femmes qui travaillent dans les différents secteurs (hospitalier, clinique, privé) à Genève ou en Suisse ne sont pas aisées à trouver¹⁷. Les chiffres que je possède restent quelque peu approximatifs mais néanmoins utiles pour comparer le nombre de sages-femmes hospitalières et indépendantes. Au total, environ 250 sages-femmes exercent dans le canton de Genève (dont 167 sont inscrites à la Fédération suisse des sages-femmes). Parmi celles-ci, 150 sages-femmes travaillent à la maternité, 40 en clinique, 41 à l'Arcade sage-femme et environ 12 en *free lance* (c'est-à-dire qui ne sont pas liées du tout à une institution telle que l'hôpital ou l'Arcade des sages-femmes)¹⁸.

Après avoir exposé le contexte historique et législatif qui entoure le métier de sage-femme à Genève, j'aimerais montrer comment on peut le situer dans la littérature.

¹⁶ Source : <http://www.heds-ge.ch>

¹⁷ Pour recueillir ces chiffres, il m'a fallu me tourner vers plusieurs interlocuteurs (directrice de l'Arcade sage-femme, Fédération Suisse des sages-femmes, responsables des soins à l'hôpital, sages-femmes que j'avais interviewées, etc...). Finalement, j'ai reçu un e-mail de la responsable de l'Arcade sage-femme me donnant les chiffres des sages-femmes présentes à l'Arcade. Celle-ci ne pouvait pas m'aider sur la question des sages-femmes exerçant en dehors de l'Arcade ou à l'hôpital. Une des responsables de la Fédération Suisse des sages-femmes pour la section de Genève, que j'avais également rencontrée pour un entretien, m'a aussi répondu. Son e-mail commence ainsi : « *Chère Solène, si vous saviez comme votre question est difficile!!! Nous-mêmes cherchons à savoir exactement qui on est, en termes de chiffres.* ». On perçoit ici la grande difficulté à connaître sa « base », ce qui peut être significatif : comment se regrouper, si on ignore combien on a de collègues ? (et donc sûrement qui elles sont, quelles sont leurs pratiques et où elles travaillent) ?

¹⁸ Ces chiffres sont issus d'une présentation faite en 2008 au congrès des sages-femmes suisses à Appenzell, par les sages-femmes genevoises.

2 Revue de la littérature

Ma thèse centrale est que la recherche empirique ne se borne pas, loin de là, au rôle passif de vérifier et de contrôler la théorie, ou de confirmer ou réfuter des hypothèses. La recherche joue un rôle actif (...) : elle suscite, refonde, réoriente et clarifie la théorie (Merton 1997: 42)

J'ai choisi cette citation de Merton car elle exprime parfaitement le processus par lequel j'ai construit le cadre théorique de cette recherche. J'ai commencé par lire un certain nombre d'ouvrages ou d'articles¹⁹ pour me préparer à la découverte du terrain mais aussi pour apprivoiser, mieux définir ma problématique, et pour m'aider à construire ma grille d'entretien. Un aller-retour entre le terrain et la théorie s'est ensuite véritablement mis en place. Finalement, ce sont surtout le terrain et son analyse qui ont orienté mes lectures.

Cette revue de la littérature donne un point de départ, un cadre général qui permet aussi de faire naître les premières questions et hypothèses. La littérature reste d'abord suspendue pour revenir ensuite alimenter mes résultats.

Ce mémoire s'articule autour du métier de sage-femme, de l'identité professionnelle qui y est attachée, de ses modes et moyens de construction et de son évolution récente. L'identité professionnelle des sages-femmes est donc le point de départ, ce qui fait le lien entre l'ensemble des ouvrages utilisés et ce qui a déterminé leur angle de lecture.

¹⁹ J'ai lu en particulier plusieurs articles issus de la littérature professionnelle des sages-femmes afin de m'imprégner de mon terrain. Je me suis particulièrement intéressée aux sujets proches du suivi de la grossesse. La seule revue professionnelle qui existe en Suisse est le journal officiel de la fédération des sages-femmes, *Sage-femme.ch*, qui propose des publications dans les trois langues nationales. Pour la France, on trouve *Revue sage-femme* et *Vocation sage-femme*. En anglais (Europe et Amérique) on peut citer les plus connues: *Australian journal of midwifery*, *International midwifery*, *Journal of midwifery and women's health*, *Journal of nurse-midwifery*, *Midwifery*.

2.1 Des valeurs professionnelles héritées de l'histoire du métier

Les sages-femmes s'appuient, pour définir leur métier sur des valeurs professionnelles, des « *concepts fondateurs* » (Knibiehler 2007 :57) qu'elles disent hérités de l'histoire. Cette dimension historique, liée à celle de transmission générationnelle, est particulièrement importante pour elles, comme un ciment de leur identité professionnelle.

Une première dimension est celle de « l'eutocie » que les sages-femmes appellent aussi volontiers « physiologie » (Jacques 2007, Knibiehler 2007). Apparue en 1978 dans le vocabulaire obstétrical, *l'eutocie* désigne étymologiquement l'accouchement qui se déroule normalement, et s'oppose à la *dystocie*, accouchement pénible (Knibiehler 2007 :57). Les sages-femmes seraient les responsables, les « gardiennes » de la physiologie pendant la grossesse (Knibiehler 2007). Le suivi de la pathologie serait le domaine de la médecine.

Une deuxième dimension est celle de « l'accompagnement global » qui est étroitement liée au relationnel (Desaulniers 2003, Knibiehler 2007, Jacques 2007, Vuille 2000).

Les sages-femmes proposent une approche la plus globale possible de la naissance, incluant ses dimensions physiques, psychiques, sociales, culturelles, spirituelles. (Desaulniers, 2003 :36)

Les sages-femmes pensent que le lien « *tissé d'intimité et de confiance* » qu'elles construisent avec les femmes, quand elles les suivent à différentes étapes du processus de maternité « *rassure la future mère et contribue à l'épanouissement du rapport entre elle et son bébé.* » (Knibiehler 2007 :58). Les sages-femmes se réfèrent au personnage historique de la matrone pour souligner les caractéristiques de leur métier, et insister en particulier sur leur rôle d'accompagnatrice (Jacques 2007 :76).

Une troisième image structurante est celle des sages-femmes comme éducatrices et assistantes sociales. Au XXe siècle, les sages-femmes jouaient un rôle social assumé, voire revendiqué (Dubesset : 1995) : elles avaient une place très importante dans les milieux ruraux où le médecin était souvent absent. Selon Dubesset, elles étaient là comme confidentes, mais aussi éducatrices, faisant de la prévention autour

des soins du bébé, distillant les précautions à respecter pendant la grossesse (notamment d'hygiène) ou informant sur la sexualité.

Détentrices des secrets de famille, la sage-femme a de fait un statut particulier proche par certains aspects de celui du curé de la paroisse ou de l'instituteur dans sa version plutôt rurale. (...) Ainsi, elle fait office d'assistante sociale avant même que la profession n'existe, de médiatrice, voire d'intermédiaire culturel. (Dubesset 1995 :40)

Un dernier élément central est celui de la féminité : les sages-femmes étaient, et sont toujours, des femmes qui accouchent d'autres femmes (Carricaburu 1994, Dubesset 1995, Jacques 2007, Knibiehler 2000, Schweyer 1996). La question du genre est presque toujours mise en avant dans les ouvrages traitant des sages-femmes. Pour celles-ci, il est essentiel d'être une femme pour être sage-femme, ce n'est qu'ainsi qu'on peut accompagner une grossesse et un accouchement, et cela doit rester une affaire de femmes. Le « *féminisme professionnel* », historique, est très ancré et stimule le sentiment d'appartenance à la profession de sage-femme (Dubesset 1995 :44). Certaines des valeurs évoquées plus haut (en particulier autour du relationnel et de la prise en compte du social) ne relèveraient pas « *d'une qualification fondée sur un savoir mais bien sur une compétence de genre : il faut être femme pour la posséder* » (Schweyer 1996 :68). On peut aussi trouver la question de la domination des hommes et des inégalités homme/femme. Les sages-femmes sont des femmes et les médecins majoritairement des hommes : la domination masculine sur les femmes se joue ici dans l'univers professionnel et maintient les sages-femmes dans des rôles de « nursing ». Cette problématique concerne également les infirmières. Toutefois, le métier d'infirmière s'est largement ouvert aux hommes alors que celui de sage-femme pratiquement pas (Jacques 2007 :82). Carricaburu et Menoret écrivent :

Lorsque les médecins étaient encore majoritairement des hommes et les infirmières uniquement des femmes, le couple médecin/infirmière a longtemps cristallisé la division sexuée du travail à l'hôpital : aux premiers le savoir et la technique ; aux secondes les soins et le relationnel. (Carricaburu et Menoret 2005 : 61)

La question du genre ne sera cependant pas approfondie ici, car le questionnement n'était pas centré sur cet aspect et les sages-femmes n'y ont pas fait référence lors des entretiens.

Certaines des valeurs exposées ici, qui représentent les fondements du métier des sages-femmes et que ces professionnelles relient à l'histoire, sont en partie construites par elles. Certaines croient renouer à une tradition de sage-femme (en particulier en parlant d'une globalité dans le suivi et d'une relation étroite) que la médicalisation aurait endommagée. Or, on sait que la notion d'accompagnement global par exemple a été inventé par les accoucheuses au cours des années 1970 : auparavant, les sages-femmes ou les matrones ne venaient que pour accoucher la femme (Knibiehler 2007 : 58-59).

Cependant, ce qui m'intéresse ici est moins de produire un travail historique que de mettre en lumière ce qui a du sens pour les sages-femmes comme socle identitaire, et la référence à l'histoire en fait intimement partie. J'aimerais à présent aborder un concept, lui aussi étroitement lié à l'histoire du métier : celui de l'autonomie des sages-femmes.

2.2 Identité des sages-femmes et autonomie

L'autonomie professionnelle est un concept fondamental en sociologie: sans aucune autonomie, comment pourrait-on parler d'un métier ? L'autonomie au travail peut être définie comme la capacité, reconnue comme légitime, de prendre des décisions seule (ou de réaliser certains actes définis), et sans avoir besoin pour cela de l'aval systématique de sa hiérarchie ou d'autres groupes professionnels. Pour être reconnue, cette autonomie suppose la possession de compétences professionnelles acquises (en général au cours d'une formation) et doit être encadrée par la loi ou des dispositions réglementaires. Selon De Terssac on trouve aussi en filigrane dans la question de l'autonomie celle du pouvoir, ce qui est particulièrement pertinent quand on s'intéresse à l'identité des sages-femmes. Voici la définition que cet auteur donne de l'autonomie :

L'autonomie est le processus par lequel s'élaborent et se mettent en œuvre les compétences ; au centre des transactions autour de l'autonomie, il y a les compétences que chacun tente de tirer à lui, soit pour améliorer la réalisation de la production, soit pour améliorer ses propres ressources. (De Terssac 1992 :152)

En ce qui concerne l'autonomie des sages-femmes contemporaines, Haertsh, Campbell et Sanson-Fisher (1998) ont montré, dans leur étude par questionnaire en Australie, que le discours des gynécologues et des sages-femmes est divergent au sujet du rôle de ces dernières dans le suivi anténatal. En effet, les médecins ne sont qu'une minorité à valider l'autonomie des sages-femmes dans le suivi de la grossesse alors que celles-ci pensent être tout à fait légitimes à le prendre en charge.²⁰

L'autonomie renvoie à la question de la reconnaissance, une question abordée par plusieurs auteurs. Pour Carricaburu (1994 :282) « *les sages-femmes sont mal connues et socialement peu considérées* ». Il faut rappeler que les sages-femmes restent limitées dans leur exercice par la physiologie : elles ne sont pas autorisées à s'occuper des grossesses jugées à risques ou avec des complications (et ont donc une autonomie réduite).

Les travaux relatifs aux infirmières éclairent également la question de l'autonomie des sages-femmes. S'intéresser à la littérature plus abondante qui existe sur cette catégorie professionnelle proche des sages-femmes me semble pertinent. En effet, les sages-femmes et les infirmières partagent plusieurs paramètres professionnels, notamment l'obligation de travailler en collaboration plus ou moins directe avec un médecin, ou du moins de se référer à lui si un cas dépasse leurs compétences.

Selon France Lert (1996), l'infirmière n'est pas totalement autonome puisqu'elle représente un relais pour l'organisation en servant d'intermédiaire entre le patient et le médecin. L'auteure montre tout de même que les infirmières mettent en place ce que l'on pourrait appeler des stratégies pour conserver et défendre une part d'autonomie. C'est en mettant l'accent sur une approche globale de la personne dans le soin et moins sur l'acte lui-même qu'elles parviennent à « *échapper à la domination du médecin* » (Lert 1996 :103).

Chez Carpenter (1993) on retrouve un peu la même idée : malgré des difficultés à être autonomes et à faire respecter leurs valeurs professionnelles (maintien de

²⁰ Selon Haertch, Campbell et Sanson-Fisher, alors que la majorité des sages-femmes (82%) a déclaré que les gynécologues-obstétriciens pouvaient prodiguer les soins anténataux seuls, uniquement une minorité de gynécologues (10%) a déclaré que les sages-femmes pouvaient le faire seules (78% des sages-femmes le pensaient).

l'intégrité de la personne), les infirmières réussissent à détenir un grand pouvoir, notamment de coordination (102-103).

Il sera intéressant, à travers ce travail, de voir si l'on peut aboutir aux mêmes conclusions que celles qui sont présentes dans la littérature. Les sages-femmes sont-elles, comme le dit Lert (1996) à propos des infirmières, dans une autonomie réduite du fait de leur position d'intermédiaire ? Ont-elles réussi malgré cela à se créer des zones de pouvoir ? (Carpenter 1993, Lert 1996). Ces questions renvoient indirectement à une interrogation macrosociologique : dans quel contexte médical et social la prise en charge de la grossesse s'insère-t-elle ? Et surtout, où est la place de la sage-femme, quelle identité peut-elle maintenir dans cette situation... et à quel prix ?

2.3 L'identité des sages-femmes face à la médicalisation, au développement de la technique et aux risques

Armstrong (1995) insiste sur l'expansion de la médicalisation et de la surveillance, notamment médicale. Amorcé depuis le début du XIX^e siècle, ce processus a été alimenté et renforcé successivement par les découvertes médicales et par l'évolution et l'amélioration des techniques (en particulier échographiques). Cette médicalisation et cette technicisation touchent aussi aujourd'hui la prise en charge de la grossesse : de nombreux examens (sanguins, urinaires, échographiques, etc.) sont réalisés tout au long de la grossesse. Elle n'est dès lors plus une affaire exclusivement intime et personnelle puisque la femme et son compagnon la partagent désormais avec le spécialiste (ou les spécialistes) qui les suivent.

C'est l'accouchement qui permet d'illustrer au mieux cette évolution qui s'est accélérée depuis 50 ans. Celui-ci est devenue un « *acte clinique* ». Alors qu'en 1952, en France, seulement 47% des accouchements se déroulaient à l'hôpital, ils sont plus de 99% en 1994 (Carricaburu 1994 : 289). Selon l'Office fédéral de la Statistique Suisse (2007 : 10), en 2004 en Suisse, 97% des nouveau-nés sont venus au monde à l'hôpital, les 3% restants correspondant aux « *naissances à domicile (1%) ou dans d'autres lieux de naissance non soumis à la statistique* ». Selon Carricaburu, les

accouchements à l'hôpital sont particulièrement médicalisés et les sages-femmes oscillent entre considération de ce processus comme facilitateur de leur pratique (le recours au déclenchement peut les aider à organiser leur travail, la péridurale, en diminuant la douleur, réduit les cris des femmes qui peuvent déranger) et porteur de dérives : par exemple, ne plus savoir ce qu'est un accouchement « normal » ou dénaturer la physiologie par la provocation.

Ce développement des techniques, de la médicalisation a un impact sur le suivi des grossesses. Cela pose immédiatement la question de la place de la sage-femme et renvoie aux questions de son autonomie abordées dans la partie précédente. Cette augmentation de la technique et de la médicalisation est-elle plutôt une aide pour les sages-femmes, ou plutôt un frein ? Comment ont-elles adapté leurs valeurs et leur identité professionnelle ?

2.3.1 Représentations nouvelles du risque et identité de sage-femme

Avant de traiter directement l'impact de la médicalisation sur les sages-femmes, il faut en expliquer le processus. Celui-ci serait directement lié à la diffusion du risque dans nos sociétés sur laquelle il existe une abondante littérature (Armstrong 1995, Beck 1986, Giddens 1994, Perretti-Wattel 2003). Le risque se serait substitué à la *fortuna* (le destin) dans les sociétés modernes (Giddens 1994 :38). Ces auteurs abordent la question du risque à son niveau le plus large, montrant qu'il touche de nombreux niveaux (technologiques, industriels, médicaux, individuels) et est constitutif de la société.

C'est sous l'angle des risques pour la santé (plus précisément autour de la grossesse) que j'ai utilisé en particulier cette littérature. Désormais, tout individu serait pris dans la potentialité que la maladie se déclare, même s'il paraît en excellente santé. Le même mécanisme est illustré par Bitouzé à propos des grossesses.

Peu à peu, la grossesse, toute grossesse, est devenue *a priori* suspecte d'être pathologique tout le temps de son développement jusqu'à preuve du contraire (...) le doute est permanent, rien ne permet de l'effacer. (Bitouzé 2001 : 78)

Clarke et alii (2003) ont développé le concept de *biomédecinisation* qui permet de mieux comprendre les évolutions liées aux définitions des états de santé comme « normaux » ou « pathologiques ». Les phénomènes qui étaient avant perçus comme « normaux » (ils prennent l'exemple de la grossesse, de la ménopause ou encore de la contraception) sont désormais eux aussi concernés par la médecine.

These were the beginnings of the biomedicalization of health, in additions to illness and disease- the biomedicalization of phenomena that heretofore were deemed within the range of "normal" (Clarke & alii 2003: 164)

Cela reviendrait à dire que la vie elle-même doit être médicalisée et que les frontières entre « normal » et « anormal », « santé » et « maladie » deviennent de plus en plus floues et poreuses (Carricaburu et Menoret 2005).

Définir un problème en des termes médicaux, c'est d'abord employer un langage médical pour le décrire, c'est ensuite adopter une structure médicale pour le comprendre, et c'est enfin mobiliser une intervention médicale pour le traiter (...) Le concept de biomédecinisation pose pour principe que c'est la vie elle-même qui se trouve médicalisée, que c'est le « normal » qui se trouve problématisé tandis que les frontières entre maladie et santé deviennent insaisissables avec, notamment, l'incorporation individuelle et collective de la catégorie de risque (Carricaburu et Menoret 2005 : 180 et 188)

Si l'on suit ce raisonnement, que la grossesse est perçue comme toujours « potentiellement pathologique » même si les examens n'indiquent rien d'inquiétant, cela entraîne une justification de la prise en charge technique et médicale (Lane 1995 : 57-59). Si le risque de pathologie ne peut jamais être écarté, il faut surveiller, techniciser, médicaliser la grossesse. Avec cette notion de « *predictive factor* » (Giddens 1994 : 400), la médecine de surveillance s'étend, notamment autour du suivi de la grossesse.

The extension of a medical eye over all the population is the outward manifestation of the new framework of Surveillance Medicine. (...) Surveillance Medicine takes these discrete elements of symptom, sign and disease and subsumes them under a more general category of 'factor' that points to, though does not necessarily produce, some future illness. Such inherent contingency is embraced by the novel and pivotal medical concept of risk. It is no longer the symptom or sign pointing tantalisingly at the hidden pathological truth of disease, but the risk factor opening up a space of future illness potential. (Armstrong 1995: 400)

On retrouve ici implicitement la notion de contrôle social et médical sur la grossesse : on doit la surveiller puisqu'elle peut entraîner des complications sérieuses (voire entraîner la mort), elle ne peut pas rester dans un domaine privé, individuel.

In the case of childbirth, it is argued that the imposition of a risk category on all women acts as a form of micro-social regulation bringing about acquiescence to medical intervention. Is it true that the majority of women are deemed medically low-risk cases, but the very term "risk" implies the probability of mischance. (...) All women are subject to obstetric control and surveillance because all women are regarded as "a risk" (Lane 1995: 59-60)

Carricaburu parle également de ce paradoxe au sujet de l'accouchement :

Il est fréquent que les obstétriciens utilisent de façon rhétorique l'assertion selon laquelle « *un accouchement ne peut être considéré comme normal que deux heures après la naissance* ». Une telle conception de l'accouchement, comme situation potentiellement pathologique, justifie une prise en charge systématique en milieu médicalisé. (Carricaburu 2005 : 246)

Si le médecin invoque les risques pour elles et son bébé, la femme serait ainsi plus encline à accepter des interventions médicales pour les réduire. Or, une définition de la grossesse systématiquement sous l'angle du risque créerait des situations d'anxiété dommageables pour le fœtus (Lane 1995 : 65, Saxell 2004).

Classer une grossesse dans la catégorie « à haut risque » peut provoquer un « effet domino » d'interventions au bénéfice douteux et potentiellement préjudiciable. Ces interventions à l'utilité incertaine détournent les ressources déjà rares au profit d'une catégorie de femmes qui n'en a aucunement besoin. L'étiquette « à haut risque » peut en outre engendrer stress et angoisse chez une femme enceinte et lui faire perdre confiance en ses compétences et en sa capacité à mettre son bébé au monde en toute sécurité. (Saxell 2004 : 85)

Sur cette notion du risque, un dernier élément doit être apporté pour ré-ancrer le débat sur le groupe professionnel qui m'intéresse. Il semblerait en effet que sages-femmes et gynécologues n'aient pas la même représentation du risque. C'est ce que montre Saxell (2004), dans son article qui compile plusieurs études réalisées au Canada. Les sages-femmes seraient ainsi plus en faveur d'une vision physiologique de la grossesse et dénonceraient l'usage abusif du terme « haut risque » pour définir une grossesse, contrairement aux gynécologues.

Si l'on adopte le raisonnement de ces auteurs, l'évolution conduirait à considérer toute grossesse comme à risque, la probabilité de la venue d'un problème ne

pouvant jamais être écartée. Il faudrait alors surveiller étroitement chaque grossesse de manière technique et médicale. C'est effectivement ce qui se passe pour l'ensemble des suivis de grossesse : contrôles réguliers, examens, échographies. Face à cette réalité, comment les sages-femmes parviennent-elles à se maintenir, puisqu'elles ne peuvent s'occuper de manière autonome que des grossesses dites physiologiques, donc sans complications ? Si les risques justifient la médicalisation, quelle place leur reste-t-il ?

2.3.2 Médicalisation et technique : entre freins, facilitations et indifférence pour la pratique des sages-femmes

Certains auteurs sont plutôt pessimistes quant aux conséquences de la médicalisation sur le métier de sage-femme. La médicalisation entraînerait une diminution du pouvoir des sages-femmes et de leur autonomie (Schweyer 1996, Bessonart 1992). Le renforcement de leur formation et le développement de leurs compétences techniques ne viendraient en rien renforcer leur métier mais au contraire aurait tendance à le dénaturer en entraînant un affaiblissement de leurs valeurs professionnelles et menaçant ainsi leur identité.

Devries (1993) dépeint lui aussi une situation assez pessimiste de la profession de sage-femme. Selon lui, la technique a entaché le statut de celle-ci et sa légitimité (133). Les sages-femmes n'auraient que deux choix : défendre leur identité et leurs traditions mais être alors délégitimées et menacées de disparition, ou faire le pari de la modernité, se spécialiser et se tourner vers la technique, ce qui entraînerait une disparition de leur culture professionnelle, de leur « âme » en quelque sorte, ce qui les menacerait également. (141-143)

Carpenter (1993) qui a développé un travail sur les infirmières, en abordant indirectement la question de la médicalisation et de ses conséquences, indique que celles-ci se trouvent dans une position délicate, voire impossible. Elles doivent en effet à la fois maintenir l'intégrité du malade en tant qu'être humain, tout en travaillant sous la direction ou en collaboration avec des médecins qui ont une vision différente, et dans un cadre hospitalier dépersonnalisé.

This duality between cure and care are others, for example, between rationality and emotionality, body and mind, and male and female, all of which serve to reinforce the nurse's secondary and thus compliant, « handmaiden role » (Carpenter 1993:100-101).

Quelques auteurs, minoritaires, proposent une vision plus optimiste et montrent que les professionnelles de la santé peuvent exister, être reconnues, autonomes, et même être puissantes malgré ces changements de contexte. Certains métiers ont su se maintenir, par différentes stratégies, comme le renforcement de leurs connaissances techniques ou relationnelles.

Anne Véga (1997) propose une étude sur les infirmières dont on peut tirer certains parallèles avec les sages-femmes. L'auteure montre qu'il existe deux figures de l'infirmière, une « relationnelle » et une « technicienne ». Toutes deux sont prises à la fois dans des difficultés, des contraintes, et des pôles de reconnaissance. L'infirmière « relationnelle » est considérée comme moins professionnelle que l'infirmière « technicienne », ses savoirs étant issus du monde « profane » et sa pratique constituée principalement autour de soins de *nursing* peu valorisés. A l'inverse, l'infirmière « technicienne », bien que plus prestigieuse, notamment grâce à sa maîtrise technique et aux plus grandes responsabilités qu'elle assume, est critiquée par l'infirmière « relationnelle », voire accusée, de déshumaniser les soins. Elle est considérée par l'infirmière « relationnelle » seulement comme « demi-soignante » (110). Face à la technique, les infirmières adopteraient ainsi des stratégies différentes.

Sur cette question de l'hésitation identitaire, je peux évoquer une recherche collective sur les aides-soignantes en anesthésie à Genève à laquelle j'ai participé (Bourrier 2009). Nous y avons montré qu'il s'agit d'un groupe dont les membres choisissent des chemins différents pour prendre plaisir dans leur travail et être reconnus. Parmi ces aides-soignantes, pourtant peu en contact direct et prolongé avec les malades, on retrouve les idéaux-types construits par Véga : certaines défendent le contact avec le patient, d'autres avec la machine. Ces deux visions de leur travail sont particulièrement structurantes de leur identité, procurant un sentiment de reconnaissance, de satisfaction, voire de pouvoir. Il semblerait donc que la tension entre une figure de soignante « technicienne » ou « relationnelle » soit présente dans

plusieurs métiers autour de la santé, et surtout, qu'il semble toujours possible de trouver des sources de reconnaissance et de pouvoir.

On pourrait penser que la médicalisation et la technicisation s'exercent essentiellement de l'extérieur, c'est-à-dire du monde médical vers les patientes. Or, celles-ci ont également leur rôle à jouer sur ces questions : ce sont elles aussi qui, par leurs attentes et demandes, accélèrent et intensifient le processus. Au contraire certaines, mêmes minoritaires, freinent ce qu'elles voient comme une emprise.

2.4 Nouvelle place de la patiente et impacts sur l'identité de sage-femme

Face au développement des risques, de la technique, de la médicalisation mais aussi du droit des patients autour de la grossesse, la place et la figure de la patiente sont aujourd'hui en mutation. Les sages-femmes travaillent dans une proximité étroite, quotidienne, avec les patientes : étudier la littérature sous l'angle de cette évolution permettra ainsi d'en analyser les conséquences sur le métier et sur l'identité des sages-femmes.

2.4.1 Place des patientes et rapport aux médecins

Beck (1986) montre le processus par lequel la science s'est « *désenchantée* ». En se développant, elle est arrivée au point inéluctable de mener une réflexion sur elle-même (l'auteur parle de « *scientificisation réflexive* »), de s'autocritiquer par les méthodes, basées principalement sur le doute, que les scientifiques avaient eux-mêmes construits. La science apparaît désormais comme faillible et la possibilité qu'elle se trompe émerge : les acteurs non-scientifiques peuvent alors légitimement participer à la production du savoir. Giddens (1994) a une approche plus nuancée, selon lui, le monde étant trop complexe pour qu'un individu en comprenne tous les rouages, les profanes ont l'unique possibilité de s'en remettre aux experts. La confiance qu'ils éprouvent à leur égard est une « *sorte d'article de foi* » (37) basé sur leur bonne réputation, et l'expérience de l'individu sur la fiabilité de leurs expertises.

Cette approche large développée par Giddens et Beck au sujet des experts et des profanes en général peut être rapportée, et utilisée, dans le cadre de la médecine, et plus spécifiquement dans le suivi de la grossesse. Les experts étant compris comme les représentants du monde médical (en particulier les médecins, mais aussi les infirmières ou les sages-femmes) et les profanes comme les patientes.

Selon Porter, Crozier, Sinclair et Kernohan (2007 : 526), depuis les années 1980, le patient est placé au centre de l'attention médicale : celui-ci a le droit de participer et d'être entendu dans le cadre de ses soins. Le relationnel et le psycho-social sont de plus en plus pris en compte. Certains sociologues évoquent même une évolution vers un patient comme acteur rationnel, faisant des calculs sur les risques avant de prendre des décisions concernant sa santé. Ce patient serait devenu un patient-consommateur qui refuse le paternalisme médical et n'hésite pas à évaluer lui-même le travail des médecins qui l'entourent, à émettre un jugement sur celui-ci (Lupton 1997). Comme le patient a de plus en plus de possibilités de s'informer, notamment par Internet, cela fragilise l'autorité du médecin qui ne cristallise plus à lui tout seul tout le savoir (Pierron 2007, Bitouzé 2001). Les relations entre le médecin et le patient seraient ainsi rééquilibrées

Qu'il s'agisse du droit à l'information médicale, du principe de consentement ou simplement du droit à l'accès aux soins, de multiples aspects de la relation du malade avec le milieu hospitalier s'orientent vers une approche plus équilibrée en faveur de l'utilisateur (Pochon 1999 : 3).

Une dernière évolution à indiquer est celle qui a pris son essor dans les années 1970 avec les mouvements féministes. Des femmes (avec la participation de nombreuses sages-femmes, Luisier 2006) ont milité pour la réappropriation de son corps par la femme et ont critiqué la médicalisation de la grossesse.

Le monopole de la science et des médecins se serait effrité. La patiente aurait désormais une place importante dans les soins qui lui sont prodigués, on ne pourrait plus faire sans elle, décider pour elle. Cela pourrait être à l'avantage des sages-femmes : si la science et le médecin descendent de leur piédestal, celles-ci pourraient du même coup, se retrouver sur un pied d'égalité avec le médecin. De plus, en étant plus actives, à la recherche d'informations différentes et complémentaires, un certain nombre de patientes pourraient se tourner vers la sage-

femme pour épouser un autre type de suivi de la grossesse. Dès lors, cette nouvelle place de la patiente fournit-elle une nouvelle légitimité aux sages-femmes, source identitaire supplémentaire, ou au contraire fragilise-t-elle leurs valeurs professionnelles ?

2.4.2 Parents et perfection : l'illusion de la technique

Un autre point à aborder, en lien avec la technique et la médicalisation, mais aussi avec la transformation de la figure de la patiente, sont les attentes des parents d'un « enfant parfait », ou du moins « normal », presque « certifié conforme » à leurs attentes et à celles d'une société qui accepterait de moins en moins le défaut. Cela pourrait alors directement influencer le travail des sages-femmes, leur manière de suivre une grossesse, d'accompagner les parents, affectant ainsi leur identité professionnelle.

La première explication de ce désir d'un enfant parfait serait le fait que la fécondité moyenne diminue : avec la contraception, avoir un enfant est un choix, et comme on en aura peu, l'expérience doit tout de suite être une réussite.

Avoir des enfants est à la mode. Il suffit de feuilleter la presse féminine pour apercevoir les photos de jeunes femmes exhibant leur ventre rond (...). Enfant désiré et voulu, la date de sa naissance est programmée autant que faire se peut. Le choix d'en avoir un ou pas est une donnée nouvelle fondamentale. On en a peu, en France, deux ou trois en moyenne. La conscience de choisir, dominer, prévoir une grossesse est une réalité toute neuve dans notre monde (...). La grossesse et l'accouchement contemporains sont des événements exceptionnels qui doivent être « réussis ». (Segalen 2007 : XI)

Cette envie serait encore plus forte depuis les années 1990 avec les progrès fulgurants de la médecine fœtale (Bitouzé 2001 : 73). Par l'introduction de techniques de plus en plus poussées, les parents sont de moins en moins à même d'accepter une malformation chez leur bébé, et en particulier, ils acceptent de moins en moins que l'on n'ait pas détecté d'anomalies avant la naissance (84-85). Pour eux, la technique permet d'accéder à cet enfant parfait, de le garantir.

L'échographie permettrait de garantir un enfant parfait, d'exiger du médecin un bébé « clés en mains » (...) En s'emparant de ces nouvelles techniques, les futures mères espèrent ainsi

diminuer les risques et contrôler leurs angoisses. (...) elles viennent chercher à l'hôpital la garantie d'un bel enfant, obtenir toutes les garanties pour que « cela se passe bien », sans risque pour le bébé ni douleur pour elles. (Segalen 2007 : IX)

Si l'on suit cette idée d'attente de perfection des parents, qui serait permise par les progrès des techniques et qui aurait entraîné une impossibilité de concevoir une certaine faillibilité de la médecine, les professionnels n'auraient plus le droit à l'erreur. La conséquence directe de cette évolution serait que les parents seraient plus à même de lancer des procès contre les professionnels de santé afin d'obtenir réparation

2.4.3 Parents et procès ?

On trouve cette idée de montée de la juridiciarisation de la grossesse dans de très nombreux ouvrages juridiques ou même sociologiques (rappelons d'ailleurs qu'il s'agissait d'un des constats au point de départ de la recherche FNRS).

On parle aujourd'hui d'un droit pour les patients. Celui-ci se concrétise à travers différentes applications : « *communication, information et conseil ; consentement éclairé ; confidentialité et secret médical ; compétence et formation continue ; contrôle et évaluation* » (Hoerni et Saury 1998 : 1). On peut ajouter à cette liste non exhaustive l'accès à son dossier médical (modification de la LAMAL le 23 Juin 2000, RO 2000 2755) ou le droit à un autre avis médical.

Dans ce droit des patients, la notion de « consentement éclairé » est particulièrement importante. Il s'agit, pour le professionnel de santé, de donner toutes les informations nécessaires à son patient et de s'assurer qu'il les ait bien comprises, avant que celui-ci puisse décider « en toute connaissance de cause » des soins qu'il accepte de recevoir, des examens auxquels il veut bien se soumettre, ou des recherches auxquelles il est d'accord de participer. Hoerni et Saury (1998) apportent une définition claire du concept de consentement éclairé :

Consentir, c'est étymologiquement, sentir ensemble, être en accord. (...) ainsi le consentement n'est pas une fin, c'est la traduction et presque la consécration d'un accord sur les objectifs et les conditions d'un acte de soins. Il exprime une entente réciproque, indispensable, un processus dynamique qui doit être entretenu. La relation médecin-malade

prend alors une toute autre ampleur, une toute autre valeur que les échanges frustrés qui avaient souvent lieu dans le passé. (Hoerni et Saury 1998 : 4-5)

C'est ici l'aspect positif du droit des patients, puisqu'il permettrait de développer la relation entre le médecin et le patient et d'améliorer la co-compréhension. Cependant, cela peut aussi avoir un impact plus mitigé sur le professionnel de santé qui doit désormais prendre soin de bien informer son patient, de respecter son choix, avec le risque, s'il ne le fait pas, d'être accusé de faute ou de négligence dans un procès. Le professionnel modifierait ainsi son comportement pour se protéger de ce risque. Il adopterait des stratégies comme une maîtrise élevée de l'écrit lors des comptes-rendus des contrôles, en particulier échographiques (Bitouzé 2001 : 103-106). Cela est d'autant plus fort que les parents accepteraient moins l'idée que les techniques (et les médecins) puissent être faillibles.

Cette montée d'inquiétude peut induire en lui l'envie de se protéger, de développer certaines attitudes défensives (...) Les soignants ressentent cela [les dépôts de plainte] comme une menace très réelle, s'en alarment, et apprennent à travailler avec cette nouvelle donnée. Cela modifie leur exercice soignant, mais, peut-être plus encore, l'état d'esprit dans lequel ils abordent la relation avec le patient (...) le risque de l'oubli ou de l'erreur de diagnostic est dans tous les esprits (...) tous les professionnels le disent spontanément, quelque chose a changé dans le rapport entre patient et le soignant, la confiance n'est plus la même (Bitouzé 2001, 105-106)

Cela serait d'autant plus valable dans la prise en charge de la grossesse : Soutoul et Pierre (1991 :23) montrent que l'obstétrique est une des spécialités de la médecine qui est la plus exposée aux risques : les enjeux et l'émotion sont grands pour les futurs parents. Les risques de procès seraient d'autant plus importants depuis un épisode judiciaire qui a marqué la profession. Le 17 novembre 2000 en France, la cour de cassation a rendu un arrêt connu sous le nom de « l'arrêt Perruche » qui a entraîné de nombreux remous dans les milieux médical, judiciaire et politique²¹. En 1982, une femme enceinte et sa petite fille de 4 ans présentent des signes de rubéole (dont les conséquences sont très graves pour le fœtus dans le cas où la mère est porteuse de cette maladie au cours de sa grossesse). Leur médecin traitant fait alors pratiquer une analyse sanguine à la mère pour savoir si celle-ci est porteuse de la maladie (elle avait émis le souhait, en cas de test positif, de subir une

²¹ Je me suis appuyée ici sur Moyse et Dierich (2006)

interruption de grossesse). Le laboratoire ayant déclaré le test négatif, la femme décida de poursuivre sa grossesse. A la naissance de l'enfant, les médecins constatent qu'il souffre de multiples altérations liées à la rubéole : le laboratoire avait commis une erreur au moment de l'analyse. La famille veut alors engager la responsabilité du médecin et du laboratoire et demande deux choses : d'une part la reconnaissance du préjudice causé à la famille par la naissance d'un enfant handicapé, et d'autre part, une indemnisation accordée à l'enfant pour le fait même d'être né handicapé. Après plusieurs rebondissements judiciaires, la cour de cassation accède aux demandes des parents. La responsabilité du laboratoire et du médecin est reconnue, l'enfant et la famille seront dédommagés. Cette jurisprudence provoque une importante controverse : les médecins critiquent les risques d'eugénisme (implicitement, la cour a reconnu que parfois, il valait mieux ne pas vivre que de vivre avec un handicap) et craignent d'être désormais plus souvent attaqués en justice. La conséquence pourrait être que les professionnels incitent les parents à pratiquer des interruptions médicales de grossesses en cas de doute sur la santé du bébé à naître, simplement pour se protéger. L'avocat général de la cour de cassation parle d'« *eugénisme de précaution* » (Moyses et Diedrich 2006 : 11). Cet arrêt rend compte d'un changement de contexte autour du droit des patients et des attentes des parents d'un « enfant parfait » (Moyes et Diedrich 2006 : 96-120).

Le fait que les futurs parents seraient plus capables de déclencher des procédures judiciaires est lié à un dernier aspect, celui de l'évolution du malade vers une figure de « patient consommateur ».

2.4.4 Des parents consommateurs ?

Tout un pan de la littérature parle d'un nouveau patient, lié au développement de la société de consommation. Ce « patient consommateur » serait actif et exigeant.

Patients qua consumers are urged to refuse to accept paternalism or "medical dominance" on the part of the doctor, to "shop around", to actively evaluate doctors' services and to go elsewhere should the "commodity" be found unsatisfactory (Lupton 1997: 373)

Plus largement, comme le montre Clarke et Alii (2003), la santé et son maintien est devenue un bien de consommation courant aujourd'hui et important, sinon primordial, au niveau individuel :

In commodity cultures, health becomes another commodity, and the biomedicalization (re)engineered body becomes a prized possession. Health matters have taken on a "life of their own". Specifically, health becomes an individual goal, a social and moral responsibility, and a site for routine biomedical intervention (Clarke & alii 2003: 171)

Carricaburu (2005 : 250) montre, à propos des déclenchements de l'accouchement pour « convenance personnelle » (demande de la femme elle-même, sans raisons médicales particulières), que plusieurs sages-femmes décrivent cette pratique pour son aspect « consommation » justement. La plupart des sages-femmes (ainsi que certains gynécologues-obstétriciens) n'apprécieraient pas qu'on puisse avoir un contrôle sur la vie -la sienne et celle de son bébé- parce que l'on paie.

Pour conclure, on peut souligner le fait que la littérature sociologique et anthropologique spécifiquement consacrée aux sages-femmes est peu développée, en particulier si on la compare à celle qui est consacrée aux infirmières, ou plus encore, aux médecins. De la même manière, le suivi de grossesse comme révélateur du rapport aux risques ou à la technique qu'entretiennent les professionnels ainsi que comme indicateur de leur identité professionnelle a été peu exploité ; ce qui vient renforcer la légitimité de cette recherche.

Le cadre donné par la présentation de la littérature permet de situer la question de l'identité professionnelle des sages-femmes sur un plan plus large. Avant même d'avoir commencé l'analyse du terrain, on voit que les interrogations sont nombreuses. Je les résumerai en trois principales, toutes liées à ma problématique sur la construction et le maintien de l'identité des sages-femmes à Genève : Quelles sont les valeurs professionnelles défendues par les sages-femmes et qui font leur spécificité ? Quels sont leurs rapports aux risques, à la technique et aux médecins ? Comment leur position, voire leur identité professionnelle, s'est transformée et adaptée face aux évolutions autour de la figure de la patiente ?

L'hypothèse est qu'en identifiant leurs particularités, et en comprenant leur quotidien, notamment par rapports aux risques, à la médicalisation, et aux transformations des

attentes des patientes qui entourent le suivi de la grossesse, on pourra saisir leur identité, comprendre leurs valeurs professionnelles, percevoir leurs ambiguïtés, les différences aussi qui peuvent exister au sein de ce même groupe. J'aimerais comprendre comment leur identité professionnelle s'est maintenue, a évolué, ou même s'est transformée face à ces évolutions, voire ces bouleversements. Avant d'exposer le cœur de l'analyse, et pour comprendre comment elle a été possible, je vais m'attarder sur la méthode que j'ai utilisée.

3 Méthode et caractéristiques de l'échantillon

L'entretien est plus encore qu'un instrument et un objet d'études. Il est l'art de la sociabilité sociologique, le jeu que nous jouons pour en savourer les subtilités. C'est notre flirt avec la vie, notre souci permanent ; nous le jouons sérieusement et pour gagner, mais avec ce détachement et cet amusement qui donne, que l'on perde ou que l'on gagne, l'envie de poursuivre et d'interviewer encore et encore. (Hughes 1996 : 282, textes rassemblés et présentés par Chapoulie)

La méthode qui avait été retenue par l'équipe de recherche avant mon arrivée était celle de l'entretien semi-directif. Je l'ai donc adoptée puisqu'il était nécessaire, pour des raisons de comparaison de nos données, que nous utilisions la même. Après avoir exposé la manière dont j'ai recruté les sages-femmes, construit un guide, réalisé les entretiens et traité les données recueillies, je discuterai des limites de la méthode.

3.1 Collecter les données : comment et qui ?

3.1.1 Construire un guide d'entretien²² et réaliser un entretien exploratoire

Après avoir construit mon guide d'entretien en m'inspirant de ceux établis pour les femmes enceintes et les gynécologues et en m'appuyant sur mes premières lectures, je l'ai affiné après des échanges avec des amis et ma directrice de mémoire. J'ai réalisé un entretien exploratoire²³ afin de me mettre directement en situation et tester mon guide une première fois. Mon but était de pouvoir m'appuyer sur un repère à la fois solide, « aide-mémoire » par rapport aux questions que je voulais creuser, mais suffisamment souple pour pouvoir être surprise et laisser l'interviewée amener des pistes imprévues. Il était question donc de préparer l'instauration d'une « *relation d'écoute active et méthodique, aussi éloignée du pur laisser-faire de l'entretien non directif que du dirigisme du questionnaire* » (Bourdieu 1993 : 1391).

3.1.2 Mettre en place le recrutement et réaliser les entretiens

Après discussion avec ma directrice de stage, je m'étais fixée de réaliser une petite dizaine d'entretiens avec des sages-femmes. Je voulais rencontrer à la fois des sages-femmes indépendantes et quelques hospitalières.

J'ai commencé par une première vague de recrutement auprès des indépendantes. Cela me paraissait plus facile car Claudine Burton-Jeangros avait déjà rencontré la directrice de l'Arcade des sages-femmes pour la sensibiliser à notre recherche. Après une rencontre avec elle, Claudine Burton-Jeangros et moi-même, celle-ci a accepté de diffuser un courrier expliquant ma démarche et proposant une interview à plusieurs sages-femmes de l'Arcade. En parallèle, j'ai envoyé ce même courrier à des sages-femmes indépendantes, en utilisant aléatoirement les noms et adresses de l'annuaire téléphonique. Cette première phase a été fastidieuse : je n'ai pas reçu

²² Annexe 1

²³ Celui-ci n'est pas compris dans mon échantillon (je l'ai réalisé avant la phase de recrutement avec la mère d'une amie, sage-femme en France).

de réponse tout de suite, malgré plusieurs relances. Et puis, presque soudainement, les choses se sont débloquées, les interviews s'enchaînant rapidement.

En un mois (24.02.09 au 24.03.09), j'ai réalisé huit entretiens avec des sages-femmes indépendantes. Une certaine redondance des interviews, ainsi que des exigences plus académiques (j'avais un temps limité et déterminé à l'avance pour finir mon stage) m'ont amené à passer à la seconde phase : les interviews avec les sages-femmes hospitalières.

Entre les deux, il s'est écoulé un peu de temps. Deux membres de l'équipe ont dû rencontrer le responsable de la gynécologie aux Hôpitaux universitaires de Genève pour solliciter son autorisation pour des entretiens avec les professionnels concernés. Aussitôt après avoir obtenu une réponse positive, j'ai pris rendez-vous avec la responsable des soins en gynécologie-maternité des HUG. Celle-ci m'a donné également son accord, m'a témoigné son intérêt, et m'a communiqué quelques noms de sages-femmes. Contrairement à ce que je pensais, j'ai pu réaliser tous les entretiens que je souhaitais avec les sages-femmes hospitalières et de manière rapide : elles se sont avérées disponibles et très ouvertes à ma recherche, la technique dite de la « boule de neige » ayant particulièrement bien fonctionné (les sages-femmes m'ont toutes donné au moins un autre contact).

En deux mois et demi (du 26.06 au 8.09, en comptant une pause pendant l'été), j'ai réalisé sept entretiens avec des sages-femmes hospitalières.

J'ai conduit plus d'entretiens que prévus initialement. En effet, mes thèmes de recherche se sont largement enrichis au contact du terrain. Particulièrement après la rencontre avec les sages-femmes hospitalières, il m'a paru nécessaire de réaliser autant d'entretiens avec elles qu'avec les indépendantes afin de pouvoir produire une comparaison de ces deux groupes.

Voici ci-dessous un tableau récapitulatif des entretiens réalisés.

Les sages-femmes indépendantes	Les sages-femmes hospitalières	Total
---------------------------------------	---------------------------------------	--------------

Nombre d'entretiens réalisés	8	7	15
Expérience professionnelle des sages-femmes rencontrées	9 à 30 ans (moyenne de 16,5 ans)	De 9 à 28 ans (moyenne de 18,5 ans)	
Lieu pour réaliser l'entretien	Uni mail (2), café (1), domicile de l'interviewée (1), Arcade sage-femme (3), cabinet privé (1).	Domicile de l'interviewée (1), lieu de travail (6).	
Durée des entretiens	Moyenne de 55 minutes (min. 40 minutes, max 67 minutes)	Moyenne de 56 minutes (min. 32 minutes, max. 80 minutes)	14 heures

Après chaque entretien, je me suis astreinte à les retranscrire fidèlement et rapidement. Ce fut un moment fastidieux, long, voire difficile.... Mais nécessaire : pendant les retranscriptions, l'analyse commençait.

Après avoir réalisé quelques entretiens, je me suis posé plusieurs questions sur la validité des données recueillies. Les sages-femmes indépendantes, ont eu, et contrairement à ce que je pressentais, un discours assez construit et homogène (ce qui a été moins le cas pour les hospitalières, j'analyserai cela plus loin). De plus, je me demandais si les expériences et les pratiques au travail que me décrivaient mes informatrices constituaient effectivement et scrupuleusement leur quotidien. J'étais alors frustrée de ne pas utiliser l'observation qui m'aurait permis de « vérifier » les propos tenus par mes informatrices.

J'ai compris peu à peu, notamment grâce à des lectures, que ce qui était justement intéressant en tant que sociologue était de mettre en lumière ce discours plutôt construit et de l'analyser. Comme l'écrit Serge Paugam (2008 :93) : « (...) *le travail sociologique consiste d'ailleurs moins à vérifier l'authenticité des faits qu'à analyser les logiques sociales de la production de sens* ». J'ai pris conscience, en réalisant de plus en plus d'entretiens, que le discours des sages-femmes indépendantes en particulier sur leur revendication d'autonomie, leur mise à distance du monde médical

sur un ton revendicateur et militant était justement « producteur de sens » pour elles, voire nécessaire pour leur maintien en tant que groupe professionnel fort.

C'est « cette découverte » qui m'a permis de franchir encore un pas dans l'analyse et de creuser des questions auxquelles je n'avais même pas songé au début de ce travail, peut-être par le fait que j'étais aussi prise par la question de départ, construite dans le cadre de la recherche FNRS. Après le recueil des données, est venu le moment d'analyser les 180 pages de retranscription des entretiens.

3.2 Analyser et traiter les données

J'ai décidé de mener une analyse de contenu de mon matériel empirique avec l'appui du logiciel *Atlas Ti*. Comme je l'avais déjà utilisé dans une autre recherche, je savais qu'il permettait de gagner du temps et de l'énergie en simplifiant le côté pratique de la découpe par thèmes du corpus. Il permet aussi de croiser les thèmes, et de sélectionner seulement les passages qui nous intéressent pour l'écriture.

J'ai commencé par mener une lecture flottante du matériel empirique que j'avais recueilli afin d'établir une première liste de codes (c'est-à-dire de thèmes). J'ai réajusté cette liste en codant directement quelques entretiens, puis une fois la liste stabilisée²⁴, j'ai pu vraiment découper le corpus en parties (les unités sémantiques) correspondant aux thèmes. J'ai établi ceux-ci en fonction des sujets qu'il m'intéressait de développer dans mon travail... mais c'est en réalité surtout le découpage du corpus qui m'a permis d'arriver à l'analyse. En effet, au fur et à mesure que je codais, les questions principales se dessinaient et s'articulaient. Précisons que c'est à ce moment là que j'ai déterminé des pseudonymes pour chacune des sages-femmes interviewées.

Au moment de l'écriture, j'ai gagné un temps précieux : je ne pouvais relire que les portions d'entretiens que j'avais « codées » selon le thème sur lequel je voulais écrire à ce moment là et retrouver aisément des citations illustrant l'analyse.

²⁴ Annexe 2

3.3 Limites

Pour compléter et clore cette partie consacrée aux méthodes utilisées pour mener ce travail, j'aimerais exposer les limites que je peux identifier à ce stade.

Mon premier regret est de n'avoir réalisé que des entretiens et pas d'observations. En effet, en parallèle à ce stage, je participais à une autre recherche dans le cadre des cours de master, dans laquelle nous avons utilisé, pendant plusieurs mois, l'observation non-participante (Bourrier 2009). J'ai vu comme il était riche et pertinent de coupler des entretiens avec de l'observation. De plus, je me suis beaucoup intéressée à cette méthode et j'ai lu plusieurs travaux passionnants qui en avaient bénéficié (en particulier, Arborio et alii 2008, Arborio, 2001 ; Penneff, 1992, 2009 ; Pouchelle, 2008 ; Vega, 2000). J'ai eu conscience de cette limite à plusieurs reprises au cours de mon travail. Comme je ne pensais pas transformer cette recherche en mémoire et que le but était avant tout d'utiliser des méthodes semblables entre les trois populations étudiées dans le cadre du projet - gynécologues, sages-femmes et femmes - je me suis résignée à ne pas la pratiquer et à suivre les conseils de ma directrice de mémoire.

Une deuxième limite que je peux évoquer est le fait que je n'ai pas récolté tous les âges précis des sages-femmes. J'avais prévu de le faire, sans doute trop maladroitement, en leur demandant dès le début de l'entretien leur âge, le nombre d'enfants et la durée de pratique professionnelle (les autres membres de l'équipe avaient prévu de procéder ainsi pour les entretiens avec les gynécologues). Lors du premier entretien, la sage-femme m'a fait savoir à la fin de celui-ci que cette question l'avait beaucoup gênée, et qu'elle n'avait pas à être posée ainsi, oralement, brutalement. Quand j'ai raconté l'événement à ma directrice (j'avais été particulièrement mal à l'aise), celle-ci m'a dit que les données sur l'âge n'étaient pas indispensables. A partir de ce moment-là, je leur ai seulement demandé depuis combien de temps elles pratiquaient, dans l'éventualité où cela serait une variable influente sur leur identité professionnelle.

Une dernière limite que je peux évoquer, est le fait que la plupart des entretiens avec les sages-femmes hospitalières a été réalisée sur leur lieu de travail (cela était moins contraignant pour elles). Pourtant, j'ai senti qu'il était plus difficile pour elles, comme

pour moi, de vraiment prendre le temps pour échanger et réfléchir sur leur travail et ses implications. Moi-même je me conditionnais sans en avoir tellement conscience à ne pas faire durer trop l'entretien de peur que cela perturbe leur travail. Pendant deux entretiens, nous avons même été interrompues à plusieurs reprises ce qui avait tendance à casser le rythme de celui-ci. Un autre inconvénient est le fait qu'elles ont sûrement été moins libres de dire tout ce qu'elles auraient voulu : le poids de l'institution était là pendant les entretiens puisqu'on se retrouvait sur leur lieu de travail, à quelques mètres de leurs collègues... Au fil de l'entretien, la plupart des sages-femmes se sont décontractées et, entraînée par celui-ci, ont parlé plus librement. Cependant, le temps relativement réduit des entretiens réalisés à l'hôpital n'a pas toujours permis à cet effet de confiance de prendre toute son importance et sa mesure. Je pense que pour une prochaine enquête, je serais plus insistante pour que les entretiens se déroulent dans un lieu neutre, réservant le lieu de travail des interviewés comme dernière solution.

Dans les parties précédentes, j'ai posé le cadre contextuel (historique, descriptif et législatif) autour du métier de sage-femme, proposé des lectures comme clés d'entrée sur la question de l'identité professionnelle ainsi qu'exposé les méthodes que j'ai utilisées et leurs limites. Je propose à présent d'aborder le centre de ce travail, c'est-à-dire les analyses.

4 Analyse

Evidemment, on a toujours besoin d'un médecin quand on a un souci, comme on a besoin d'un hôpital quand on est malade. Mais quand on n'est pas malade, finalement, pourquoi aller à l'hôpital ? (Léa, sage-femme indépendante, 6.03.09)

Un passage de l'ouvrage de Becker : *Ecrire les sciences sociales* (1986), m'a particulièrement marqué et convaincu. Il y explique qu'il ne sert à rien de laisser planer un « suspens » dans l'analyse, en délivrant le cœur de celle-ci uniquement à la fin du développement. J'ai essayé de suivre son précieux conseil, en exposant mon résultat avant de dérouler l'argumentation qui m'a permis d'arriver à celui-ci.

De nombreux auteurs en sciences sociales pensent bien faire en commençant de manière cachottière. Ils dévoilent leurs éléments de preuve un à un comme des indices dans une histoire policière. (...) Si vous placez au début le paragraphe qui révèle votre secret, vous pouvez ensuite reprendre le texte pour dire de manière explicite ce que chaque section du travail apporte au résultat final, au lieu d'en camoufler la fonction dans des formulations qui n'engagent à rien. (Becker 2004 : 58)

J'ai précisé en introduction que le thème de l'identité professionnelle représentera le fil rouge de l'analyse, je vais montrer ici, où celui-ci m'a emmené et ce qu'il m'a fait découvrir sur mon terrain.

D'abord, j'ai remarqué que les sages-femmes indépendantes déviaient souvent sur des questions de définition de leur métier, d'attachement à celui-ci, voire de défense de ses prérogatives. Elles tenaient à me montrer combien elles aimaient leur métier et combien celui-ci était riche. Ce qui m'a frappé en particulier était l'homogénéité du discours produit par ces professionnelles sur leur métier.

Quand j'ai commencé les entretiens avec les sages-femmes hospitalières, j'ai constaté au contraire une certaine hétérogénéité du discours. Certes, toutes les sages-femmes, indépendantes comme hospitalières, partageaient un certain socle commun sur la vision de leur métier (ce qui fera l'objet de la partie 4.1.1), mais je me suis vite aperçue que les sages-femmes hospitalières exerçaient dans un cadre si

différent au niveau des contraintes, mais aussi des possibilités (collaborations directes et quotidiennes avec les gynécologues, omniprésence de la technique, etc.) que le discours sur leur métier différait (cela fera l'objet de la partie 4.1.2).

Quand j'ai ensuite analysé leurs rapports à la médecine et aux risques (4.2), j'ai remarqué qu'ils sont de natures différentes (et ne dépendent pas uniquement de leur statut de sage-femme hospitalière ou indépendante). Alors que certaines sont plus proches des outils qu'elles déclarent « typiquement sage-femme » (appui sur le relationnel et sur des outils simples), qu'elles ne s'occupent de la femme que dans sa globalité et dans sa physiologie et qu'elles sont très critiques à l'égard de la médicalisation ; d'autres ont une approche différente. Plus tournées vers la spécialisation, plus sensibles aux « risques » qui entourent la grossesse, elles sont familières de la technique en général et se sentent proches des médecins.

Enfin, je me suis intéressée dans une dernière partie (4.3) au discours des sages-femmes sur les transformations des demandes, des attentes, voire des exigences des patientes et de la législation, et sur les conséquences qu'elles observent sur leur métier et son évolution.

Ces trois parties correspondent au processus par lequel est passée l'analyse. Il m'a fallu en effet réaliser plusieurs entretiens pour avoir une idée de la construction de la première partie. La deuxième, puis la troisième ont émergé avec la lecture et le découpage du corpus mais aussi grâce à l'étude de la littérature.

4.1 Les valeurs professionnelles des sages-femmes : entre socle commun et différences spécifiques

4.1.1 Être sage-femme : un métier...

Tous les points qui vont être abordés ici ont été jugés comme importants par les sages-femmes pour définir leurs valeurs professionnelles et leur identité.

Souvent, les sages-femmes montrent en quoi elles sont différentes des médecins pour légitimer leur métier. Plus encore, elles leur opposent une véritable philosophie de la naissance. Si montrer ses spécificités en tant que professionnelle est important

c'est parce que cela constitue une condition *sine qua non* pour parler d'un métier à part entière. Si les sages-femmes sont perçues, par les futurs parents et les professionnels de santé qui jouent un rôle dans la grossesse uniquement comme des « sous-médecins », alors elles ne sont pas dépositaires d'un métier.

Il est essentiel à un véritable concept de la profession qu'elle détient quelque chose comme un monopole sur l'exercice du travail qui est le sien (...) Pour sortir de sa subordination à l'autorité médicale, il lui faut découvrir un domaine où elle peut revendiquer un monopole et le maintenir, mais cela doit avoir lieu dans un cadre de travail où la santé est de fait au centre de toutes les tâches est qui est ainsi sous le contrôle de la médecine (Freidson 1984 :30 et 76).

Cependant, le fait de faire très souvent référence au médecin dans les entretiens, de se définir beaucoup par rapport, voire contre lui, montre qu'il est difficile pour les sages-femmes de se détacher complètement du monde médical et de son emprise sur le suivi de la grossesse. Même les sages-femmes indépendantes, qui par définition travaillent en dehors de l'hôpital, y sont reliées par les protocoles. Il s'agit ici, selon Freidson, d'un problème et d'une réalité récurrents pour les professionnels paramédicaux qui gravitent autour du médecin :

La division des tâches paramédicales constitue un système de strates dans lequel les métiers sont de près ou de loin disposés autour du travail du médecin (Freidson 1984 : 62).

Cette analyse doit tout de même être nuancée. En effet, aujourd'hui, les professions médicales (et donc aussi les médecins) ne travaillent jamais de manière complètement autonome à l'hôpital. Même ceux qui occupent les positions les plus élevées dans la hiérarchie hospitalières sont dépendants d'autres métiers (anesthésiste, radiologue, personnel administratif et managérial, etc.).

Si au niveau légal les spécificités des sages-femmes ne sont pas complètement reconnues, elles les défendent dans leurs pratiques afin de s'affirmer comme groupe unique. Nous verrons ici quelles sont les caractéristiques propres de ce métier, quels sont les traits qui permettent d'identifier les valeurs professionnelles communes aux sages-femmes, et finalement leur culture et leur identité.

4.1.1.1 La sage-femme comme tuteur : l'accompagnement des couples

Les sages-femmes ont souligné l'importance pour elles, du mot, et du sens, de l'accompagnement des femmes enceintes ou des couples. Toutes ont insisté pour dire que leur offre n'est pas une prise en charge, mais bien seulement un accompagnement.

Cette notion d'accompagnement comme centre de l'activité et de la pratique sage-femme a déjà été mise en avant par plusieurs auteurs, notamment Vuille (2000). Reprenons ses termes pour situer cette situation d'accompagnement :

Appliqué à la grossesse et à l'accouchement, l'intérêt de la notion d' « accompagnement », par rapport à celle de « prise en charge », est qu'elle permet de rétablir l'ordre des rôles, de rappeler que l'actrice principale est l'accompagnée, non pas les accompagnateurs (...) pour qu'on puisse parler d'accompagnement, il faut que la personne accompagnée soit en mesure de décider elle-même du chemin à emprunter ; dans le cas contraire, elle n'est pas accompagnée mais guidée. (Vuille 2000 : 131)

La métaphore qui pourrait être utilisée est celle de la plante et de son tuteur : la plante a les ressources pour grandir et s'épanouir, le tuteur ne vient qu'en appui, il est là pour donner un soutien à la plante qui pourra ainsi se développer sur la base de ses propres possibilités. C'est ce que défendent les sages-femmes : permettre aux femmes d'être actrices de leur grossesse, ne pas décider pour elles, simplement les appuyer, les confirmer dans leurs choix.

Moi, je me sens un peu comme quelqu'un qui est là pour éveiller les consciences (...) donc je suis un peu là comme une éclairceuse, pour leur tenir la lampe de poche et puis les aider à réfléchir à ce qui se passe dans leur vie (...) voilà pour les mettre plutôt sur un chemin d'être acteur de l'événement plutôt que de le subir et après de regretter un certain nombre de choses. Donc on est juste là pour un peu accompagner et guider. Suivre et guider en même temps. Notre but étant de les autonomiser, de les rendre acteurs de leur histoire. (Elisabeth, sage-femme indépendante, 2.03.09)

(...) on va fonctionner comme garde-fou ou cadre afin de permettre aux gens de développer leurs propres compétences au sein de ce cadre. Faire émerger ou encourager des aptitudes qui sont déjà présentes quoi. (Zoé, sage-femme indépendante, 13.03.09)

Cet accompagnement ne peut être réalisé que dans le cadre de la physiologie.

4.1.1.2 La sage-femme, une gardienne de la physiologie

A la question « *Comment pourriez-vous définir votre métier de sage-femme en quelques mots ?* », la plupart des sages-femmes ont formulé une réponse faisant référence à la physiologie.

Traditionnellement, c'est vrai que le rôle de la sage-femme c'est de gérer toute la physiologie de la grossesse et de l'accouchement, c'est ce qui nous incombe. (Maya, sage-femme hospitalière, 30.06.09)

La sage-femme est la gardienne de la physiologie. (Stéphanie, sage-femme indépendante, 9.03.09)

Pour les sages-femmes, une de leurs spécificités est cet attachement à la physiologie. Le fait de placer cet aspect en premier, et éventuellement s'occuper ensuite de la pathologie pour certaines d'entre elles, les différencie du gynécologue, les rendant uniques.

Ainsi, les sages-femmes aimeraient que se mette en place une division du travail plus poussée que ce qui existe actuellement. Les médecins prendraient en charge uniquement les grossesses pathologiques, alors que les sages-femmes s'occuperaient des grossesses physiologiques.

Notre formation est vraiment axée sur la physiologie, sur le déroulement normal et comment on peut faire pour l'optimiser. Alors que les médecins sont avant tout formés sur la pathologie : comment fonctionne la pathologie, qu'est ce qui la déclenche et comment on la traite. (Elisabeth, sage-femme indépendante, 2.03.09)

Je pense que globalement le regard du gynécologue c'est d'exclure qu'il n'y a pas de complications et le regard de la sage-femme c'est de s'assurer que tout va bien ! (Rire). (Yvette, sage-femme hospitalière 28.07.09)

J'ai un papa qui m'a dit une fois à la fin de mon suivi, qui m'a dit, mais ça devrait être obligatoire d'avoir une sage-femme. C'est fou ! Je pense dans l'idéal ça serait ça. (Léa, sage-femme indépendante, 6.03.09)

Puisque la physiologie est ce que les sages-femmes défendent comme leur spécificité, mais aussi ce dont elles ont le droit, légalement, de s'occuper, un véritable enjeu autour du classement des grossesses comme « physiologique » ou « pathologique » existe. Si une grossesse bascule dans la pathologie, alors l'autonomie de sage-

femme en est considérablement réduite. Jacques a proposé la même analyse à propos de l'accouchement :

A travers l'enjeu de la maîtrise de l'accouchement se joue de nouveau la définition des frontières entre le normal et le pathologique, que chaque catégorie de professionnel essaie de maintenir ou d'élargir au maximum (Jacques 2007 :89)

De plus, si on part du point de vue que la grossesse est une situation qui comporte des risques pour la mère et le fœtus, cela vient justifier l'intervention médicale et délégitimer la sage-femme. Ces termes « physiologique » et « pathologique » ont été utilisés tels quels par les sages-femmes. Elles les ont parfois substitués (comme des synonymes) aux termes de « normal » ou « à risques ». C'est vraiment ainsi qu'elles perçoivent cette notion de « grossesse physiologique » : un événement normal, naturel, ancestral, essence de l'Humanité. La pathologie est perçue comme un défaut, une anormalité, un problème, un grain de sable plus ou moins gros qui vient enrayer la machine bien huilée de la grossesse et qui reste donc un événement proportionnellement exceptionnel, la nature étant « bien faite ». On peut rappeler, avant de citer les sages-femmes elles-mêmes, les écrits de Durkheim (2002), qui dit que les phénomènes normaux sont « *ceux qui sont tout ce qu'ils doivent être* », les phénomènes pathologiques sont « *ceux qui devraient être autrement qu'ils ne sont* ». Cette définition normative de la physiologie et de la pathologie se retrouve chez les sages-femmes : la physiologie est la normalité, la pathologie l'anormalité.

Je pense qu'il y aurait besoin de remettre la grossesse comme l'église au milieu du village. C'est-à-dire que c'est un processus qui existe quand même depuis fort longtemps... depuis 3 milliards et quelques années ! Que c'est quand même dans 90% des cas, que ça se passe bien ! (Elisabeth, sage-femme indépendante, 2.03.09)

Même si pour l'instant les médecins restent assez peu concernés par cet enjeu puisqu'ils réalisent la majorité des suivis de grossesse même physiologiques, on peut supposer qu'une évolution qui conduirait à une situation semblable à celle des Pays-Bas (division stricte du travail entre gynécologues qui ne traitent que la pathologie et sages-femmes qui ne s'occupent que de la physiologie) amènerait à une politisation de la question. A cet accompagnement de la physiologie défendu par les sages-femmes, il faut ajouter la notion de globalité.

4.1.1.3 Un suivi global

La notion de suivi global a été largement abordée par l'ensemble des sages-femmes que j'ai rencontrées. Vuille (2000) a elle aussi fondé une partie de son analyse sur ce constat. Cependant, précisons que celle-ci n'a pas séparé « accompagnement » et « globalité » comme je l'ai fait ici. Elle parle « *d'accompagnement global* ». A mon avis, il était intéressant de les analyser de manière distincte, bien que ces deux notions se parlent. Effectivement, selon moi, elles renvoient à des choses différentes : le désir de permettre aux femmes d'être actrices d'un côté (idée d'accompagnement), et celui de les suivre en prenant en compte tous les aspects de la maternité, dans sa diversité et sa temporalité (idée de globalité). Comme l'avait déjà précisé Vuille (2000), on se rend compte que la notion de « *globalité est floue et multidimensionnelle* », la globalité étant comprise comme « *continuité chronologique* ou comme s'appuyant sur *la diversité d'éléments en coexistence* » (126).

A ce stade, il est possible d'énumérer les dimensions importantes pour les sages-femmes dans cet aspect de suivi global. Un premier élément est celui du temps (donner du temps à la femme et la suivre dans tout le processus de la grossesse, ce qui inclut le post-partum),

C'est le temps qu'on met à disposition qui nous permet d'avoir une approche globale de la situation de la femme (Zoé, sage-femme indépendante, 13.03.09)

Définir le métier de sage-femme... (Rire) olala, la grande question... et bien on s'occupe effectivement de tout ce qui concerne la grossesse du début jusqu'à la fin, même l'anténatal, ensuite préparation à l'accouchement, c'est tout l'accompagnement, l'information, le suivi et après l'accouchement également donc le post-partum, donc c'est vraiment prendre en compte la femme dans sa globalité pendant toute la période de la gestation quoi. (Sara, sage-femme hospitalière, 10.08.09)

Un deuxième est celui de la prévention,

C'est un métier qui est essentiellement un métier de prévention. Et de promotion de la santé. (Zoé, sage-femme hospitalière, 13.03.09)

Bon nous ce qu'on cible principalement c'est trois choses. Le bien-être physique et le bien-être mental par rapport à la grossesse. Et puis la troisième chose c'est de cibler directement sur la prévention. (Chloé, sage-femme hospitalière, 22.06.09)

Un troisième élément est l'importance de la prise en compte de la psychologie, du social, et du milieu culturel de la femme, le relationnel étant mis en avant en ce sens.

Nous on regarde le côté bio-psycho-social et spirituel de la patiente, ça, ça fait partie du dossier. On englobe la culture dans les mesures possibles. Je pense surtout aux patientes musulmanes qui ont souvent une demande de voir des femmes exclusivement, on essaie mais ce n'est pas toujours évident. (Chloé, sage-femme hospitalière, 22.06.09)

Moi ce qui m'importe beaucoup dans mon travail, ce pour quoi je me bats, c'est d'avoir toujours une vue globale de la femme. De faire connaissance de cette femme vraiment de manière globale. Qui elle est, ce qu'elle fait dans la vie, comment elle est entourée, comment ça va au niveau de sa santé, comment ce bébé arrive dans sa vie (...) Et je pense que si on donne ce temps au départ de faire connaissance avec elle, si elle, elle se sent écoutée comme humain et pas juste comme un ventre qui porte un bébé, je pense qu'après elle vient dans notre maternité en sachant qu'on sait qui elle est et qu'on sait de quoi elle a besoin. (Yvette, sage-femme hospitalière, 28.07.09)

Tout l'enjeu pour les sages-femmes est de prendre en compte ces paramètres en étant professionnelles. Une partie de leurs compétences de sages-femmes est de savoir pratiquer ce suivi global, de disposer d'outils spécifiques (temps, écoute, utilisation de son propre corps, etc.). Elles essaient de se défaire des croyances véhiculées sur leur profession qui diraient qu'elles sont peu professionnelles et que leurs compétences ne sont que des dispositions innées ou féminines. Elles montrent que c'est quelque chose qui s'apprend, puis se pratique.

[Comment vous pourriez définir votre métier ?] Euh, je suis une femme qui accompagne professionnellement les femmes enceintes. Je vais les rassurer... on a beaucoup de rôles dans notre métier, ce n'est pas juste soigner. On est à l'écoute. On travaille beaucoup au plan psychique aussi et on demande aussi d'être professionnelle, ce côté là c'est aussi important. (Anna, sage-femme hospitalière, 25.06.09)

Enfin, les sages-femmes insistent sur l'aspect global de la prise en charge de la patiente qui diffère de l'approche plus partielle du médecin. Elles soulignent que cette perception du suivi, contrairement à la pratique plus spécialisée du médecin, représente un véritable plus dans le suivi de la grossesse.

[Est-ce qu'il y a des choses qui sortent quand la sage-femme intervient après que le médecin soit partie ?] Énorme parce que je pense que franchement ça, ça correspond au temps. (...) parfois le médecin est présent qu'un quart d'heure sur une consultation qui est de 30 minutes (...). Et en un quart d'heure on ne sort pas toute sa vie, on ne pense pas à tout dire en un

quart d'heure, ce qui peut influencer le cours ou le suivi de cette grossesse. (Jessica, sage-femme hospitalière, 08.09.09)

[Et par rapport aux gynécologues, est ce qu'il y aurait des différences d'approches dans la manière de transmettre ou d'informer ou de...] Les médecins ils informent aussi bien, mais il faut voir le médecin... bon les médecins ils sont beaucoup surchargés. Ils ont un autre rôle. Pour le relationnel, c'est plutôt la sage-femme, surtout au prénatal. Le médecin il va dire, voilà madame vous êtes venue, vous avez un problème x, elle va donner des explications mais le médecin n'a pas vraiment le temps pour se mettre à côté de la dame, ou discuter une demi-heure. Ça prend une heure quelque fois des explications. Ou être à l'écoute, ou être avec la femme. Le médecin il ou elle n'a pas de temps. (Anna, sage-femme hospitalière, 25.06.09)

En plus d'un suivi global, les sages-femmes proposent d'aider à la construction des liens.

4.1.1.4 Faire le lien

Le dernier élément mis en avant par les sages-femmes comme structurant leur identité est leur posture d'intermédiaire, de lien, en particulier entre la femme et la science ou le médecin.

C'est vrai on sert beaucoup d'intermédiaire entre la femme et le médecin, mais vraiment énorme, énorme et ça nous prend du temps parce que des fois on doit le rappeler parce qu'il était là 5 minutes et puis elle a oublié de dire ça. On lui dit « attendez, on va le rappeler, ne partez pas. », ou des fois c'est organiser un autre rendez-vous, parce que parfois elles disent à la fin « ah mais vous savez, il m'est arrivé ça une fois », « ah bon, mais ça, ça rentrait dans les antécédents ! », et voilà (sourit). (Jessica, sage-femme hospitalière, 08.09.09)

(...) J'ai un exemple d'une femme qui avait accouché très très vite, la première fois elle avait dilaté en une heure. Premier bébé. Deuxième bébé, elle a accouché à la maison, elle n'a pas eu le temps d'arriver. Troisième bébé, cette dame elle demande une provoc' parce qu'elle était tellement stressée par le fait qu'elle ne voulait pas revivre un accouchement comme ça, même si ça c'était bien passé. (...) Alors je transmets à l'assistant qui était là, je lui dis « cette femme elle aimerait bien être provoquée, elle a deux accouchements rapides. », « ah non non, on provoque pas » qu'il dit. Et là, je rebondis, je lui ai dit « écoute, j'aimerais que tu parles à ton chef. » (...) Donc là j'ai été relais pour cette femme car j'ai dit que cette femme veut pas, peut pas se retrouver dans cette situation, on peut le comprendre, il faut le vivre ça ! (...) Donc finalement là j'ai été l'intermédiaire. (...) Donc c'est un peu notre job aussi. C'est pas médiation, c'est intermédiaire ça. Pour soutenir sa demande, parce que la femme devant le

docteur, elle n'osait pas trop développer. Alors là, notre métier c'est d'avoir compris et d'aider dans ce sens là. (Yvette, sage-femme hospitalière, 28.07.09)

Dans la littérature, c'est un élément que l'on retrouve au sujet des infirmières. Sainsaulieu par exemple, a démontré qu'elles ont en partie construit leur culture professionnelle sur leur rôle « *frontière entre le docteur et le profane* » (Sainsaulieu 2006 : 75). Dans le même sens, Petitat (1994) écrit : « *L'infirmière devient celle par qui la science se fait norme, une traductrice médiatrice entre le monde (masculin) de la science médicale et le public à la fois ignorant et profane* ».

Les sages-femmes montrent aussi qu'elles aident la femme à faire le lien avec son propre corps, et avec son bébé. L'idée est encore une fois de laisser la femme être actrice : la sage-femme ne fait qu'accompagner le lien entre la femme et son bébé en insistant sur les compétences de la mère à le faire. C'est l'image de sage-femme comme « tuteur ».

Les femmes quand elles viennent se faire suivre par une sage-femme, elles sont toute chose, qu'on leur touche le ventre, qu'on joue avec le bébé, qu'on essaie de deviner comment il est positionné tout ça. Parce que du coup si nous on le fait, elles, elles peuvent le faire. (Elisabeth, sage-femme indépendante, 2.03.09)

Dubesset (1995) a expliqué ce mécanisme ainsi :

Les sages-femmes servent aussi d'intermédiaires entre la femme et elle-même : la femme passe par la sage-femme pour revenir à soi, en étant rassurée de ses compétences de femme, elle s'en remet de nouveau à elle-même, se fait plus confiance (40).

L'idée du métier vu comme une vocation est un autre élément primordial sur lequel je désire me pencher.

4.1.1.5 Être sage-femme, un métier et une passion.

Une chose qui m'a particulièrement marquée dans les entretiens de toutes les sages-femmes est leur passion pour leur métier, leur plaisir et leur satisfaction à le pratiquer. Être sage-femme fait partie d'elles-mêmes, de leur identité propre, de personne, cela dépasse largement le niveau professionnel.

Je ne changerais de métier pour rien au monde, ça c'est évident. Je dis pas de lieu de travail, mais je changerais pas de profession pour rien au monde. J'y suis très attachée, j'ai aucun

regret. (Chloé, sage-femme hospitalière, 22.06.09)

[Comment pourriez vous définir votre métier de sage-femme ?] Oula... comme le plus beau métier du monde (éclate de rire). (Maude, sage-femme indépendante, 24.03.09)

[Comment est-ce-que vous pourriez définir votre métier de sage-femme en quelques mots ?] (Silence) C'est assez complexe. Euh... pour moi à la base c'est une vocation. (Maya, sage-femme hospitalière, 30.06.09)

(...) C'est un peu une passion, c'est pas seulement un métier. C'est un engagement aussi. Qu'est-ce-que je pourrais vous dire de plus... Pour moi, c'est un métier... c'est pas ma première profession, donc c'est une profession que j'ai eu envie d'exercer après un parcours de vie et qui correspond vraiment à ce que j'imaginai devoir faire et pouvoir faire. (Maude, sage-femme indépendante, 24.03.09)

Une dernière question à aborder, incontournable si on traite de l'identité professionnelle, est celle du sentiment d'être reconnue-ou pas- par les médecins et les femmes enceintes comme légitime dans la réalisation des suivis de grossesse.

4.1.1.6 Sage-femme et légitimité

Les sages-femmes représentent une entité professionnelle minoritaire et très spécialisée (grossesse, accouchement et post-partum alors que le médecin peut s'occuper en plus de tout ce qui a trait à la gynécologie) et donc qui a peu de poids au sein de la science.

On s'adresse à la femme enceinte et à la femme qui vient d'accoucher, donc ça limite le champ d'action aussi. Donc on a une voix qui est très faible dans le monde politique, on n'est pas très représentatives, on n'a pas un lobby. Par rapport à un médecin, on ne fait pas le poids. (Maude, sage-femme indépendante, 24.03.09)

Elles ont régulièrement le sentiment que les médecins les perçoivent comme des professionnelles non légitimes dans la pratique du suivi de grossesse de manière autonome. Il faut rappeler d'ailleurs que les sages-femmes ne sont jamais complètement affranchies des médecins, même dans le cadre de la physiologie, puisque ce sont eux uniquement qui prescrivent la plupart des examens et des ordonnances.

On ne fait plus vraiment confiance en la clinique. On dit au médecin « voilà, cliniquement, je

lui donne tel poids, c'est un bébé qui me fait une bonne impression », et puis, malgré ça, ça m'est arrivé il n'y a pas longtemps, on m'a fait rappeler la dame à la maison quand le chef de clinique a visé le dossier de la dame après. Il a dit « madame, il faut revenir faire une échographie, on veut juste être sûr de la bonne croissance du bébé. Et puis le bébé faisait exactement le poids que j'avais dit. (Sara, sage-femme hospitalière, 10.09.09)

Les sages-femmes ont le sentiment que les patientes osent leur parler de leurs problèmes corporels orientés vers le « sale-boulot » (c'est-à-dire ici tout ce qui a attiré à la souillure du corps) alors qu'elles ne le font pas avec le médecin puisque celui-ci n'aurait pas de temps pour s'occuper de ces questions à la fois banales et tabous.

Euh... parce qu'oser dire, ça peut être sur l'incontinence...elles vont se dire « je vais pas lui dire, Monsieur, quand je cours après le bus, je perds des urines. Il a autre chose à faire le gynéco, il a mon ventre à contrôler, l'ultrason à faire et puis c'est tout et puis je vais pas lui parler de mes urines », par exemple. (Jessica, sage-femme hospitalière, 08.09.09)

Un autre élément que l'on peut mentionner est que leur métier est encore assez méconnu : les femmes et leurs compagnons ne savent pas toujours que ces professionnelles peuvent réaliser un suivi de grossesse, que cette profession existe, malgré la présence des gynécologues-obstétriciens. Enfin, elles (ceci étant particulièrement valable pour les hospitalières) sont régulièrement confondues avec des infirmières (or, nous savons l'importance de la spécificité pour avoir une identité professionnelle).

Le mot même de sage-femme n'est pas connu. Moi régulièrement, je reprends très gentiment, mais je reprends tous les maris qui disent « ah, mais l'infirmière elle a dit ça à ma femme », je lui dis « alors attendez, votre femme elle est où ? Ah, elle est là ! » Alors je le reprends tout de suite et je lui dit « Je suis au moins sûre d'une chose, c'est une sage-femme que vous avez vu. » (...) mais le mot sage-femme n'est même pas connu, n'est même pas employé par une partie de la population. Donc évidemment on ne va pas faire suivre sa grossesse par une... si on ne sait même pas que ça existe. (...) Des amis de mes parents viennent à la maison, j'étais infirmière et j'avais enchaîné tout de suite parce que j'avais envie d'être sage-femme, et la dame, très gentille par ailleurs, (...) elle me dit « mais ça existe encore, les sages-femmes ? », donc il y a 30 ans elle m'a dit ça « mais ça existe encore » et elle ne m'a déjà parlé que des gynécologues en me disant, « mais maintenant on accouche à l'hôpital, et c'est le gynécologue qui... » pour elle qui faisait tout. Comme il y avait le contrôle de grossesse, elle n'imaginait même pas qu'une sage-femme pouvait accoucher. Donc moi je me suis dit, non, ça existe encore... non mais laisse tomber ! mais voilà, c'était déjà ça dans l'image populaire,

qu'il y a 30 ans, ça n'existait déjà plus les sages-femmes, parce que ... parce que... elle employait le mot de gynéco, même pas le mot de médecin... la spécialité c'était gynéco. (Jessica, sage-femme hospitalière, 08.09.09)

Dans cette partie, j'ai développé l'idée qu'il existe un ensemble de valeurs communes partagées par les sages-femmes. Cependant, en dehors de ce socle commun qui vient structurer l'identité des sages-femmes, il existe plusieurs différences liées au statut de sage-femme hospitalière et indépendante qui peuvent bouleverser leur identité.

4.1.2 ... Ou deux ? (Les sages-femmes hospitalières et les indépendantes)

Des fois j'ai l'impression qu'il y a deux mondes entre notre façon de travailler et celles qui sont à l'extérieur. (Yvette, sage-femme hospitalière, 28.07.09)

L'analyse proposée ici est la suivante : il n'y aurait pas un mais deux métiers de sage-femme. Bien sûr, cette idée est provocatrice, cependant, elle peut aider à saisir la certaine incompréhension qui existe entre les sages-femmes hospitalières et les indépendantes. En effet, il s'agit bien des deux manières de pratiquer « *le nouvel art de la sage-femme* » (Saxell : 2004, titre).

4.1.2.1 Un quotidien différent, un cadre qui change tout ?

Le premier constat qu'il faut faire est que le quotidien des sages-femmes indépendantes et celui des hospitalières sont sensiblement différents.

Type de population

D'abord, le nombre de suivis que réalisent les sages-femmes indépendantes est très réduit. On peut parler d'un « suivi confidentiel » puisque une partie assez importante de la population semble ignorer qu'il est possible de confier le suivi de sa grossesse à une sage-femme indépendante.

Les suivis de grossesse normaux, à la place des contrôles chez le médecin, on n'en fait pas beaucoup. C'est pas encore très ancré à Genève (Virginie, sage-femme indépendante, 16.03.09)

Au contraire, les sages-femmes hospitalières voient, pour la fin du suivi, toutes les femmes qui ont choisi d'accoucher à la maternité. Cependant, elles ne suivent que très rarement des femmes au début de leur grossesse. Elles rencontrent donc un plus grand nombre de femmes mais pour une durée réduite (Une femme enceinte ne fait en général que les deux, voire les trois dernières consultations prénatales à l'hôpital).

Ensuite, le type de population que côtoient les indépendantes et les hospitalières est différent. Les premières ont affaire à des femmes d'un niveau social moyen à supérieur, qui ont un haut degré d'études pour la plupart, et qui ont fait sciemment le choix de ce type de suivi. Les sages-femmes indépendantes ne rencontrent que rarement des femmes moins aisées, ce qu'elles regrettent²⁵. Elles ne parviennent cependant pas à y remédier.

Moi je dirais que la population qu'on a, nous à l'Arcade, est une population un peu particulière. C'est quand même des gens d'un certain niveau social, qui ont fait des études. Malheureusement, on n'a pas très souvent la caissière de chez Migros ou la caissière de chez Rolex qui vient se faire suivre chez nous. C'est dommage ! (Elisabeth, Sage-femme indépendante, 2.03.09)

[Les femmes que vous rencontrez est-ce-que vous avez tout profil de femmes ou vous sentez...] Alors, j'aimerais avoir tout profil de femmes et on se rend compte quand même que les femmes qui s'adressent à une sage-femme pour un suivi de grossesse, ce sont des femmes qui ont fait un choix déjà, qui ont réfléchi à l'accompagnement de la grossesse, donc du coup, il y a moins tout type de femme. Par contre la richesse c'est quand on est amené à aller à domicile chez les femmes, alors là on s'adresse à tout type de femme et donc on peut avoir accès à des femmes qui n'ont pas forcément fait un choix particulier (...). (Maude, sage-femme indépendante, 24.03.09)

Les sages-femmes indépendantes expliquent cela par le fait que les femmes qui ont fait des études, sont plus actives : elles recherchent plus facilement l'information, y ont aussi plus accès (Internet, livres, relations dans le milieu médical). Ainsi, elles

²⁵ Les sages-femmes indépendantes sont amenées à faire des suivis sur ordre médical. C'est-à-dire qu'un médecin prescrit à la femme des visites de sages-femmes, en particulier quand celle-ci ne peut se déplacer et qu'on veut éviter une hospitalisation. C'est à cette occasion qu'elles peuvent plus rencontrer des femmes de milieux sociaux plus variés.

savent plus souvent qu'il est possible de faire suivre sa grossesse par une sage-femme et s'engagent plus facilement dans ce choix : plus sûres d'elles, elles sont plus à mêmes de faire des choix tranchés, ce qui est accentué, selon les sages-femmes, par la vague écologiste ou même *bobo*. De plus les sages-femmes pensent que les femmes d'un niveau social plus modeste, en particulier les personnes migrantes, ressentent parfois moins le besoin d'un accompagnement de grande proximité²⁶ : elles ont moins d'angoisses car elles ont déjà côtoyé des femmes enceintes et ont un bagage transmis par leur famille ou leur entourage. De plus, pour ces populations, certaines sages-femmes notent un désir de médicalisation plus fort.

Pour les suivis de grossesses physiologiques, je pense que c'est quand même des femmes qui sont un peu intellectuelles, dans le sens que ce sont des gens qui ont lu des livres, qui ont réfléchi à la question, des femmes qui ont donc plutôt un certain niveau, plutôt classe moyenne (...) moi je connais pas mal les Africains, ils veulent le plus de médicaments possible parce que ça fait bien, ça représente le progrès (...) ils viennent de pays où il y a tellement de gens qui meurent en accouchant que quand on leur donne un médicament, c'est le top. Donc ils veulent des antibiotiques... plus c'est contrôlé, plus c'est médicalisé, plus c'est bien. (Virginie, sage-femme indépendante, 16.03.09)

J'ai quelques personnes qui sont ouvrières ou comme ça mais peu (...) elles estiment que ça sert à rien. Parce qu'elles vont faire comme leur mère ou comme leur grand-mère et qu'elles se débrouilleront (Séverine, sage-femme indépendante, 24.02.09).

Au contraire, les sages-femmes hospitalières interviennent auprès de toute la population, excepté les femmes les plus aisées qui préfèrent suivre leur fin de grossesse dans les cliniques, ou par le professeur qui dirige le service (ce qui est permis par la souscription d'une assurance privée). Les hospitalières sont amenées à travailler avec des populations fragilisées porteuses de problématiques délicates, mais aussi très diverses et qui se cumulent souvent. Il peut s'agir de femmes toxicomanes, battues, atteintes de problèmes psychiatriques, sans papiers, ne parlant pas français, etc. Cela demande donc aux sages-femmes hospitalières une importante capacité d'adaptation de leurs discours et de leurs outils par rapport aux personnes qu'elles rencontrent qui ont des problématiques propres.

On a une population très, très cosmopolite. C'est vrai qu'il y a déjà la consultation de

²⁶ Ce constat est valable pour les femmes qui n'ont pas de problème particulier. Dans des cas de grande pauvreté, de toxicomanie, de troubles psychiatriques, ou autre, celles-ci auraient alors besoin d'un accompagnement quotidien selon les sages-femmes.

l'UMSCO²⁷ pour toutes les personnes qui sont illégales, et il y a énormément de population étrangère, portugaise, espagnole, des fois aussi des chinoises, thaïlandaises, beaucoup de patientes africaines, toutes les patientes du Kosovo, ex-Yougoslavie et tout ça, indiennes, sri lankaises. Et parfois donc des gens qui ne parlent pas du tout français. (Sara, sage-femme hospitalière, 10.08.09)

[Donc j'imagine que ça vous oblige sans cesse à se demander qui est ce qu'on a en face de nous...] Oui tout le temps, une HIV c'est pas la même chose qu'une toxico, une femme battue c'est pas la même chose, une jeune de 15 ans ce n'est pas la même chose qu'un couple stable ou un couple divorcé (...) C'est à tout ça qu'on est confrontées. C'est sûr on n'a pas les mêmes discours, ni le même dialogue avec tout le monde. Et c'est la richesse d'adapter son discours. (Alice, sage-femme hospitalière, 24.06.09)

Enfin, il faut aussi insister sur le fait que la majorité des femmes n'ont pas fait le choix spécifique de se faire suivre à l'hôpital pour la fin de leur grossesse, elles le font en suivant les conseils de leur médecin et parce que « c'est comme ça que ça se fait ». Selon les hospitalières, elles sont vraiment plus passives que celles rencontrées par les indépendantes.

Les sages-femmes indépendantes déjà elles reçoivent des patientes qui ont décidé d'être suivies par une sage-femme, ce qui est très différent. Déjà il y a une réflexion par rapport à leur accouchement, il y a une préparation par rapport à ça, c'est pas du tout la même chose ici. Là, on a des gens qui viennent et qui savent pas et qui se laissent faire. Ils se confient totalement aux professionnels. Et on aimerait bien qu'elles aient leur mot à dire de temps en temps. (Alice, sage-femme hospitalière, 24.06.09)

Le statut même de salariée ou d'indépendante explique aussi pourquoi le quotidien des sages-femmes peut être différent.

Être salariée d'une grande structure/ avoir un statut d'indépendante

Les indépendantes travaillent assez seules, même si la présence de l'Arcade leur permet de mettre en commun une partie de leurs expériences. Le poids de la responsabilité peut être lourd, en particulier en cas de problème.

Les indépendantes qui ont quitté l'hôpital depuis peu nous parlent quand même de ce que ça

²⁷ L'UMSCO est l'unité mobile de soins communautaires. Rattachée aux Hôpitaux universitaires de Genève, son but est de « favoriser l'accès aux soins pour les personnes en situation précaire et coordonner les actions de soin et favoriser l'intégration dans les réseaux de soin et sociaux existants ». Deux sages-femmes sont rattachées à l'équipe pluridisciplinaire de l'UMSCO (elles font des consultations de grossesse, et peuvent même dans certains cas assez rares, aller au domicile des patientes les plus fragiles).

fait d'être seule et d'avoir des décisions à prendre au domicile des patientes, quand elles sont moyennement rassurées sur la manière de faire (...). Donc elles ont d'autres sources d'inquiétudes les sages-femmes indépendantes qu'on n'a pas ici, parce que nous la dame si elle n'est pas là, elle est allée à la cafétéria fumer sa cigarette, bon, on va vite la retrouver, c'est facile. (Jessica, sage-femme hospitalière, 08.09.09)

Au contraire, les hospitalières pratiquent dans une grande structure, hiérarchisée, ce qui comporte des contraintes au niveau administratif et dans la nécessité de rendre des comptes quotidiennement. Cependant, cela peut aussi être rassurant et protecteur.

Ça demande beaucoup de nous sages-femmes le côté administratif. Je trouve que c'est important mais je trouve qu'on demande tellement de nous au niveau administratif que... remplir des dossiers en détail, avec perfectionnisme, au lieu d'utiliser ce temps pour être à côté de la femme et rassurer... ça c'est le problème. Notre but c'est de rester avec la femme... ouais... Partager notre temps avec eux. On a une très grande quantité d'heures où on est à l'ordinateur, ça c'est un problème. C'est le gros problème et ça enlève de l'essentiel. Les sages-femmes indépendantes ont peut-être moins. (Anna, sage-femme hospitalière, 25.06.09)

On a un système qui est bien fait, en sachant que le dossier on n'est pas tout seul à le traiter. Il est visé soit par la sage-femme référente du service, quand c'est des consultations sages-femmes physiologiques, soit dans la majorité des cas par le chef de clinique. (Chloé, sage-femme hospitalière, 22.06.09)

L'existence ou l'absence d'une structure change aussi la donne : les hospitalières sont salariées, elles font un nombre d'heures déterminé et ont un salaire mensuel fixe. Les indépendantes, de par leur statut, sont rémunérées en fonction du travail qu'elles effectuent et facturent. Celles-ci font en réalité de nombreux actes « bénévoles ». Comme elles sont dans un registre relationnel, il est plus difficile à quantifier que des actes purement médicaux, de même qu'il est difficile de fixer un barème de rémunération. Par principe, elles ne comptent pas le temps passé avec une femme lors d'une consultation. Ainsi, qu'elles passent trente minutes ou deux heures avec une patiente, le prix sera le même. Enfin, elles ne font pas payer les conseils délivrés au téléphone. La question de l'argent et du remboursement des actes par les assurances n'a jamais été évoquée par les hospitalières, alors que plusieurs indépendantes en ont fait mention. Le fait d'être indépendante a un coût dans son sens symbolique comme économique : ne pas être payée pour des actes

que la personne fait peut être moins valorisant, cela peut revenir à dire qu'elle n'est pas professionnelle et que ses actes ont moins de valeur.

C'est très mal payé le suivi de grossesse (...) mal reconnu, c'est ingrat, on doit composer avec les médecins quand on a un problème, ça demande beaucoup d'investissement, on est très disponible, on est dérangée constamment. Enfin voilà, je trouve que ce n'est pas... ça demande un investissement quasiment gratuit. (Léa, sage-femme indépendante, 6.04.09)

Et puis bon, il faut dire qu'elles [les femmes enceintes] nous appellent souvent hein ! Je veux dire les suivis de grossesse c'est ce qui est le moins bien rémunéré. On les facture pas à l'acte mais à... Mais on est très, on est constamment en contact. (Zoé, sage-femme indépendante, 13.03.09)

Les sages-femmes indépendantes ont parfois comparé leur suivi à celui du médecin en montrant les écarts de remboursement très grands, ce qui altère aussi leur sentiment d'être légitimes et reconnues en tant que professionnelles.

Le médecin, il a un petit catalogue de prestations avec la marge de manœuvre de ce qu'il peut se faire payer. Par exemple un accouchement il y a encore 15-20 ans, c'était entre... c'est-à-dire qu'ils viennent un quart d'heure, une demi-heure à peu près et c'était je crois 1500-1800 francs jusqu'à 4000 francs. Maintenant c'est... je n'ai même pas en tête, oh facilement 6000, 7000 francs ! Forcément, le catalogue a augmenté, il y a la vie chère et tout ça. Le médecin il se met de garde le temps d'attendre que la dame accouche, attendre le moment. Alors c'est justifié en partie, mais les sages-femmes n'ont jamais été payées pour les gardes. Ça fait partie du lot des heures prises par l'accouchement. Alors moi, il y a vingt ans, comme comparaison, j'étais payée 300 francs pour un accouchement et les gardes avant. Voilà comme comparaison. (Séverine, sage-femme indépendante, 24.02.09)

Cependant, cette question de l'argent peut aussi être une source de satisfaction avec une idée de générosité exprimée par cette phrase populaire : « Donner sans compter ». De plus, certaines d'entre elles s'appuient directement sur cette question de l'argent pour défendre leur métier. En effet, plusieurs sages-femmes insistent sur le fait qu'elles représentent un poids plus léger pour la société puisque leur suivi coûte moins cher que celui d'un gynécologue.

En termes économiques c'est vrai qu'on a aussi des critères qui intéressent toute la population, c'est qu'on est moins chère car on a des compétences différentes. On coûte moins chère à la société, aux assurances. C'est aussi quelque chose qui est un bon point pour nous. (Rire). (Maude, sage-femme indépendante, 7.10.09)

L'argent et le statut de sage-femme ont aussi une influence sur la manière de désigner la femme enceinte. Alors que les sages-femmes indépendantes parlent volontiers de leurs « clientes », les sages-femmes hospitalières n'utilisent que les termes de « patientes » (influencées par la dénomination hospitalière) ou de « femmes enceintes ». La question de l'argent est en effet totalement évacuée dans les rapports entre les sages-femmes hospitalières et les femmes. Au contraire, le statut libéral des sages-femmes indépendantes les oblige à prendre en compte cet aspect financier.

Un autre élément intéressant et qui correspond aussi indirectement à la nature du cadre qui entoure les sages-femmes est leur collaboration avec le médecin, rare ou quotidienne selon le statut des sages-femmes.

La collaboration avec le médecin

Selon Freidson, les professions paramédicales, pour être autonomes, ne doivent pas côtoyer quotidiennement les médecins et travailler avec eux.

Un métier paramédical peut atteindre le degré d'autonomie d'une profession à condition de contrôler un domaine d'activité disjoint, qui peut être isolé du champ global de la médecine et où la pratique n'exige pas le contact quotidien avec les médecins ni le recours à leur autorité.
(Freidson 1984 : 79)

Cela laisse supposer que les sages-femmes hospitalières ne sont pas autonomes, ou en tout cas moins que les indépendantes. Pourtant, je montrerai ici que cela n'est pas forcément le cas. Cette collaboration peut représenter, certes, parfois un inconvénient et une limite mais aussi, et surtout, un avantage et une source de liberté.

Les sages-femmes hospitalières sont au contact permanent des gynécologues. Elles doivent obligatoirement collaborer avec eux, au moins pour la première consultation que la patiente vient faire à l'hôpital. Cela peut être parfois un inconvénient (cela ampute leur autonomie, elles doivent négocier avec le médecin pour que leur avis de sage-femme soit respecté) et d'autres fois un avantage (avoir un avis qui vient appuyer leur diagnostic en cas d'hésitation, rassurer rapidement la femme, etc.).

Elles font aussi plus facilement appel à un médecin puisqu'il est présent dans le même espace, et donc qu'elles le connaissent et qu'il est facilement accessible.

[Et est-ce que vous pourriez dire qu'il existe une collaboration avec les gynécologues ?] Ça se passe très bien ici. Et on travaille ensemble dans le sens qu'il y a un échange des informations tout le temps, non stop, 24h sur 24, pour chaque patiente. [Donc vous, vous avez besoin du médecin pour certaines choses médicales, etc, et lui a aussi des informations...].Oui, parce qu'une patiente a mal à la tête, elle veut être soulagée. Pour un médicament on appelle le médecin, on dit « écoutez madame x elle a mal à la tête, ça peut être ça ou ça, il faut aussi chercher la cause peut-être, mais elle veut être soulagée, est-ce que je peux lui donner du Dafalgan ? ». Il va donner la prescription et moi je suis couverte. C'est important dans notre métier. Je dois être couverte, je ne peux pas donner de médicaments sans ordre médical. (Anna, sage-femme hospitalière, 25.06.09)

En étant à l'hôpital, on a plus tendance à dire, le médecin est là, y a un souci on fait appel. C'est pas une faute, on le fait encore, et on appelle les jeunes sages-femmes à le faire quand elles ne sont pas sûres. (Chloé, sage-femme hospitalière, 22.06.09)

Les sages-femmes soulignent que les médecins ont souvent peu de temps à leur disposition, ils doivent enchaîner plusieurs consultations à la suite, ou peuvent être interrompus si un cas grave se déclare au sein de la maternité. Cela profite aux sages-femmes qui bénéficient ainsi régulièrement d'un certain glissement de tâches. Elles prennent donc en charge elles-mêmes une partie des prérogatives médicales, comme la présentation des examens sanguins ou même l'annonce de certains résultats. Il faut rappeler également que la sage-femme est le plus souvent seule avec la femme.

Normalement c'est vrai que le médecin est censé faire tout ce qui est anamnèse médicale et puis des fois, quand on a le temps, quand on a fait notre contrôle obstétrical et que le médecin est occupé ailleurs, pour gagner un peu de temps, j'en parle déjà à la patiente. (Sara, sage-femme hospitalière, 10.08.09)

Ce que les indépendantes font au niveau du soutien et du conseil, ici ce n'est pas hiérarchisé non plus, on a l'autonomie, cette initiative, de pouvoir dire une chose plutôt qu'une autre, ça on a. (...) Je pense que c'est assez méconnu de l'extérieur, on pense qu'on ne fait qu'appliquer des protocoles médicaux mais c'est pas du tout le cas en tout cas au niveau des conseils et de l'information, parce que souvent on est seule avec la femme donc... (Jessica, sage-femme hospitalière, 08.09.09)

Le médecin n'est pas systématiquement avec nous pour toutes les patientes. La première fois

qu'une dame vient chez nous, le médecin voit la patiente, ça c'est clair, il doit la voir pour avoir son... son dossier... enfin son regard médical. Mais dans la pratique, la femme on commence l'entretien avec elle, nous sages-femmes, on construit le dossier, on s'entretient avec, et puis après on fait venir le médecin, on transmet ce qu'on sait de la patiente au médecin en face d'elle, et puis le médecin va compléter ce qu'il a besoin de compléter. Et puis après dans la pratique, le médecin s'en va et puis on termine le contrôle avec le rendez-vous pour la prochaine fois, etc. mais après des femmes qui sont en bonne santé, qui n'ont pas de particularités, elles sont vues juste par la sage-femme la fois suivante. (...) On a notre autonomie de la physiologie, quand tout va bien, on a une certaine marge dans notre décision à l'hôpital et puis on a une partie qui est vraiment commune avec le médecin et puis des choses où on travaille clairement sous délégation médicale. Mais on se complète, on n'est pas en dessous, moi je dirais qu'on est côte à côte. (Yvette, sage-femme hospitalière, 28.07.09)

De plus, à l'hôpital, les médecins tournent très régulièrement au sein des unités (en particulier pour les internes, qui assurent une grande partie des consultations en binôme avec la sage-femme). Ils sont souvent jeunes et encore peu expérimentés, ils arrivent parfois de pays étrangers. La sage-femme a alors un rôle primordial : c'est elle qui va guider le jeune interne, lui expliquer ce qu'il doit faire et comment fonctionne l'hôpital. Cela peut lui donner un certain pouvoir puisqu'elle peut participer à former l'esprit professionnel du médecin (en le tournant plus vers un sens physiologique par exemple). Comme ces jeunes médecins ont besoin d'elles pour comprendre comment marche le service, les sages-femmes ont plus de chances qu'en contrepartie, ils les respectent plus, suivent leurs conseils, voire accèdent plus facilement aux demandes qu'elles leur soumettent²⁸.

Il y a des internes qui arrivent toutes les années, qui tournent, donc c'est vrai que c'est pas évident, c'est vrai qu'ils viennent d'endroits très différents : la Belgique, la France, le Cameroun, on a vraiment de tous les endroits, ils ont pas forcément tout de suite une immersion dans les protocoles donc ils nous demandent énormément de conseils. (Chloé, sage-femme hospitalière, 22.06.09)

Les médecins, à cause de ce manque de temps et, pour les internes, de leur faible connaissance du service à leur arrivée, ont besoin de la sage-femme hospitalière ; ils sont dépendants de celle-ci dans une certaine mesure : c'est elle qui aura le temps d'expliquer soigneusement le suivi de la grossesse, répondra aux questions de la

²⁸ Hugues (1988) avait fait le même constat à propos des infirmières.

femme et la connaîtra ainsi mieux. Cela donne un pouvoir important aux sages-femmes. Rappelons la notion de pouvoir chez Elias (1939, 1969) qui vient parfaitement expliquer le mécanisme qui fait que ces professionnelles en sont détentrices : selon lui, le pouvoir est dans les relations sociales, il est consubstantiel, intrinsèque à toute relation humaine. Comme il l'a montré c'est aussi avec la notion d'interdépendance que la notion de pouvoir peut le mieux se comprendre : on a du pouvoir sur quelqu'un si celui-ci a besoin de nous.

On peut également comprendre le pouvoir des sages-femmes hospitalières en s'appuyant sur les analyses de Crozier et Friedberg (1991) : comme les médecins ont peu de temps, les sages-femmes prennent en charge une grande partie du suivi : ainsi, celles-ci ont des marges de liberté : elles peuvent choisir comment parler à la femme, de quoi, sur quelles questions insister, etc. Comme ce sont aussi elles qui font souvent le lien entre la femme et le médecin, elles peuvent contrôler les informations qu'elles transmettront aux médecins et qui pourraient avoir de l'influence sur certaines questions (définition d'une grossesse plutôt comme physiologique, décision de réaliser une césarienne, etc.). C'est un point qui aurait besoin, pour être consolidé, de bénéficier de la méthode de l'observation afin de pouvoir documenter la position des sages-femmes dans ces cas-ci et leur gestion de l'information, leurs choix des mots, etc. Ceci se joue en effet certainement sur de petites choses, comme la manière de choisir ses phrases.

En ce qui concerne le sentiment de reconnaissance éprouvé par les sages-femmes hospitalières, elles soulignent qu'elles se sentent reconnues par le médecin comme des professionnelles efficaces et importantes. Elles semblent entretenir avec ceux-ci de très bonnes relations et disent se considérer mutuellement comme des égaux, des collègues.

Moi je pars du principe que mes collègues [sous-entendu gynécologues] ont leurs compétences, que moi j'ai les miennes, et puis après j'ai l'impression qu'ils reconnaissent mes compétences, donc je n'ai pas de soucis particuliers. (Chloé, sage-femme hospitalière, 22.06.09)

On est aussi entendues en tant que sages-femmes. C'est pas parce qu'on est sage-femme que les médecins ne tiennent pas compte de notre avis. (Maya, sage-femme hospitalière, 30.06.09)

Pour les sages-femmes indépendantes, le fait de ne pas être directement liées à des médecins (gynécologues-obstétriciens et pédiatres) peut compliquer le suivi, en particulier quand quelque chose se passe mal. Ces professionnels se connaissent peu, et n'ont pas souvent l'occasion de travailler ensemble ; la collaboration est ainsi parfois difficile. L'indépendance a un coût.

Alors avec certains gynécologues, on collabore, bien. Y'en a quelques-uns qui adressent à une sage-femme mais ils sont très rares. Et puis certains cas où il y a vraiment un refus, comme si on marchait... ils se sentent... c'est étonnant. Très, très dépossédés de quelque chose et surtout maltraités par les femmes. Ils supportent pas l'idée qu'on puisse plus aller chez eux et pouvoir être appelés à jouer que le truc du bouche-trou. Ils disent ça très souvent, « Ouais, si c'est juste pour prescrire des comprimés de fer ! ». (...) Dernièrement ça m'est arrivé, j'ai fait cette demande, à un médecin, et puis qui s'est senti après obligé de me laisser un message-fleuve sur mon répondeur pour m'expliquer pourquoi elle ne voulait pas, mais qui m'a dit que c'était hors de question, que cette femme n'était plus sa patiente. Qu'elle ne supportait pas ce tourisme médical. [Tourisme médical ?] Oui, voilà. Elle s'est sentie maltraitée, elle s'est sentie méprisée. (Zoé, sage-femme indépendante, 13.03.09)

Il y a une liberté qui est moins grande ici parce qu'on est surveillées par les autres (gynécologues, hôpital) et par exemple on a beaucoup de peine à trouver des pédiatres qui viennent à domicile pour voir un bébé qui est né à la maison (...) Quand c'est en clinique on les appelle voilà il y a un bébé qui est né, tac, ils y vont sans problème et remplissent la feuille. Nous on demande la même chose à domicile mais (...) il y en a beaucoup qui refusent parce qu'ils ne veulent pas cautionner et je pense parce qu'il y a les collègues qui... (Virginie, sage-femme indépendante, 16.03.09)

De plus, cela procure un sentiment de non reconnaissance qui peut être un poids dans le sentiment d'appartenance à un groupe professionnel.

Les gynécologues ne se sont jamais vraiment intéressés à ce qu'on propose vraiment comme suivi, qu'est ce qu'on fait comme examens, est-ce que vraiment on fait tous les examens nécessaires (...) Il y a un manque de confiance évident. Ils pensent qu'on va oublier des choses. Ils pensent qu'il faut être médecin pour s'occuper d'une femme enceinte. (...) j'ai eu une femme ce matin, elle avait commencé son suivi chez le gynécologue et puis elle a dit au bout d'un moment « voilà, j'aimerais être suivie par une sage-femme », et il lui a répondu « mais les sages-femmes ne sont pas habilitées à faire des suivis de grossesse ». Alors une méco... soit une méconnaissance, soit une... de la mauvaise foi (Léa, sage-femme indépendante, 6.03.09).

Ce manque de reconnaissance dont parlent les sages-femmes, elles le ressentent aussi à un niveau plus global : plusieurs d'entre elles regrettent que les suivis par les indépendantes soient encore mal connus au sein de la population et qu'elles en réalisent proportionnellement assez peu.

Malheureusement, il n'y a pas énormément, en tout cas à Genève, pas énormément de femmes qui choisissent d'être suivies par une sage-femme. (...) Je pense qu'on a encore du travail à faire pour être connues. Parce que des fois c'est par hasard que les femmes... Madame x, elle a une bonne copine qui a eu une sage-femme après l'accouchement, alors elle se dit « ah bon, moi aussi j'ai le droit ! Ah, ça existe ! ah bon alors je veux ça ». Des fois c'est des rencontres comme ça, des fois les femmes tombent des nues. Le mot... elles connaissaient le mot sage-femme, mais elles voyaient pas que c'était un vrai métier à part entière. ((Elisabeth, sage-femme indépendante, 2.03.09)

Un dernier point à aborder, toujours lié à ce cadre hospitalier ou indépendant est la possibilité effective de réaliser un suivi dans son sens global.

Facilités ou freins à pratiquer un suivi global

Bien que se diriger vers un suivi global est un but commun à toutes les sages-femmes, elles n'ont pas le même degré d'exigence.

Pour l'ensemble des indépendantes, la globalité est toujours mise en avant comme une obligation, une règle à laquelle on ne peut déroger pour suivre une grossesse.

J'ai toujours suivi les couples, les familles dans cette période de la maternité de façon globale. C'était ça mon challenge. Pour moi c'était faire un suivi de grossesse, l'accouchement à domicile, la préparation à la naissance avant les soins. J'essaie de garder la même vision quand je suis quelqu'un et c'est pour cela que j'ai des habitudes « Vieille France » comme je dis. D'essayer de suivre les gens depuis le début et de refuser quelqu'un qui débarque plus tard. Moi je refuse carrément. (...). Parce que pour moi il n'y a pas cette connaissance qui permet la confiance, qui permet de bien expliquer les choses. Je veux pas débarquer dans un truc complètement rafistolé. Donc ça je sais que je suis extrêmement maniaque. C'est la maniaquerie de sage-femme. (Séverine, sage-femme indépendante, 24.02.09)

Au contraire, il est plus difficile de le réaliser dans le milieu hospitalier : les femmes ne sont pas suivies par la même sage-femme (sauf dans le cadre des consultations psychosociales) et le temps à disposition des sages-femmes hospitalières par rapport aux indépendantes est beaucoup plus réduit.

Parce que chez nous évidemment à chaque consultation les femmes voient un médecin différent, et même une sage-femme différente... elles ne tombent pas toujours sur la même sage-femme (Sara, sage-femme hospitalière, 10.08.09).

[Pour vous, quelles sont les différences entre les indépendantes et les hospitalières ?] On a peut-être cette différence c'est le temps qui nous est accordé. Une espèce de concentration où on doit se cantonner à ça, on ne peut pas faire que ça, mais on doit le faire déjà bien. (Jessica, sage-femme hospitalière, 08.09.09)

De plus, les sages-femmes hospitalières ne s'occupent pas de suivre les femmes dans tous les aspects de la grossesse : suivi, accouchement, post-partum, contrairement aux indépendantes. Même au sein du suivi de grossesse, le temps qu'elles passent avec les femmes est restreint puisque la plupart viennent à l'hôpital en fin de suivi.

On peut ajouter que les sages-femmes indépendantes ont la possibilité d'aller au domicile de la patiente, d'observer son cadre de vie, ses habitudes, etc. Les hospitalières n'ont jamais cette possibilité. Or, les indépendantes expriment généralement longuement combien cela est précieux dans leur pratique. C'est ici relié à l'histoire de la sage-femme, on retrouve l'idée d'une complicité avec les femmes, une intimité même : on rentre dans leur univers, dans leur cocon et dans leur famille.

Comme nous on va chez les gens à domicile, on peut plus voir ce petit feeling, leur autoriser des trucs que le médecin n'aurait peut-être pas pensé. On les connaît dans leur maison donc on connaît beaucoup de choses. (...) Ça c'est le côté avantageux d'aller à domicile. On voit beaucoup de choses que les autres ne peuvent pas savoir. (Virginie, sage-femme indépendante, 7.10.09)

Quand on va à domicile, de voir la personne dans son environnement, on prend conscience de certaines réalités qu'on ne peut pas voir à l'hôpital. (Maya, sage-femme hospitalière, 7.10.09)

Les sages-femmes indépendantes portent en elles et dans leur pratique de nombreux rôles différents qu'assument moins les indépendantes, à cause du cadre dans lequel elles sont prises. Les indépendantes assurent en ce sens un suivi plus global dans tous les sens du terme : temps, différents aspects, différents niveaux (social, psychologique, physique, culturel). Cet ensemble de différences crée parfois

des incompréhensions, voire de la méfiance entre ces deux catégories de professionnelles.

4.1.2.2 Entre incompréhension, méconnaissance et volonté de se différencier

Les sages-femmes indépendantes et hospitalières sont prises dans deux sphères, deux univers différents, qui se côtoient assez peu. Elles se rencontrent rarement et ont, dans l'ensemble, une vision partielle du travail de l'autre, de son quotidien et des contraintes propres qui se posent à elles.

Dans les parties précédentes, j'ai essayé de montrer que les sages-femmes construisent aussi leur identité en se définissant « par rapport à » (ou même contre) un autre groupe proche d'elles, les médecins, pour établir leur caractère unique. Il se produit le même mécanisme entre les sages-femmes indépendantes et les sages-femmes hospitalières²⁹.

Certaines sages-femmes indépendantes, auront simplement fait leurs études ici à la maternité, n'auront jamais pratiqué, ou très peu aux HUG ou en clinique, donc elles seront moins au fait de notre pratique professionnelle, de nos contraintes, de nos compétences. (Maya, sage-femme hospitalière 30.06.09)

[Est-ce que vous pensez qu'il y a beaucoup de différences entre être une sage-femme Indépendante et hospitalière ?] A la base, on a toutes la même formation, ça c'est clair. C'est le même métier mais je pense que dans la pratique il y a des choses qui sont vraiment différentes. Dans le lien, dans le suivi des patientes... dans la dimension, le temps qu'on peut accorder à une femme. (...) On est complémentaires, on a le même métier, on a le même idéal, après dans notre pratique on a chacune nos contraintes. (Yvette, sage-femme hospitalière, 28.07.09)

Je fais dans la globalité, j'ai la chance de toucher à tout. C'est aussi ce qui est motivant dans le métier de sage-femme indépendante par rapport à celui de sage-femme hospitalière, de pouvoir vraiment aller du début à la fin. (Maude, sage-femme indépendante, 24.03.09)

Cela amène, pour une partie des sages-femmes indépendantes, comme hospitalières, à une certaine incompréhension de « l'autre manière d'être sage-

²⁹ Vega (2000) avait montré le même mécanisme de mise à distance et de critique entre les infirmières « relationnelles » et « techniciennes ».

femme », on sent parfois un désir, qui se manifeste surtout du côté des indépendantes, de se différencier par le biais de la critique plus directe.

Mon hypothèse est que les sages-femmes indépendantes doivent être plus affirmées dans la définition de leur métier : elles représentent une force minoritaire, si on les compare au système hospitalier puissant, ou même aux gynécologues en ville. Défendre leur spécificité, et les bénéfices pour les femmes que représente le suivi de grossesse par une indépendante est presque une obligation. En critiquant les hospitalières pour leur manque d'autonomie par rapport au monde médical technicisé, elles se sentent renforcées dans leur statut d'indépendantes, cela venant les conforter dans leurs positions parfois difficiles à tenir.

Le statut d'indépendante est aussi différent. Nous on veut pas de patron. C'est pas comme à l'hôpital où elles écoutent sans broncher, elles sont sous les ordres du médecin. Nous on est dans un optique différente. (Virginie, sage-femme indépendante, 16.03.09)

Ce que je ressens en tout cas depuis que j'ai terminé mes études c'est que dans le cadre de son travail d'hospitalière, la sage-femme est très peu indépendante. C'est vrai qu'on a une grande part de notre métier qui nous permet d'être autonome, voire de gérer la physiologie par nous-mêmes. A l'hôpital, j'ai l'impression que la physiologie perd du terrain, donc forcément le rôle de la sage-femme, perd du terrain également. (Léa, sage-femme indépendante, 6.03.09)

Les sages-femmes hospitalières sont de fait légitimées par l'institution hospitalière à laquelle elles sont rattachées et bénéficient de son rayonnement prestigieux. En ce sens, elles sont plus libres puisqu'elles peuvent avoir le choix de militer ou pas, de s'engager pleinement, ou de faire simplement leur travail.

[Est-ce que vous sentez une évolution de votre métier de sage-femme depuis quelques années à Genève ?] Alors une évolution oui, on s'efforce, enfin on se bat pour ça. Après bon ça dépend aussi de la personnalité de chacune et les envies de chacune. On peut très bien rester à des protocoles. (Chloé, sage-femme hospitalière, 22.06.09)

Les sages-femmes indépendantes n'ont pas le choix, et elles le disent clairement. Leur statut implique de fait une militance, un combat, une implication qui dépasse le niveau professionnel : on ne compte pas ses heures, on peut être appelée au milieu de la nuit si un accouchement s'annonce, on doit promouvoir activement son activité, la défendre aux yeux des médecins, des femmes, voire de son entourage. En

somme, les indépendantes m'ont confié qu'on ne peut pas se laisser porter simplement dans ce métier, il faut être active, engagée, persévérante.

Nous en tant que sages-femmes extérieures, on a toujours essayé de soulever le lièvre, de renforcer les femmes, de créer des groupes... les patientes se sont mises en groupe pour revendiquer des choses, et ça, ça a fait avancer bien sûr. Ça c'est partout, en Europe, les sages-femmes... moi je fais des congrès mondiaux de sages-femmes européennes, vraiment on a toujours essayé de mettre le bâton dans la fourmilière pour que ça réveille un peu. (Séverine, sage-femme indépendante, 24.02.09)

Quand on est indépendante, quelque part on est de toute façon un petit peu dans le combat. (Rire), c'est pas une profession très passive. On doit convaincre, on doit donner confiance (...) Je crois que c'est une histoire de conviction. Si je pense à mes collègues de l'Arcade, je ne vois pas qui n'est pas militante à quelque part. Aussi parce que c'est une profession qui demande beaucoup de disponibilités. Il n'y a pas d'horaires, on est difficilement à savoir ce qu'on va faire le lendemain, y a pas forcément de week ends, y a pas forcément non plus toutes les nuits où on va se coucher et on sait qu'on dort toute la nuit. Donc c'est déjà un métier où l'engagement est tellement grand que c'est difficile de ne pas être militant (Rire). (Maude, sage-femme indépendante, 24.04.09)

A ce propos, certaines d'entre elles se disent fatiguées, voire lassées par une impression d'aller sans cesse à « contre-courant » et de devoir se battre pour maintenir la place de leur métier dans les soins entourant la grossesse.

J'ai l'impression par moment... ça m'épuise. Parce que j'ai tellement de convictions contraires à ce que je vois que j'ai l'impression de travailler pour une minorité (...) Quand on est convaincue de quelque chose dans un monde comme aujourd'hui, il faut s'accrocher. Alors en plus en faisant un accouchement à domicile, on est vraiment le saumon qui remonte le courant en sens inverse. Donc il faut être prête à s'en prendre plein la figure. (Elisabeth, sage-femme indépendante, 2.03.09)

Bien sûr ce qui est presque un « dévouement » dans certains cas peut être aussi valorisant. On peut reprendre ici les travaux de Pouchelle (2008) qui montre que la difficulté du métier de chirurgien (accumuler un nombre d'heures de travail élevé, ne pas avoir véritablement d'horaires, quitte à sacrifier sa vie de famille, etc.) en fait aussi son prestige et lui donne sa valeur « héroïque ». Même si je n'irai pas aussi loin pour les sages-femmes, le mécanisme est le même.

Les sages-femmes indépendantes qui ont fait le choix d'affirmer leur identité et de revendiquer leur autonomie en paient souvent le prix (manque de reconnaissance du

milieu médical, difficulté à collaborer avec les médecins, « suivi confidentiel », etc.). Cependant, elles font aussi part de leur passion à exercer ce métier ainsi que de la reconnaissance qu'elles reçoivent des femmes. Au contraire, les sages-femmes hospitalières sont plus facilement légitimées du fait de leur appartenance au monde médical, plus reconnues par les médecins et touchent plus de femmes enceintes, mais elles en paient aussi le prix (perte de temps dans l'administratif, moins de grossesses physiologiques en proportion, etc.).

Pour résumer les résultats sur la question de l'autonomie, j'aimerais citer Freidson... et prendre de la distance par rapport à son analyse.

On aura compris qu'un métier a d'autant plus de chances d'évoluer vers son autonomie fonctionnelle qu'il peut opérer à l'extérieur des organismes, notamment de ces institutions très organisées du point de vue médical que sont les cliniques et les hôpitaux (Freidson 1984 : 66-67).

En effet, même si les sages-femmes indépendantes peuvent sembler plus facilement libres que les hospitalières (puisqu'elles évoluent professionnellement dans une distance plus grande des médecins, dans un milieu moins technicisé, protocolaire et hiérarchique), ce n'est pas toujours observable dans la réalité puisque ces dernières ont aussi de grandes zones d'autonomie à l'hôpital comme nous l'avons vu. De plus, tout comme les infirmières, elles ont leur propre hiérarchie (elles sont sous la responsabilité d'une sage-femme, et non pas d'un médecin) et même leurs propres protocoles (élaborés par des sages-femmes, parfois en collaboration avec des médecins). Enfin, elles rencontrent beaucoup plus de femmes enceintes. Le métier de sage-femme étant encore assez peu connu et reconnu à Genève, en particulier dans sa pratique indépendante, le fait de ne plus appartenir du tout à l'institution hospitalière pourrait risquer de rendre encore moins visible ce métier. L'hôpital est aussi le lieu où la pratique de sage-femme peut se développer et où leurs valeurs professionnelles peuvent s'exprimer et participer à transformer la vision médicale de la grossesse.

Maintenant que j'ai montré les différences, parfois profondes, qui existent entre les sages-femmes indépendantes et les hospitalières, je vais dépasser ce résultat pour montrer que des fractures identitaires peuvent aussi s'observer au sein même de la

figure d'indépendante ou d'hospitalière, qui s'articulent en particulier autour de leurs rapports aux risques, à la médecine et à la technique.

4.2 Entre dépendance et autonomie face aux risques, aux médecins et à la technique : sage-femme équilibriste ou exclusive ?

« [La conduite humaine] est toujours l'expression et la mise en œuvre d'une liberté, si minime soit-elle. Elle traduit un choix à travers lequel l'acteur se saisit des opportunités qui s'offrent à lui dans le cadre des contraintes qui sont les siennes (...) Une situation organisationnelle donnée ne contraint jamais totalement un acteur. Celui-ci garde toujours une marge de liberté et de négociation. Grâce à cette marge de liberté (...) chaque acteur dispose ainsi de pouvoir sur les autres acteurs (Crozier et Friedberg 1977 : 45-46)

Pour aborder la question de l'autonomie des sages-femmes face aux risques, aux médecins et à la technique, j'aimerais m'appuyer sur le concept de l'idéal-type emprunté à Weber.

On obtient un idéal-type en accentuant unilatéralement un ou plusieurs points de vue et en enchaînant une multitude de phénomènes donnés isolément, diffus et discrets, que l'on trouve tantôt en grand nombre, tantôt en petit nombre et par endroits pas du tout, qu'on ordonne selon les précédents points de vue choisis unilatéralement, pour former un tableau de pensée homogène. On ne trouvera nulle part empiriquement un pareil tableau dans sa pureté conceptuelle : il est une utopie. (Weber 1992 : 172-173)

L'analyse du corpus montre qu'il existe deux figures de sages-femmes, qui ne sont pas uniquement déterminées par leur statut hospitalier ou indépendant. Je les ai appelées « équilibriste » et « exclusive ». Elles s'articulent autour de leurs rapports différents aux risques, à la technique et à la médecine. Celles-ci sont deux catégories conceptuelles qui aident à l'analyse mais qui ne seront jamais présentes complètement et en tant que telles dans la réalité³⁰.

³⁰ Même si les sages-femmes hospitalières se retrouveront plus facilement dans la figure « équilibriste » et les indépendantes dans celle de « l'exclusive », la réalité n'est pas aussi tranchée. De plus, je n'ai pas identifié clairement d'autres paramètres qui détermineraient l'appartenance à l'une ou l'autre figure. L'âge des sages-femmes semble jouer un certain rôle, mais il reste minime. Celles qui ont une plus longue pratique semblent plus tendre vers la figure de l'exclusive et les plus jeunes, socialisées dans leurs études différemment (plus de place aux techniques, à la médicalisation, voire à la spécialisation), vers la figure équilibriste. Malgré cela, j'ai tout de même rencontré des sages-femmes jeunes plus du côté de la figure « exclusive », et inversement.

J'ai choisi l'image de « l'équilibriste » car c'est une sage-femme qui est en équilibre entre le monde médical et celui des sages-femmes, ne gardant que le meilleur des deux et équilibrant leur utilisation pour gagner en autonomie, en pouvoir et en légitimité. Le deuxième idéal-type que j'ai construit est très différent, c'est la figure de la sage-femme « exclusive ». Celle-ci est plus radicale, son monde est uniquement celui qu'elle définit comme appartenant traditionnellement à la sage-femme. C'est en se démarquant que la sage-femme « exclusive » veut acquérir son autonomie et sa force.

Après avoir explicité dans le détail les caractéristiques des deux modèles, j'essaierai de démontrer que chacune des deux figures a réussi à s'attribuer des zones de pouvoir et d'autonomie.

4.2.1 Rapport aux risques et à la médicalisation

La pente naturelle du risque est de proliférer partout ; le risque à un mode d'existence allusif ; à la fois présent et absent, il se loge en toute chose. Même celle qui, en apparence, semble la plus innocente. (Ewald 1986 : 20)

Cette citation de Ewald concernant l'expansion du risque et qui rejoint l'idée de Beck (1986) d'une « *société du risque* », reflète ce que perçoivent et expriment les sages-femmes par rapport à la grossesse, considérée uniquement sur une échelle de risque.

Celles-ci placent le fait de s'occuper de la physiologie comme un des éléments les plus centraux dans leur identité de sage-femme. Cependant, face à la médicalisation et au développement du risque associé aux grossesses, les sages-femmes sont prises entre deux positions : elle peuvent s'opposer fermement à ce mouvement, défendre le principe de base qu'une grossesse est *a priori* naturelle et physiologique et non pas pathologique (les sages-femmes « exclusives »). Elles peuvent aussi accepter cette évolution, s'y adapter d'une certaine manière et intégrer le risque à leur pratique (les sages-femmes « équilibristes »). En clair, toutes ont comme base de travailler autour des grossesses physiologiques. Ensuite, deux cas se posent :

celles qui se cantonnent à cela et le défendent, et celles qui, tout en n'abandonnant pas la physiologie, travaillent aussi autour des grossesses pathologiques.

La sage-femme « exclusive » se bat pour dire que la grossesse doit d'abord être vue comme physiologique tant que rien n'est venu indiquer que l'on pourrait se trouver dans un cas pathologique. Elle adopte ainsi un discours critique à l'égard des médecins qui partiraient du principe qu'une grossesse est *a priori* un évènement risqué, suspect, potentiellement pathologique.

Notre préoccupation c'est tout le temps de rester dans ce qui est normal. De privilégier ça. Un médecin va détecter ce qui ne va pas, un médecin est là pour traiter la maladie. Donc c'est vraiment une approche complètement différente au départ. Et un médecin va chercher ce qui va pas. Alors que moi comme sage-femme je vais chercher ce qui va bien. (...) Je prêche pour ma paroisse, je pense que chaque femme devrait avoir une sage-femme en priorité parce que la grossesse par essence c'est physiologique. Mais bon, là on entre dans des considérations qui sont et politiques et économiques (Rire). (Maude, sage-femme indépendante 24.03.09)

Nous on regarde les choses du côté de la physiologie, en disant tout va bien, on va encourager la dame dans tout ce qui va bien, on va juste être attentif aux risques mais sans trop le dire, pour pas générer de la pathologie. Le médecin il va avoir le côté opposé, il va prendre sa liste de risques (rire) et puis il va les prendre l'un après l'autre pour les éliminer petit à petit. (Virginie, sage-femme indépendante, 16.03.09)

Je pense que la vision médicale, quand je dis médicale, c'est la vision des médecins, confrontée continuellement à la pathologie, elle a contaminé le regard qu'on peut avoir sur la maternité. (Malika, sage-femme indépendante, 5.03.09)

La sage-femme « exclusive » montre pourtant que les conséquences peuvent être importantes, voire dangereuses pour la mère et le fœtus à cause du stress et des angoisses que cette définition de la grossesse peut entraîner.

C'est déjà sur une échelle de risque. On ne parle que en terme de risques. On n'a pas du tout une politique, c'est carrément une politique, de voir la grossesse comme avant tout normale. On est avec nos armées prêtes à attaquer l'ennemi. Alors des fois on a des artefacts d'ennemis. Paf on attaque, paf on fait ci on fait ça. Il y a peut-être un facteur aujourd'hui qui pourrait peut être potentialiser le nombre de femmes à risque c'est le stress. Parce que moi je pense que par le stress, il y a beaucoup de pathologies, de retards de croissance, d'accouchements prématurés. (Elisabeth, Sage-femme indépendante, 2.03.09)

De plus, la potentialité de la pathologie, son risque, qui plane à tout moment autour de la grossesse aurait pour conséquence (ou pour fonction) d'exercer un contrôle social sur la femme et son fœtus. Le médecin ou plus largement la médecine sont suspectés d'insister sur les risques pour garder leur contrôle sur les femmes, justifier la surveillance technique et médicale de la grossesse auprès des futurs parents, et donc diminuer l'autonomie de la sage-femme. Par le biais de l'utilisation de la technique, les femmes seraient maintenues dans un asservissement au pouvoir médical.

On est beaucoup dans la peur aujourd'hui, extrêmement dans la peur. Ce qui maintient la population dans la soumission. Donc c'est une forme de manipulation qui ne s'applique pas pour moi qu'au milieu de la santé mais qui est bien présent dans le milieu de la santé. (Elisabeth, sage-femme indépendante 2.03.09)

Les sages-femmes « exclusives » insistent pour dire que la distinction entre grossesse physiologique et pathologique est aisée à faire. Il y a des critères précis, stables et facilement identifiables. On ne peut donc pas invoquer une difficulté de classification pour justifier de considérer certaines grossesses-limites comme pathologique par « principe de précaution ».

[Comment on fait la distinction entre une grossesse pathologique et physiologique ?] Ben on a des critères... soit par le biais d'exams cliniques qui vont nous dire si la situation est normale ou anormale. (...) ce sont des critères établis. On va dire, c'est normal ou c'est pas normal. (Zoé, sage-femme indépendante, 13.03.09)

Les sages-femmes de type « équilibriste » sont au contraire plus nuancées, plus contradictoires aussi. Effectivement, nous avons vu dans une première partie que l'essence même du métier de sage-femme, sa spécificité, est d'être une « gardienne de la physiologie ». Ces sages-femmes gardent cela en tête et dans leur pratique, elles le mentionnent d'ailleurs parfois au cours de l'entretien. Cependant, au quotidien, elles prêtent également de l'intérêt aux grossesses à haut risque, dont elles peuvent aussi s'occuper. Cette catégorie est plus naturellement investie par des sages-femmes hospitalières puisqu'elles travaillent dans un milieu qui accueille beaucoup ce type de grossesses.

Je trouve extraordinaire parce qu'on voit vraiment de tout. On a la physiologie qui est quand même la base de notre métier de sage-femme mais on a aussi toute la pathologie autour de la grossesse et du nouveau né. (Chloé, sage-femme hospitalière, 22.06.09)

Le regard de ces sages-femmes est plus proche de celui du médecin dans le sens où elles considèrent la grossesse sur une échelle de risques. La médicalisation ne s'oppose pas à leur pratique et à l'importance qu'elles donnent à la physiologie, elle leur permet simplement de l'encadrer en prévenant la pathologie plus efficacement.

[Est-ce que vous pensez qu'il y a plus de grossesses à risque aujourd'hui ?] Grossesses à risque... ben toutes les grossesses sont à risque. Après, il y a des grossesses plus à risque que d'autres. (Yvette, sage-femme hospitalière, 28.07.09)

Elles attendent l'accouchement pour pouvoir dire si la grossesse était effectivement à risque ou pas, dans l'idée qu'on ne peut jamais être sûr du statut de la grossesse. En ce sens, la sage-femme équilibriste montre qu'il est difficile de faire la distinction entre une grossesse à risque ou pas, qu'il est nécessaire de rester très prudent, un peu en état d'alerte. Pour elles, on ne peut être vraiment fixé sur le statut d'une grossesse qu'une fois celle-ci menée à son terme. C'est-à-dire, après la naissance du bébé.

On ne peut pas prévoir une issue, même pour une grossesse qui se déroule bien. (...) donc je crois qu'il faut rester très ouvert et même quand les patients disent « ouais, mais vous dites que c'est un risque la grossesse », je dis « ben oui, quand vous traverser la route, c'est aussi un risque » (Séverine, sage-femme indépendante, 24.02.09).

[Et est-ce que vous faites facilement cette distinction entre la pathologie et la physiologie ?] C'est pas évident du tout. C'est pas évident du tout ! parce qu'il y a... des fois il y a des symptômes, des raisons physiques qui nous font dire que c'est normal, que c'est lié à la grossesse, les douleurs dorsales, les maux de têtes (...) mais avec les hormones en même temps, on peut être dans tout autre chose. (Anna, sage-femme hospitalière, 25.06.09)

Le rapport différent qu'entretiennent les sages-femmes exclusives ou équilibristes avec la médicalisation et les risques qui entourent la grossesse se traduit aussi dans leurs relations aux techniques. La sage-femme exclusive privilégiera l'utilisation de ses mains à celle de la machine...

4.2.2 Des machines ou des mains ?

La sage-femme du type « exclusif » est critique à l'égard de la technique, elle préfère privilégier les outils « traditionnels » de la sage-femme (mains, écoute, relationnel).

La sage-femme de type « équilibriste », tout en ne rejetant pas ces outils, est prête à se spécialiser, à s'intéresser à la technique et à l'utiliser directement.

La sage-femme « exclusive » interprète la notion de « globalité » dans le suivi de grossesse de la manière la plus poussée qui soit. Elle se consacre presque toute entière à son métier, corps et âme, sans contraintes d'espace ou de temps. Elle se rattache à l'histoire de la sage-femme qui avait vraiment un rôle social fort et indispensable dans les villages (Dubesset 1995). Celle-ci érige le moins possible de barrières entre la femme et elle, elle reste disponible presque à tout moment du jour et de la nuit. La seule limite que s'impose la sage-femme « exclusive » (qui est une obligation légale) est de se référer à un médecin si des éléments pathologiques apparaissent dans la grossesse. Tant que les demandes de la femme restent dans un cadre physiologique, la sage-femme accepte de les prendre en charge.

Il y en a certaines qui pensent qu'on n'est pas des assistantes sociales. Il y a les assistantes sociales pour le social et les sages-femmes pour d'autres choses. Pour moi, ça fait intégralement partie de mon travail. Et quand je parle d'accompagnement, je dirais encore que ce n'est pas seulement voir la femme à intervalles réguliers mais c'est proposer une disponibilité. J'ai envie de dire avec des limites très, très éloignées. C'est-à-dire, je vais pas dire sans limites mais autrement on va dire « mais tu es comme une bonne sœur ! », mais c'est un peu ça. C'est-à-dire que la femme doit accéder à la sage-femme sans aucun obstacle, ni de téléphone, ni de répondeur, ni d'horaire. Elle doit oser s'adresser à la sage-femme n'importe quand (Malika, sage-femme indépendante, 5.03.09).

Pour réaliser un suivi de grossesse vraiment dans sa globalité, la sage-femme exclusive se tourne vers le relationnel, l'écoute, et l'utilisation d'outils simples (mains, appareils ne nécessitant pas une technologie poussée). Cela l'est d'autant plus que c'est ce qui fait sa spécificité par rapport aux médecins.

Et puis je pense que la deuxième grande différence entre le médecin et la sage-femme c'est l'accès au corps. A chaque consultation, ils font un tour du ventre avec leur machin, avec leur sonde et puis ils ont tous les éléments qu'il leur faut. Nous on se sert de nos mains. (...) Ils ne font même plus les touchers vaginaux avec les doigts, ils le font avec des sondes maintenant. [Ok, donc le contact corporel...] Il est que médical, que par des machines. Ça je pense que dans l'inconscient collectif, ça va faire des changements (...) l'échographie... moi je serais bien embêtée avec une sonde (...) Dans la reconnaissance de la personne, de qui je suis, c'est pas la même chose d'avoir une main délicate sur un ventre que d'avoir une machine avec du gel froid qui se pose sur le même ventre. Mais ça va toucher des parties

inconscientes. (Elisabeth, sage-femme indépendante, 2.03.09)

Il faut préciser que sage-femme exclusive ne veut pas dire « archaïque ». Je n'ai jamais rencontré une sage-femme qui m'ait déclaré vouloir abolir toute forme de technique (dépistage par des examens ou échographies) autour du suivi de grossesse. Néanmoins, ces sages-femmes sont vigilantes par rapport à la technique, veillant à limiter ses effets néfastes sur les femmes et le suivi de grossesse.

C'est toujours la sage-femme qui va faire la perception des contractions à la main, avec les yeux. La machine elle ne peut pas. Nous on se méfie aussi des machines. (Anna, sage-femme hospitalière, 25.06.09)

De plus, elles en montrent les effets pervers, comme celui d'inquiéter les parents (souvent inutilement), notamment quand ceux-ci sont dans l'attente de résultats de tests.

Contrairement à ce qui était attendu, l'hyper médicalisation est allée trop loin et elle angoisse. Quelque part les gens pensent être rassurés et en fait ça les angoisse. Parce qu'ils veulent des tests, mais les tests il faut attendre les résultats, on ne les a pas du jour au lendemain. Et si on fait ce test, mais ce test là, peut-être qu'on va pouvoir en faire un autre finalement pour affiner ou pour... donc ils sont pris dans un truc... le diabète, la trisomie... euh... on est beaucoup dans la peur aujourd'hui (...). (Elisabeth, sage-femme indépendante 2.03.09)

Pour certaines, je pense qu'on ne fait pas tellement de bien avec tous nos examens. Il y en a qui ne se posent pas la question, elles se disent « ça va aller, ce bébé va bien, qu'est-ce-que vous voulez faire comme contrôle ! » (Yvette, sage-femme hospitalière, 28.07.09)

Une autre source d'angoisse peut être directement liée à la notion de risque et de probabilité introduite par l'utilisation de la technique. Les parents sont parfois dans une situation où ils doivent décider de prendre un risque ou un autre. Par exemple, le résultat du double test ne donne pas un diagnostic mais une probabilité : si la probabilité d'avoir un enfant trisomique pour la femme est grand, elle doit alors faire la balance des risques entre l'amniocentèse (qui donne un diagnostic et permet d'avoir la certitude de porter ou non un enfant trisomique mais comporte des risques de fausse couche), ou l'attente de la naissance (avec la possibilité qu'on lui annonce que son bébé est trisomique).

Ces risques, ces chiffres... oui elles entendent des chiffres mais je ne sais pas si elles savent quoi en faire. Des fois elles se trouvent devant une sorte d'impasse : là il y a danger, là il y a

danger, « je fais quoi moi ! » (Yvette, sage-femme indépendante, 28.07.09)

Un autre effet pervers est celui de dire qu'« à force de chercher, on va trouver ». L'idée est que certains examens risquent de révéler des éléments qui n'auraient pourtant pas de conséquences sur le déroulement de cette grossesse. Cependant, dès qu'on découvre quelque chose jugé « anormal », on met en place d'autres examens, on prescrit des médicaments... ce qui peut avoir des effets négatifs sur le processus de la maternité.

[Les examens], ça stresse et ça peut créer de la pathologie aussi... Ça c'est notre point de vue à nous (rire). Eux [les gynécologues] ils amènent une peur, ils amènent un truc qui n'est pas naturel. (...) Des fois peut-être qu'on voit trop de choses. On fait beaucoup plus de césariennes maintenant parce qu'on voit cette cicatrice très fine avec l'échographie. Alors qu'il y a eu plein d'autres césariennes avant et les femmes accouchaient normalement après une césarienne et peut-être qu'elles avaient une cicatrice très fine mais cela tenait. Tandis que maintenant ils osent plus donc ils font plus de césariennes, parce qu'il y a cette cicatrice qui est trop fine, parce qu'ils ont vu ça alors maintenant ça fait peur (rire). (Virginie, sage-femme indépendante, 16.03.09)

Il y a beaucoup de grossesses à risques mais parce qu'on les détecte. Si on ne les détecte pas, il n'y a pas de risques ! (Malika, sage-femme indépendante, 5.03.09)

La sage-femme « équilibriste » a une position différente par rapport à la technique. Bien qu'elle ne rejette pas les outils spécifiques de la sage-femme, elle ne refuse pas non plus d'utiliser elle-même la technique, la science, qui l'aident beaucoup dans son suivi, qui ont une place importante et valorisée. Cela permet de détecter efficacement des pathologies et donc d'avoir une plus grande chance de les traiter rapidement, pour la sécurité de la mère et du fœtus. C'est aussi un moyen pour la sage-femme de se rassurer et de confirmer que la grossesse se déroule de manière « normale », naturelle.

Être sage-femme... alors... être sage-femme c'est... c'est accompagner la femme dans son devenir mère, dans ses premiers moments comme maman et puis c'est allier la science et l'humain. (Yvette, sage-femme hospitalière, 28.07.09)

[Les examens] ça aide à dépister, ça aide à prévenir, ça aide à savoir le pourquoi. Une dame qui a un petit bébé il faut la surveiller différemment, une dame qui saigne. Il y a des signes d'appel qu'on essaie de voir. Et ces signes d'appel c'est important qu'on les ait à travers les examens. (Alice, sage-femme hospitalière, 24.06.09)

Elle se représente aussi le fait que c'est un bénéfice pour les femmes. En effet, celles-ci seraient souvent demandeuses de plus d'examens ou d'échographies en particulier, la technologie médicale venant les rassurer sur la santé de leur futur bébé.

Elles disent : « moi je vais chez le gynécologue pour les... pour la technologie, l'échographie, etc ». (...) Les femmes elles sont toutes contentes parce que tout le monde veut voir son bébé et lui faire un petit coucou et voir qu'il va bien. Donc elles vont vraiment pour le côté technique. (Stéphanie, sage-femme indépendante, 9.03)

Une dernière remarque peut être faite : dans la première partie du travail, j'ai montré que pour une sage-femme hospitalière, la pratique du « suivi global » n'est pas la normalité. Cependant, il existe une petite frange des sages-femmes hospitalières qui ont réussi à maintenir un certain sens global du suivi. En effet, dans les consultations psychosociales, les femmes sont reçues à un stade précoce de la grossesse (souvent envoyées par leur gynécologue) et suivies généralement par la même sage-femme. A l'autre extrémité, il existe des sages-femmes hospitalières qui apprécient de se spécialiser dans un domaine. Elles apprécient le cadre hospitalier, médical et technique et le fait de s'occuper aussi de grossesses pathologiques.

C'est notre choix de se dire « moi je préfère avoir une activité indépendante et puis m'occuper de situations moins techniques, moins compliquées, moins complexes ». Je pense que c'est un choix personnel. C'est clair qu'on n'est pas tous les jours satisfaits des conditions ou du travail que l'on fait à l'hôpital, je pense que c'est normal. Mais malgré tout on s'y retrouve. C'est un choix que j'assume, de travailler dans une grande structure médicale. J'y trouve mon compte. (Maya, sage-femme hospitalière, 30.06.09)

Cette vision différente de la technique portée par les sages-femmes « exclusives » et « équilibristes » renvoie aussi directement à leur perception du monde médical.

4.2.3 Une vision du monde médical sous plusieurs angles

De nombreux éléments ont déjà été apportés pour qualifier les relations qu'entretiennent les sages-femmes « équilibristes » et « exclusives » avec le monde médical. Je les rassemblerai ici afin de conclure dans la partie suivante (4.2.4) sur la liberté et le pouvoir que détiennent ces deux figures.

Les sages-femmes « exclusives » se sentent en concurrence avec les médecins. Elles ont besoin de les mettre à distance, de montrer leurs spécificités, leurs particularités... donc leur utilité en tant que professionnelles. Elles grossissent parfois le trait dans le but que l'on comprenne bien leurs différences. Elles sont particulièrement critiques à l'égard du monde médical qu'elles accusent de toute-puissance, de paternalisme, d'être source de stress par rapport à la manière de présenter les examens, d'avoir une vision déformée de la grossesse (pathologique). Elles font également part de leurs nombreuses difficultés à collaborer avec les médecins (qui se sentiraient trahis quand une femme choisit de faire son suivi avec une sage-femme et pas avec eux).

Les sages-femmes « équilibristes » jouent beaucoup sur la collaboration avec les médecins. Elles montrent que celle-ci se passe très bien et est particulièrement enrichissante et nécessaire, pour l'un comme pour l'autre. Il n'y a pas, ou peu, cette notion de concurrence.

La plupart des écrits scientifiques consacrés aux sages-femmes montrent les rapports ambigus, conflictuels, et en tout cas toujours compliqués et faits de nombreux dilemmes, qu'entretiennent les sages-femmes avec le processus de médicalisation de la grossesse. Desaulniers écrit à ce propos :

Ce savoir scientifique semble peu compatible avec le savoir traditionnel des sages-femmes, auquel il ne reconnaît a priori aucune valeur et légitimité. De plus, les sages-femmes ayant entretenues les plus grandes réserves vis-à-vis du type d'approche scientifique et technique de la naissance, se sont définies professionnellement en opposition à cette approche. Elles reconnaissent toutefois qu'elles doivent avoir un savoir biomédical, mais pas une culture médicale, ni dans leurs croyances ni dans leurs pratiques, qui les placent en dehors d'une acceptation idéologique du savoir scientifique. (Desaulniers 2003 :135)

Cette approche me paraît particulièrement intéressante et sans doute parlante pour une grande partie des sages-femmes, en particulier pour le type « exclusive ». Effectivement, bien que celles-ci ne rejettent pas totalement la médecine et ses techniques de pointe, elle s'en méfient et gardent une pratique et des valeurs éloignées de ce monde.

Cependant, cette analyse me semble écarter une réalité différente vécue par une partie des sages-femmes (figure de l'« équilibriste ») : certaines parviennent à faire

la synthèse entre leur propre culture professionnelle (et traditionnelle) de sage-femme (approche globale, importance de la physiologie, prise en compte du psychosocio-culturel, utilisation des mains) et une culture médicale (qui implique la prise en charge de la pathologie et donc la proximité avec des techniques de pointe).

Je n'ai pas posé directement des questions sur la culture professionnelle dans les entretiens, choisissant plutôt d'interroger les sages-femmes sur leur pratique quotidienne. C'est en étudiant le quotidien qu'on voit finalement que certaines font avec aisance la synthèse entre le monde médical (des médecins) et paramédical (des sages-femmes), elles jonglent avec les outils, collaborent avec les médecins. Leur identité professionnelle de sage-femme se transforme mais ne disparaît pas pour autant.

Cela est d'autant plus vrai que la culture médicale s'ouvre aujourd'hui à certaines valeurs professionnelles défendues par les sages-femmes. Je fais ici référence à la reconnaissance de la nécessité de se préoccuper des aspects psychosociaux qui entourent la patiente. Ainsi, des consultations psychosociales hebdomadaires ont été mises en place par un médecin à l'hôpital. Elles sont menées par des équipes pluridisciplinaires dans lesquelles médecins et sages-femmes ont conjointement leur place (et sont accompagnés par des psychologues et des assistantes sociales).

La différence, elle est par exemple arrivée avec cette consultation psychosociale organisée maintenant depuis 2003, donc on voit bien comme c'est peu ancien. (...) Là, les médecins créent une consultation qu'ils appellent psychosociale c'est-à-dire qu'ils s'entourent de tous les intervenants autre que le gynécologue dans cette situation, en disant là il y a besoin d'entourer parce que l'arrivée de ce bébé va bouleverser... donc je trouve que eux ont développé cette approche qui n'était pas du tout avant. (...) Par exemple la consultation pour le diabète existe depuis très longtemps, mais on voit que le diabète c'est une pathologie médicale. Tandis que la consultation psychosociale elle est beaucoup plus jeune en âge. Mais ça, ça a été quand même créé par un médecin et insufflé par assistantes sociales, psychologues et sages-femmes [Est-ce que ça signifierait que les médecins étaient plus portés vers les choses médicales et qu'ils vont aussi peu à peu plus vers justement des aspects psychosociaux...] Ah oui, ah oui, je pense, oui, vraiment. Bon le médecin qui a ouvert ça... bon maintenant elle est partie, mais il y a eu un relais, maintenant c'est une autre qui l'a encore plus développé... et elle est allée se former avec un pédopsychiatre... pour dire un gynécologue qui va se former avec un pédopsychiatre donc... (...) Et je pense que ça existe un peu partout parce qu'on est allé à Sion, à Lausanne (...) et le médecin obstétricien se déplace aussi, c'est-à-dire que c'est pas seulement une histoire de sage-femme et

J'ai apporté dans cette partie des éléments sur les rapports qu'entretiennent les sages-femmes « exclusives » et « équilibristes » aux risques, à la médicalisation et aux médecins. A partir de là, comment caractériser leurs sources de pouvoir, d'autonomie et de reconnaissance ? Quelles sont les stratégies qu'elles adoptent pour défendre leur identité professionnelle ?

4.2.4 Liberté, autonomie et reconnaissance. Pour qui, comment ?

La littérature suggère que les sages-femmes sont dans une situation périlleuse, à un tournant de leur histoire et que continuer à exister malgré ces changements devient de plus en plus difficile.

D'une part, l'augmentation de la technique et la médicalisation diminueraient l'autonomie, la légitimité et l'autorité des sages-femmes (Devries 1993 :133, Schweyer 1996 : 68). On retrouve la même idée chez Lert à propos des infirmières (1996 : 104). Ces auteurs rejettent l'idée qu'une meilleure maîtrise de la technique peut correspondre à une avancée pour les sages-femmes.

D'autre part, comme le nombre d'hospitalières a augmenté depuis plusieurs dizaines d'années au détriment des indépendantes, ce ne serait pas non plus en faveur de l'autonomie et de la place centrale de cette profession dans le suivi de la grossesse (Bessonart 1992 :80, Schweyer 1996 :68). La sage-femme n'étant alors qu'une intermédiaire entre le médecin et le patient, un relais pour l'organisation (Lert 1996 : 114). Selon Lert, pour être autonomes et reconnues, les infirmières doivent s'attacher à défendre un rôle d'approche relationnel global, se distinguant ainsi des médecins intéressés uniquement par les actes, la pathologie et les prescriptions.

Les sages-femmes qui sont tenues de travailler en collaboration directe avec des médecins, en particulier au sein d'une institution hospitalière, seraient forcément dans une place difficile, les médecins leur laissant tout le « sale-boulot » au sens de Hugues (1986), c'est-à-dire toutes les activités qu'ils jugent les moins valorisantes. On l'aura sans doute déjà compris, je prendrai le contre-pied de ces raisonnements.

D'abord, la collaboration avec le médecin qui est plus fréquente, acceptée et valorisée par les sages-femmes « équilibristes » peut être un avantage, au lieu d'une pénalité. Être un relais, une intermédiaire entre la femme et le médecin, donne un certain pouvoir à la sage-femme. En étant directement au contact des médecins, elle peut négocier avec eux, faire respecter plus largement son autonomie de sage-femme et faire que ses buts (défense de la physiologie, prise en compte de la psychologie de la patiente, etc.) soient largement réalisés. Freidson avait proposé les mêmes conclusions à propos des infirmières :

Il est donc certain que sa position (d'infirmière) n'est pas aisée du fait qu'elle est à la croisée de points de vue antagonistes, mais aussi elle lui donne la possibilité de faire pencher la balance des forces en infléchissant le résultat des négociations entre malades et personnel. (Freidson 1984, 134-135)

Cette citation extraite des entretiens illustre cette situation :

Ça arrive que le médecin soit inquiet pour un paramètre et que nous on le soit moins. Et notre art c'est d'argumenter notre position sur des éléments concrets. On a une part dans certaines décisions, on peut donner notre avis, c'est à nous de prendre aussi cette place, de dire non mais dans ce cas là, je pense que cette femme elle est consciente de ce qu'elle fait. (...) mais chaque fois qu'on veut faire ça on va jamais réussir à discuter avec un médecin si on lui parle de notre feeling, ou de notre impression. Oui, on a un feeling, une impression mais on a aussi des éléments. Des éléments médicaux, des faits, des choses qui peuvent venir soutenir ce qu'on dit. C'est faire que son regard il s'élargisse un peu, et puis que finalement la prise de décision elle soit plus nuancée. (Yvette, sage-femme hospitalière, 28.07)

Si elle peut négocier effectivement, c'est qu'il existe toujours une marge d'appréciation laissée aux professionnels. On retrouve ici les apports de Strauss sur la négociation. Ses conclusions sont d'autant plus pertinentes pour notre cas qu'il s'est intéressé en particulier à la négociation à l'hôpital. Strauss (1992) écrit : « *Là où l'action n'est pas réglementée, elle doit fait l'objet d'un accord* » (98). Or, on parle ici d'un travail qui se fait avec l'humain, tout ne peut pas être déterminé dans les règlements et les protocoles, la négociation est donc quotidienne. Strauss le dit, et on le retrouve largement dans le cas des sages-femmes hospitalières : l'objectif commun, le « *ciment symbolique* », de l'hôpital, est de « *rendre les malades au monde extérieur en meilleure forme* » (95). Pour le cas des gynécologues et des sages-femmes, il s'agit de s'assurer que le bébé et la mère se portent bien tout au long de la grossesse.

Pour que la négociation soit une réussite, la sage-femme hospitalière dispose d'outils stratégiques, identifiés comme tels par elle. J'ai ainsi pu constater, contrairement à ce que j'avais imaginé, que le protocole peut être un élément très utile pour les sages-femmes. Même s'il peut parfois venir alourdir et compliquer leur tâche, il peut aussi légitimer, asseoir et donc donner du pouvoir.³¹

Il y a les protocoles médicaux et il y a aussi les protocoles spécifiquement sage-femme. Donc lors d'une décision de suivi physiologique, de surveillance allégée pour une patiente en salle d'accouchement, on a un protocole. Donc si le médecin n'est pas d'accord dans une situation x, on peut le renvoyer à ce protocole, en disant « écoute voilà, je fais exactement ce qui est là, les données sont celles là, on est dans de la physiologie ». (Chloé, sage-femme hospitalière 22.06.09)

A ce propos, on peut reprendre l'article de Castel et Merle (2002) dans lequel ils se sont demandés si les protocoles (qui établissent une norme dans la manière de pratiquer la médecine) sont une ressource ou plutôt une entrave pour les médecins. Comme pour les sages-femmes, les deux sont présents. D'un côté « *cela va à l'encontre de leur conception de la médecine, par la dépersonnalisation des soins qu'il entraîne* » (Castel et Merle 2002 : 338) et peut conduire à une « *réduction de l'autonomie médicale* » (339). D'un autre côté, cela peut représenter « *une source de légitimation de leurs pratiques vis-à-vis de tiers* » (348).

Ensuite, précisons qu'à l'hôpital les sages-femmes ne prennent pas le risque de « perdre leur patiente » si sa grossesse se révèle être pathologique (De Veer, Wouter & Meijer 1996 :5). Cela est d'autant plus vrai pour l'idéal-type de la sage-femme « équilibriste ». En effet, même si la grossesse n'est pas (ou plus) considérée comme physiologique, elles continueront à s'occuper, même partiellement, des femmes. Même si elles sont moins autonomes dans ces suivis, elles peuvent déployer leurs connaissances sur le risque et la pathologie, ce qui est valorisé par le monde hospitalier.

³¹ Une stratégie utile pour la négociation développée par Strauss (1992) est le *donnant-donnant* (95). Ce type de stratégie n'a pas été directement décrit par les sages-femmes. Je fais cependant l'hypothèse qu'en utilisant la méthode de l'observation, j'aurais peut-être pu en voir l'utilisation. Identifier les termes de l'échange (qu'échange-t-on ? de la nourriture, des services ?) aurait pu constituer une approche intéressante dans l'étude des relations entre les gynécologues et les sages-femmes. Cela aurait pu aussi conduire à caractériser certains des enjeux qui les entourent.

L'idée que les médecins ne laisseraient que le *sale boulot* aux sages-femmes (activités de nursing, grossesse sans complications, etc.) de manière générale (à l'hôpital comme en dehors) n'est pas toujours perçue comme tel par les sages-femmes. En effet, c'est peut-être au contraire une chance pour une partie d'entre elles qui utilise cette niche laissée à l'abandon. C'est à l'intérieur de celle-ci qu'elles installent leur pouvoir, leur contrôle professionnel. Ce qui intéresse les médecins est plus la pathologie et la résolution de cas difficiles. La physiologie est moins « rentable » en terme de carrière et de progression hiérarchique. Selon les sages-femmes c'est au contraire elles qui ont la meilleure part (contact avec la patiente) et le médecin qui fait le *sale boulot* puisqu'il ne fait que s'occuper de la pathologie. Leur place est bien celle qu'elles ont choisie, la notion de *sale boulot* dépend du point de vue qu'on adopte sur celui-ci, il s'agit effectivement d'une représentation, qui peut être différente selon les groupes professionnels.

Et puis à la maternité, quand les médecins sont en salle, ils viennent seulement faire le sale boulot. C'est-à-dire quand c'est pathologique on les appelle. (Stéphanie, sage-femme indépendante, 9.03.09)

Dire que la meilleure connaissance de la technique et de la pathologie en général n'est en rien un bénéfice pour les sages-femmes est à mon avis excessif. En effet, elle peut permettre à certaines sages-femmes de s'épanouir professionnellement et d'être reconnues à d'autres niveaux que ceux qui sont traditionnellement les leurs. Cela peut être un avantage, surtout que cette connaissance technique vient s'ajouter à leurs autres compétences. Il n'est pas forcément nécessaire de toujours faire un choix entre le relationnel d'un côté et la technique et la médicalisation de l'autre.

Je pense que pour une sage-femme c'est quand même un plus d'avoir connaissance de ces techniques, de cette prise en charge. Moi je trouve intéressant d'évoluer dans ses connaissances médicales. Je trouve que c'est intéressant et important pour nous. Parce qu'on est aussi amené à surveiller ce genre de pathologie, tout en... voilà, pour moi c'est vrai qu'une sage-femme s'inscrit vraiment dans l'accompagnement physiologique de la grossesse, de l'accouchement, et du post-partum. Mais je pense qu'on s'y retrouve. (Maya, sage-femme hospitalière, 30.06.09)

Au contraire, accorder une écoute longue à la femme, prendre en charge les aspects psychosociaux de celle-ci, lui donner des conseils pour mieux vivre sa grossesse au quotidien (ce qui est fait plutôt par les sages-femmes « exclusives »), est moins

visible et plus difficilement quantifiable que les activités de soins à proprement parler. Prendre en charge la physiologie, c'est moins soigner, et donc ce serait moins reconnu. Les activités de *care* (c'est-à-dire du *prendre soin de*) sont moins reconnues que celles du *cure* (*soigner*) (Molinier : 2006).

Pour être efficace, le travail de *care* doit s'effacer comme travail ; de son invisibilité dépend son succès (...) l'invisibilité du *care*, qui lui est donc intrinsèque, qui participe de sa quiddité, a pour conséquence un déficit chronique de sa reconnaissance. (...) Le travail du *care* est ainsi référé à des « qualités morales » qui sont aussi des « qualités de genre » et que l'on ne peut donc pas codifier ou rémunérer. (Molinier 2006 : 303-304)

Les sages-femmes « exclusives » essaient de se défendre en montrant que le travail de *care* autour de la physiologie est tout aussi important et nécessaire. Il est une manière d'éviter le *cure*. Ainsi, on pourrait maintenir la physiologie d'une femme, c'est-à-dire que, grâce à la parole notamment, on pourrait permettre à la femme enceinte d'être plus rassurée, moins stressée, et ainsi diminuer une part des risques de complications.

Même si la sage-femme elle est là pour soutenir la physiologie, parce que c'est quelque chose que je dis souvent, il n'y a pas d'un côté la pathologie, alors on s'occupe de la femme, et puis d'un autre côté la physiologie alors on ne fait rien. Non, la physiologie aussi elle s'alimente de quelque chose. Il faut lui apporter quelque chose à la physiologie. Il y a des choses à dire à la dame, il y a des conseils à lui donner. La physiologie ce n'est pas rien. C'est un travail de maintenir la physiologie. (Malika, sage-femme indépendante, 5.03.09)

Selon Devries les sages-femmes n'auraient que deux choix : soit perdre leur identité en se tournant vers la technologie, soit maintenir leur culture de sage-femme et affaiblir leur profession. En somme, elles seraient face à deux précipices.

(...) the attempt by some midwives to seek a nich in modern medical systems by claiming to be experts in « low risk » birth threatens their credibility as a professional group. Prestige and power are given to those who manage high-risk situations, not to those who attend to low-risk births. But midwives face an unusual predicament: to enhance their status it seems they must renounce their tradition (Devries 1993: 141)

Une fois de plus, je prends le contre-pied de cette position. Les sages-femmes « équilibristes » peuvent être dans une position qui leur permet d'être à la fois légitimes, détentrices de pouvoir, sans pour autant perdre leur identité. Bien sûr, il s'agit ici d'une figure idéal-typique. Mais lors des entretiens j'ai pu rencontrer des

sages-femmes qui avaient réussi à en faire la synthèse et qui ne se sentaient pas menacées.

Il ne faudrait pas croire ici que seules les sages-femmes « équilibristes » sont détentrices de pouvoir et de reconnaissance. Les « exclusives » en ont elles aussi, mais leurs moyens d'accès, leurs tactiques mêmes, sont différents. Certaines s'appuient sur un mouvement critique de la médicalisation de la part des parents (Carricaburu 2005 :246). Elles ont de la reconnaissance de ceux qui croient en leur suivi et en leur approche différente, passant par la vision de la grossesse comme événement naturel, nécessitant une approche surtout relationnelle, d'écoute et moins technique et interventionniste.

J'ai l'impression que ça c'est beaucoup médicalisé (...) A mon avis c'est pour ça que les femmes ont besoin de revenir en arrière et de chercher quelque chose d'un peu plus...naturel, plus proche de leur ressenti et de comment ça se faisait avant. (Stéphanie, sage-femme indépendante, 9.03.09)

De plus, elles montrent que les médecins, plutôt orientés vers la technique et l'aspect médical de la grossesse ont aussi besoin d'elles pour combler le manque de contact et de discussion ressenti parfois par les femmes. La sage-femme « exclusive » par ses méthodes traditionnelles d'écoute, de toucher, de relationnel va venir en appui, que ce soit à l'hôpital ou en dehors.

Il y a même certains gynécologues, quand la femme leur pose trop de questions, est trop demandeuse, ils lui disent : « mais vous pourriez aller chez une sage-femme ». Il y en a quelques-uns qui adressent à une sage-femme mais ils sont rares. (Zoé, sage-femme indépendante, 13.03.09)

Un dernier domaine que j'aimerais aborder est celui de la militance. A ce niveau là les sages-femmes « équilibristes » et « exclusives » ne sont pas dans la même position. Ces dernières doivent avoir un discours plus construit, puisqu'elles utilisent avant tout des outils et un regard qui sont moins valorisés et reconnus comme légitimes. Il est important aussi que leur discours soit collectivement partagé afin d'avoir plus de poids. Contrairement à la sage-femme « équilibriste », la sage-femme « exclusive » n'a pas le choix d'être engagée ou militante.

Tout comme Vega a montré que les infirmières « relationnelle » et « technicienne » se critiquaient et s'accusaient l'une l'autre, on retrouve cela pour les sages-femmes

équilibriste ou exclusive. Dans ce sens, les exclusives en particulier, voient les équilibristes, et plus simplement les hospitalières, comme travaillant uniquement sous les ordres du médecin, donc comme des personnes soumises, non autonomes.

Parce que là, la sage-femme indépendante est censée prendre complètement ses responsabilités. Elle n'est pas sous le grand parapluie des docteurs et de l'institution (Malika, sage-femme indépendante, 5.03.09)

Le fait d'avoir des monitorings dans les hôpitaux, il y a moins de contacts entre la sage-femme et la femme qui accouche. Ils ont déjà moins de temps, moins de personnel, ils sont de plus en plus débordés, ils font de moins en moins bien leur travail à notre avis, à mon avis (...) Et puis le statut d'indépendante est aussi différent. Nous on ne veut pas de patron. C'est pas comme à l'hôpital où elles écoutent sans broncher, elles sont sous les ordres du médecin. Nous, on est toutes dans une optique indépendante (Virginie, sage-femme indépendante, 16.03.09).

(..) Dans le cadre de son travail d'hospitalière, elle est très peu indépendante. C'est vrai qu'on a une grande part de notre métier qui nous permet d'être autonomes, voire de gérer la physiologie par nous-mêmes. A l'hôpital, j'ai l'impression que la physiologie perd du terrain, donc forcément le rôle de la sage-femme perd du terrain également (Léa, sage-femme indépendante, 6.03.09).

Les sages-femmes « exclusives » ont tendance à inscrire leur militance dans un héritage historique : celui de la lutte entre les gynécologues (hommes et puissants) et les sages-femmes (femmes et minoritaires) pour l'obtention du monopole de l'accompagnement des naissances. Cet héritage participerait à expliquer leurs relations, parfois tendues.

Je pense qu'historiquement déjà, la sage-femme... déjà c'est un métier de femmes alors c'est souvent des métiers où on a appris à se battre pour se défendre plus que dans d'autres métiers, donc on a ce côté un peu revendicateur de devoir défendre le travail qu'on fait, donc on n'est pas non plus très engageantes au niveau du dialogue avec les médecins. Et puis il y a des prérogatives médicales qui rentrent en ligne de compte aussi qui font que certains médecins veulent pas entendre non plus nos compétences, nos qualités, mais je pense que ça c'est une histoire... C'est historique d'ailleurs, de relation entre les deux corps de métiers. (Maude, sage-femme indépendante, 24.03.09)

Pour conclure, on peut dire que ces deux figures de la sage-femme ont trouvé des stratégies différentes pour maintenir leur métier, une identité professionnelle, ainsi que des sources de reconnaissance dans le contexte de développement des risques,

de la technique et de la médicalisation autour du suivi de grossesse. La sage-femme exclusive a créé un cocon protecteur autour de son identité héritée selon elle de l'histoire de son métier. Celle-ci s'appuie aussi sur la vague écologiste, et sur certaines volontés des femmes qu'elle rencontre, de retourner à des choses plus « naturelles ». La sage-femme équilibriste au contraire, s'est largement ouverte à la médicalisation et aux risques. Elle a adapté son identité professionnelle, sans la perdre. Comme j'ai essayé de le montrer, celle-ci n'est pas moins libre et elle détient un pouvoir non négligeable malgré sa proximité avec le monde médical.

4.3 L'identité des sages-femmes face aux transformations de la place des patientes

En 17 ans, j'ai vu des changements, vraiment. Alors dire lesquels... je sens... c'est comme si les mentalités avaient changé et du coup nous-mêmes, je trouve qu'on doit changer, qu'on doit s'adapter à des demandes qu'on n'avait pas autrefois. (Jessica, sage-femme hospitalière, 08.09.09)

Dans ce dernier chapitre, je développerai l'argument que les changements observés par les sages-femmes dans les attentes et les demandes des patientes, mais aussi face à leur nouvelle position, plus active et permise par la reconnaissance d'un *droit des patients*, a des conséquences directes sur l'identité de ces professionnelles. Elles sont dans l'obligation de s'y adapter.

4.3.1 Evolution du comportement et des attentes des femmes enceintes

Selon les sages-femmes, il y aurait une évolution forte et progressive des attentes et des comportements des femmes enceintes. Il y aurait d'abord un désir d'accoucher d'un « enfant parfait », le seuil d'acceptabilité du handicap étant réduit (4.3.1.1). Ensuite, les femmes seraient plus enclines à « consommer des soins », à suivre le plus de cours possible, à acheter le maximum de matériel, à être exigeantes envers le professionnel de santé considéré parfois comme « un prestataire de services » (4.3.1.2). Enfin, les sages-femmes montrent que les femmes sont ambiguës : elles aimeraient à la fois vivre la grossesse comme un évènement ancestral et naturel qui leur appartient mais elles ont, en même temps, le désir, le besoin (?) d'être rassurées par la technique et le savoir médical (4.3.1.3).

4.3.1.1 Femmes et perfection

Les parents auraient une attente très prononcée par rapport à l'avancée des techniques médicales (Bitouzé 2001 : 84-85) : ils accepteraient de moins en moins une naissance avec un handicap que l'on n'aurait pas décelé pendant la grossesse. De manière générale, la société serait de moins en moins tolérante par rapport à l'imperfection et au handicap (Bitouzé 2001:102).

Cette idée d'une attente de « l'enfant parfait » par les futurs parents a été mise en avant par la majeure partie des sages-femmes. La notion « d'enfant parfait » est propre à chaque individu, la perfection reviendrait à signifier qu'il s'agit d'un être sans défaut physique. C'est ici le moment de la venue au monde de l'enfant qui est important. Est-ce qu'au premier regard et dans les premiers jours qui suivent la naissance, on peut me rassurer et me certifier que mon enfant n'a aucun problème physique même minime ? L'idée de perfection est aussi directement liée à un idéal, finalement impossible à atteindre. L'adage populaire qui se transmet l'illustre « personne n'est parfait », pourtant il semble que c'est un objectif à atteindre et un désir dont l'expression pressante est nouvelle.

Les parents investissent maintenant le médecin, ou la sage-femme, comme étant des techniciens qui leur garantissent un bébé conforme à 100%, sans défauts, dès le départ. (Séverine, sage-femme indépendante, 24.02.09)

On retrouve souvent, parfois en filigrane et d'autres fois plus explicitement, une certaine posture critique des sages-femmes à l'égard de cette attente de perfection. On sent pointer en elles une crainte d'eugénisme qui conduirait à refuser tout enfant qui a un défaut, même minime aux yeux des sages-femmes.

Ils n'acceptent plus un enfant malformé. J'ai vu un enfant qui est né, qui était bien, mais juste un doigt de plus, pour les parents c'était dramatique. Pourtant c'est rien, on opère et puis on ne verra plus rien. Mais c'était le drame de ne pas avoir l'enfant parfait, l'enfant idéal qu'on avait imaginé. (Sage-femme hospitalière, Alice, 24.06.09)

Maintenant, les parents c'est plutôt, on voit quelque chose à l'ultrason, tout était normal et on voit tout d'un coup qu'il manque je ne sais pas, la dernière phalange du petit doigt, et ils vont dire on stoppe la grossesse. (...) même un bras, maintenant on a des prothèses, votre enfant il est quand même bien vivant, il se portera bien, il pourra évoluer dans la vie. Maintenant on accepte pas le défaut (...) la vie est faite d'imperfections, mais maintenant c'est difficile à admettre (Séverine, sage-femme indépendante, 24.02.09).

Cela renvoie à la question de la perception de la perfection et du handicap par les professionnelles de santé. Effectivement, il semblerait que chaque sage-femme ne l'apprécie pas de la même manière, le seuil de tolérance individuel pouvant varier. Cependant, comme les entretiens ne se sont pas centrés sur ces questions, il est difficile d'aller plus loin sur cette voie. Cela pourrait cependant être fait au travers d'un autre travail tant la question est pertinente. Cela permettrait effectivement d'interroger les représentations du personnel médical sur le handicap et aiderait à cerner l'implication et l'influence de la personne et de ses valeurs propres dans son travail tout en participant à développer le pan de la sociologie de l'éthique³². Cela semble particulièrement important sur les questions de grossesse et d'embryon, en pleine évolution avec les avancées biomédicales spectaculaires et continues.

La première explication que les sages-femmes donnent à l'abaissement du seuil d'acceptabilité du handicap est que la fécondité diminue et qu'elle est le plus souvent le résultat d'un désir. Ainsi, les grossesses, parce que moins nombreuses mais aussi choisies, seraient plus « précieuses » pour les parents. La grossesse est un moment valorisé socialement, comme accession à la féminité, à la posture de femme adulte.

Je pense que Genève étant une cité très développée, avec un certain type de personnes issues de la middle class à classe élevée, avec quand même un grand problème de stérilité... l'arrivée d'un enfant tardif... enfin tout un tas de choses comme ça qui fait que quand on fait pour une première fois ou une deuxième fois, on ne peut pas se rater. Donc l'enfant doit quand même être parfait à tous les niveaux. (Stéphanie, sage-femme indépendante, 9.03.09)

(...) Je pense que c'est plus précieux, il y a moins d'enfants par famille... il y a cette notion, comme si on voulait rien rater d'une grossesse et d'un accouchement parce qu'on en aura peut-être que deux dans sa vie et vraiment c'est... immense. Cette idée-là elle est immense. (Jessica, sage-femme hospitalière, 08.09.09)

Ensuite, cette attente « d'enfant parfait » serait alimentée directement par la médecine et la croissance de l'utilisation de techniques (en particulier l'échographie ou même l'amniocentèse). Certains professionnels de la santé, en particulier les médecins échographistes ou gynécologues, entretiendraient cette attente d'enfant parfait en donnant parfois l'illusion de l'infaillibilité de leurs savoirs et des techniques qu'ils utilisent. Ils feraient une promesse de perfection pas toujours possible à tenir,

³² Sur la sociologie de l'éthique et les mécanismes de prises de décision autour du maintien ou de l'arrêt de la réanimation en néonatalogie, on peut lire l'ouvrage d'Anne Paillet (2000). Pour les questions de risque d'eugénisme et les dérives de la sélection pré-natale, on peut consulter l'article de Remennick (2006).

mais à laquelle les parents croient³³ voire encouragent. Effectivement, c'est aussi les patients qui poussent parfois les médecins à avoir un discours rassurant autour de la grossesse.

L'attente d'aujourd'hui, vu notre culture, ça serait inadmissible que l'enfant meurt déjà, ce n'est plus concevable aujourd'hui parce que la mort n'existe pas dans nos sociétés. Elle est repoussable à l'infini. La médecine entrant dans ce jeu-là avec un discours sous-jacent de toute puissance médicale qui malheureusement se retourne un peu contre eux, parce que maintenant quand les gens ont des pépins, ils font des procès. Donc il y a ça d'abord, l'enfant doit être vivant de toute façon, et après, la priorité c'est qu'il aille bien, qu'il soit sain et normal. (Elisabeth, sage-femme indépendante, 2.03.09)

Les médecins en particulier, mais aussi la médecine en général, leur disent que c'est eux qui savent et on va leur livrer un bébé empaqueté avec le nœud rose ou le nœud bleu. Et même on peut leur dire, ah ben, s'il y a une fécondation in vitro, on pourra même à la limite, aller jusqu'à choisir le sexe. Donc il y a quand même une emprise de la médecine sur la fécondité. (Séverine, sage-femme indépendante, 24.02.09)

A plusieurs reprises dans les entretiens, les sages-femmes rappellent au contraire que les techniques sont toujours faillibles, tout comme l'humain, et qu'on ne peut jamais certifier que l'enfant à naître n'aura aucun handicap à la naissance. Elles soulignent que les examens ne permettent d'en déceler qu'une petite part, en particulier les plus fréquents, à l'image de la trisomie, mais cela ne peut écarter d'autres maladies ou problèmes. Pour plusieurs sages-femmes, le développement des techniques donne l'illusion à certains parents que l'on peut tout détecter, tout contrôler d'où une impossibilité pour eux d'accepter que leur enfant soit malformé à la naissance. Elles établissent un lien très direct entre développement de la technique et élévation du seuil d'acceptation du handicap.

On démystifie beaucoup le fait... avec les échographies, les 3D, maintenant on voit le profil du bébé, on voit le nez, on voit tout. C'est bien pour avoir les... pour savoir si il y a des malformations ou pas, mais on n'a plus l'imaginaire de ce que peut être un enfant. On n'est plus dans le rêve de l'imaginaire. On est dans le rêve de l'enfant parfait. [Donc c'est aussi la technique qui...] Ah ! C'est la technique aussi qui a amené cela ! (Alice, sage-femme hospitalière, 08.09.09)

³³ Cependant, comme nous le verrons, les professionnels se protègent tout de même de plus en plus, en particulier contre les risques de procès, et essaient de montrer que les examens ne sont pas toujours fiables à 100%.

Je pense qu'elles ne comprennent pas qu'on se retrouve avec un enfant qui a un problème. Parce qu'on est dans le contrôle. Moi ça m'arrive de dire, on ne donne pas une carte garantie 100% sans défaut. (...) Oui, on voit bien à l'échographie, le bébé est bien formé, voilà. Mais comment le bébé arrivera, ça on sait pas. Il faut juste que les mamans, que les parents, ils se préparent à accueillir l'enfant et à avancer avec. Et puis... (Silence) il n'y a pas de garanties. (Yvette, sage-femme hospitalière, 28.07.09)

Je pense que le handicap et le deuil ça a toujours été quelque chose de terrible. Simplement, il y a encore 30 ans on était plus habitué au fait que la vie ne se déroulait pas exactement comme on le voulait, alors qu'aujourd'hui on contrôle énormément de choses. (...) Du coup, comme on contrôle tout, ou comme on a l'impression de tout contrôler, s'il y a un handicap alors que la dame elle a eu 65 examens de sang plus 14 échographies, c'est le scandale. (...) donc le problème c'est la disponibilité aux événements, je pense qu'elle s'est terriblement réduite, parce qu'il n'y a plus rien qui est suspendu et dont on ne soit pas sûr. (Malika, sage-femme indépendante, 5.03.09)

Dans le même sens, les parents accepteraient de moins en moins que le professionnel n'ait pas *tout* vu. Les professionnels n'auraient plus le droit à l'erreur.

Avec tous les moyens qu'on a à l'heure actuelle, je dirais quand même que la tendance ce serait qu'ils aimeraient qu'on puisse tout leur... comment dire... tout leur annoncer ou tout leur détecter. Il y en a qui sont quand même persuadés qu'on a pas le droit de... pas de loucher quelque chose dans le sens... mais que la technique permet que tout soit possible, qu'on sache tout. C'est pas quand même la majorité je dirais, quand même pas.... Heureusement. Parce que c'est vrai que la technique reste faillible, l'être humain aussi et on ne peut pas tout maîtriser malgré tout. (Sara, Sage-femme hospitalière, 10.08.09)

Quelques sages-femmes ont eu des propos plus nuancés. Pour elles, une grande partie des parents est toujours prête à accepter que le professionnel se trompe, comprenant ainsi qu'aucune technique n'est infaillible.

[Par rapport au fait que la technique se développe et qu'on est capable de voir plus précocement certaines choses justement, est-ce que les patients sont étonnés qu'on ne puisse pas tout voir parfois ?] Mmh... oui c'est vrai qu'on découvre encore des fois en salle d'accouchement des choses alors qu'il y a eu des ultrasons en cours de grossesse, donc c'est pour dire que vraiment on ne voit pas tout. Ça continue d'arriver. C'est une minorité mais ça continue d'arriver. Je crois que les gens réagissent assez bien. (...) Je crois qu'ils comprennent quand même assez bien parce que c'est expliqué à chaque ultrason c'est que ça dépend toujours de la position du bébé, si on le voit bien de face, de profil, si on peut bien voir les deux mains, aucune main, ou deux pieds... ils savent que le bébé bouge, elle le sent elle-même la femme, donc elle sait bien qu'une image c'est instantané et s'il a bougé juste

avant, on ne voit pas le bon angle. Je crois quand même que ça, c'est admis finalement (Jessica, sage-femme hospitalière, 08.09.09).

De plus, plusieurs sages-femmes montrent que le désir de donner naissance à un enfant « parfait » serait naturel, et même normal, cela faisant partie de l'imaginaire de chaque parent, qui vient aussi aider au processus du devenir parent.

Le mythe de l'enfant parfait c'est quelque chose que chaque femme enceinte a en elle, c'est normal quelque part. On ne peut pas imaginer un enfant avec défaut. (...) c'est un idéal auquel tout le monde aspire. (Stéphanie, sage-femme indépendante, 9.03.09)

Ensuite, la plupart ont insisté pour faire part de leur admiration pour certains couples qui acceptent toujours d'accueillir des enfants chez lesquels on aurait détecté des anomalies.

Le mot qui me venait c'est l'enfant de la réussite, c'est-à-dire réussir tout ça. Et en contre partie, mais ça a toujours existé, je côtoie aussi... je vais dire plusieurs couples donc ce n'est pas rarissime... plusieurs couples ou futurs parents qui assument extrêmement bien, alors qu'ils s'étaient plutôt imaginé quelque chose de tout normal et qui vont assumer des complications déjà vues aux ultrasons chez le bébé, ils savent qu'il va être opéré, ou peut-être même qu'il aura une partie handicapée, mais... qui assument ça de manière prodigieuse (Jessica, sage-femme hospitalière, 08.09.09).

Les représentations des sages-femmes sur le désir de perfection des patientes ne dépendent pas de leur statut d'indépendante ou d'hospitalière, ni même de la durée de leur pratique. Elles viennent au contraire structurer l'identité professionnelle de l'ensemble des sages-femmes. Nous verrons dans une dernière partie (4.3.4) que les questions de perfection ou d'acceptation du handicap, ont à voir avec les représentations des sages-femmes sur ce qu'est une « bonne patiente » voire une « bonne mère ». Avant cela, un deuxième élément marquant concernant une évolution des demandes des femmes enceintes à souligner est celui de la référence des sages-femmes à une *patiente-consommatrice*.

4.3.1.2 Femmes et consommation

« Les patients considèrent davantage [qu'auparavant] le médecin comme une institution de prestataire de services ». (Bitouzé 2001 : 104) Cette citation illustre une évolution du patient comme consommateur de soins, capable d'avoir des exigences envers le médecin. La santé étant considérée comme un bien de consommation très important à maintenir. Plusieurs sages-femmes ont fait part de ce changement qui les surprend, les interroge voire les dérange. Cette idée de patient–consommateur est difficilement conciliable avec leurs valeurs professionnelles, principalement pour les sages-femmes indépendantes. En effet, traditionnellement, on ne calcule pas toutes les heures passées auprès de la femme enceinte, on donne de soi sans compter systématiquement. Quand les femmes montrent un désir de consommation des services que pourraient prodiguer la sage-femme, cela vient rompre le contrat implicite qui existe entre la femme et sa sage-femme, et cette dernière est blessée car ses valeurs professionnelles sont directement remises en question. Elle devrait donner sans compter, alors que la femme exige tout ce dont elle a droit lorsqu'elle paie.

Les gens sont exigeants, ils en veulent pour leur argent. Ça elles le disent. Il y a les 10 visites possibles post-partum plus 3 pour l'allaitement, les femmes alors le premier jour, elles vous disent, « alors j'ai le droit à tous les jours une visite, c'est bien ça, plus encore 3 ? ». Je lui fais, « oui, c'est une possibilité, maintenant on va décider ensemble ». Je les remets tout de suite... C'est vrai que les femmes sont un peu plus exigeantes qu'avant il me semble. Ah oui, oui, oui. Ça fait peut-être 10 ans qu'elles glissent comme ça. Avant, c'était jamais une revendication comme ça. C'est vraiment vous êtes à mon service. Il y en a plein qui nous téléphonent, est ce qu'on va faire le ménage, est ce qu'on va faire... on doit leur expliquer que le remboursement de sage-femme, ce n'est pas le même prix qu'une femme de ménage et qu'on est essentiellement là pour les soins mère-bébé et pour des questions environnantes. (Séverine, sage-femme indépendante, 24.02.09)

C'est une histoire de consommation. Ça c'est « j'ai droit à tant de visites », et puis après on leur dit que quand même, on va évaluer si elles sont vraiment nécessaires. On ne va pas juste venir pour boire le café si ce n'est pas utile. L'utilité ça peut être aussi effectivement de remettre un cadre, de rassurer, mais disons, on ne peut pas juste consommer comme ça. (Zoé, sage-femme indépendante, 13.03.09)

Il y a une proportion de femmes comme ça... elles ont une revendication totale et exclusive... un espèce de droit comme ça à obtenir des choses, des services, puisqu'on paie. (Elisabeth, sage-femme indépendante, 2.03.09)

Cette idée de consommation a aussi été discutée par les sages-femmes de manière plus distante, comme une évolution de la société dans laquelle s'insèrent la grossesse et les femmes enceintes. Les femmes, influencées par une « société de consommation », considéreraient à leur tour leur grossesse comme un moyen de consommer le plus possible.

Il y a un enjeu extraordinaire. Je passe une partie de mon temps à calmer presque, à leur dire de faire des priorités, « vous avez envie de la piscine, mais aussi de ça, de ça, et pourquoi pas le chant prénatal, et puis aussi ça, mais oh, oh, qu'est ce qui se passe... ». Comme si la panoplie était tellement grande et il faut profiter de tout sinon on va louper quelque chose. Ça rejoint, peut-être que je me trompe mais il me semble que je le vérifie dans les propos des gens, ça rejoint la société de consommation, c'est-à-dire plus on consomme, plus on est heureux. Enfin, c'est l'idée. Et la période de grossesse, ça ressemblerait à ça, 9 mois alors on ne doit rien louper (...) On a énormément de questions sur les choses à acheter, les produits de toilette, les layettes... c'est ça qui me faisait aussi faire référence à la société de consommation (Jessica, sage-femme hospitalière, 08.09.09).

On est dans une société du ici et maintenant et tout de suite. Je veux un tel produit, je vais l'acheter à n'importe quel prix. On est dans une société de consommation. [Et ça, vous le ressentez sur le suivi de la grossesse ?] Ah ! Très fort, très fort ! Je viens aux urgences, moi j'ai besoin qu'on me voit tout de suite, même s'il y a une autre urgence qui est plus importante que la mienne. C'est vraiment, maintenant, c'est moi. Il y a un individualisme (...) (Alice, sage-femme hospitalière, 24.06.09)

Plusieurs sages-femmes pensent que l'influence de la « société de consommation » conduirait les femmes à avoir des attentes et des demandes différentes, souvent variées, parfois même extrêmes. Comme elles paient, elles auraient droit à tout. Les sages-femmes critiquent une partie de ces demandes qui, pour elles, ne sont pas bonnes pour la femme.

Une patiente m'a demandé si elle pourrait emmener son ordinateur portable dans la salle d'accouchement parce qu'elle voulait travailler quand elle dilaterait, parce qu'elle s'est dit, « avec la péridurale j'aurais pas mal » (...) Alors je lui ai dit que techniquement c'était possible, qu'il y a des prises électriques et tout (...) Mais qu'elle verra qu'elle aura peut-être un peu moins de concentration ce jour-là. Mais ça s'explique parce que dans son corps il se passe des choses, même si la douleur est enlevée par la péridurale, mais elle avait pas trop tiqué. J'avais l'impression... vous savez quand l'eau glisse sur le duvet des plumes d'un canard, j'avais dit ça, j'aurais pu dire autre chose, ça ne l'a pas du tout fait tilter que c'était un peu bizarre de vouloir travailler pendant ce temps-là. Elle n'a pas du tout parlé de position d'accouchement, ou... elle s'en foutait complètement. Elle voulait juste une prise électrique

pour son ordinateur. Ça on avait (rire). (Jessica, sage-femme hospitalière) 08.09.09)

Cette image de patient-consommateur suppose que celui-ci ose toujours s'imposer face au médecin, défendre ses idées et ses attentes. Dans une partie suivante, on verra que la réalité est plus complexe, bon nombre de patients sont aussi pris dans une soumission à l'autorité médicale, n'osent pas s'affirmer ou préfèrent simplement se laisser guider. Certains naviguent aussi, selon le contexte, entre ces deux figures. Lupton décrit ce phénomène en ces termes:

In their interactions with doctors and other health care workers, lay people may pursue both the ideal-type "consumerist" and the "passive patient" subject position simultaneously or variously, depending on the context (Lupton 1997: 373)

Une dernière question à examiner concerne l'évolution des attentes des femmes enceintes. Elles entretiennent une relation ambiguë (en particulier ressentie par les sages-femmes indépendantes), à l'égard des techniques et de la médicalisation. D'un côté, elles recherchent une sécurité maximale, et d'un autre elles veulent préserver le côté « naturel » de la naissance.

4.3.1.3 Entre naturel et médical, leur cœur balance...

Selon les sages-femmes, il y aurait un retour des femmes vers des choses plus naturelles, en parallèle au développement du mouvement écologiste. Celles qui se retrouvent dans ce modèle seraient plus tranquilles, moins stressées par la grossesse et l'arrivée du bébé, elles auraient foi en leur corps, en leur aptitude ancestrale à mettre au monde leur bébé. Cela est aussi directement en lien avec les mouvements féministes des années 1970 sur la réappropriation de leur corps par les femmes. Celles-ci font le choix d'un suivi de grossesse, et surtout d'un accouchement, « le plus naturel possible » comme le disent les sages-femmes. La notion de « naturel » est associée à un « retour aux sources », la grossesse étant considérée comme un événement *a priori* normal et sans risque. Il n'y aurait donc, *a priori*, pas besoin d'utiliser les techniques médicales. Pour accompagner sa grossesse, on revient à des outils traditionnels, simples, comme l'écoute, le toucher du ventre, la relaxation, la confiance dans la capacité de la femme à mettre son enfant au monde. Ce type de patiente se tournera plus volontiers vers un suivi avec

une sage-femme indépendante, plutôt qu'avec un médecin. Comme la plupart choisissent néanmoins d'accoucher à l'hôpital (les accouchements à domicile restent une pratique peu courante), les sages-femmes hospitalières les rencontrent également, mais dans une période plus courte (pour la fin du suivi).

[Est-ce que vous avez ressenti une évolution de votre métier, dans le temps ?] Alors c'est clair que tout ce côté accouchement naturel, suivi par une sage-femme, c'est de plus en plus connu, avant c'était vraiment des personnes qui avaient lu des livres, des gens un peu babas cool, qui faisaient ça pour être différents. C'était une certaine frange de la population, et ça c'est vrai que ça a évolué... et dans le sens accouchement naturel, habits bio, langes lavables, toutes ces choses là, c'est depuis très longtemps en Suisse allemande, mais ça vient maintenant ici. Ça avance gentiment (rire). (Virginie, sage-femme indépendante, 16.03.09)

C'est aussi ce mouvement des femmes qui a permis aux sages-femmes, dès les années 1970, de « sortir » à nouveau de la maternité, de s'en autonomiser en prenant le statut d'indépendante. C'est ce qui est venu, presque comme une condition, renforcer leur profession, leur identité, leur autonomie. Une des sages-femmes indépendantes que j'ai rencontrée, qui est une de celles qui a la plus longue pratique professionnelle indépendante et qui a directement participé à la création de l'Arcade sage-femme (et avant ça aux mouvements qui l'ont accompagnée), raconte :

[Pensez vous qu'il y a eu certaines évolutions dans le métier de sage-femme à Genève ?] Oui, il y a sans arrêt des évolutions et puis j'espère qu'il y en aura encore. (...) A un certain moment, toutes les femmes sont entrées à la maternité pour leur accouchement. Donc toutes les sages-femmes sont aussi rentrées à la maternité. (...) C'est avec le mouvement des femmes dans les années 70, que les femmes elles-mêmes demandent des accouchements plus « naturels », c'est comme ça qu'elles appellent la chose, en fait c'est des accouchements où elles ont plus leur mot à dire, où elles sont partenaires dans l'aventure (...). Et du coup, elles ont besoin de sages-femmes qui répondent à ces besoins. Donc les sages-femmes ressortent d'une certaine manière de la maternité. Mais je ne devrais pas dire comme ça car il n'y en a pas beaucoup qui ressortent, il n'y en a que deux ou trois. C'est très, très peu pendant très longtemps. Et dans les années 80, certaines sages-femmes se regroupent pour s'occuper du post-partum à domicile. En disant bien clairement qu'elles ne font pas d'accouchements à domicile. Mais ça prépare déjà les conditions pour l'Arcade. C'est-à-dire que ça regroupe déjà une quinzaine de sages-femmes qui font des soins à domicile pour le post-partum et aussi en prénatal mais pour les grossesses sur ordre médical. Donc tout ça, ça nous donne un groupe d'une vingtaine de sages-femmes et à un certain moment, l'idée arrive

d'ouvrir un magasin où l'on serait beaucoup plus accessibles et c'est l'arcade dans les années 90. Donc tu as 70, 80, 90, il s'est passé chaque fois quelque chose qui allait dans le sens d'un renforcement de la profession de sage-femme indépendante, ou de la profession de sage-femme tout court. Parce que là, la sage-femme est censée prendre complètement ses responsabilités. Elle n'est pas sous le grand parapluie des docteurs et de l'Institution. (Malika, sage-femme indépendante, 5.03.09)

Pourtant, ce qui a été exprimé à plusieurs reprises par les sages-femmes c'est que les femmes sont souvent ambiguës dans leur désir de simplicité et de « naturel », l'idée est qu'elles restent « tentées » par l'utilisation de la technique et du médecin pour se rassurer, rares sont celles qui oseraient aller jusqu'au bout de l'accompagnement d'une sage-femme (renoncement à plus de deux échographies si aucune anomalie n'est détectée, pas ou très peu de contacts avec un médecin, pas d'utilisation de la péridurale pour l'accouchement, voire accouchement à domicile)

Mais souvent ces femmes un peu compliquées veulent le beurre et l'argent du beurre. C'est un peu les femmes d'aujourd'hui, les femmes des magazines (...) Il y a une petite frange de la population qui est je pense assez marginale encore, qui essaie de réfléchir, de s'approprier des choses. Mais chez ces gens là, on trouve souvent un double discours je trouve. C'est-à-dire on veut quelque chose de très naturel, mais quand même on veut pas avoir mal.... On veut aller le plus tard possible à l'hôpital mais dès que ça fait une heure qu'on a des contractions, on va quand même aller parce qu'on est quand même inquiet (..) J'ai l'impression que les gens ils veulent bien de notre discours de sage-femme, mais pas trop quand même. (Elisabeth, sage-femme indépendante, 2.03.09)

Cela est directement en lien avec la légitimité professionnelle des sages-femmes. Celles-ci ont la désagréable impression d'être parfois peu reconnues, voire peu légitimes, aux yeux de certaines femmes dans leurs capacités à s'occuper seules et entièrement d'un suivi de grossesse. Certaines patientes seraient prises entre leur envie d'être suivies par une sage-femme pour son approche relationnelle, tactile, et en même temps le suivi rassurant d'un gynécologue en bénéficiant de la technique. En somme, le médecin resterait celui qui « sait » et la sage-femme ne serait là que comme confidente, comme personnage complémentaire du médecin, ne pouvant jamais en être dissociée. Les sages-femmes indépendantes vivent particulièrement douloureusement les situations où les femmes demandent un double-suivi médecin-sage-femme. Certaines aimeraient en effet avoir toutes les consultations en double : une fois chez la sage-femme, l'autre fois chez le médecin. Les sages-femmes

insistent sur le fait que ce n'est pas possible puisque les deux suivis se superposeraient. Elles s'appuient pour cela sur la loi sur l'assurance-maladie qui ne permet pas ce « double-suivi ».

Il y a une partie d'elle qui a absolument besoin de cette réassurance médicale. Quand même le docteur c'est celui en qui on a confiance vraiment, quand même. Pour de vrai quand même (ton moqueur). Et c'est dans ses machines qu'on a confiance. (...) Et puis que d'un côté il y a toute une partie d'elle-même qui n'est pas du tout nourrie. Elles se sentent pas reconnues, elles se sentent le ventre x et puis en presque 10 minutes, elles sont presque rhabillées sur le pallier et voilà. Donc là, pour tout ce qui est conseil, maternage, petit truc, confidences, tout ça, elles veulent la sage-femme. (Elisabeth, sage-femme indépendante, 2.03.09)

Les femmes ont beaucoup de peine à quitter leur médecin (...) En fait, elles aimeraient leur médecin, parce que pour elles c'est une garantie de sécurité, parce qu'il y a le bébé qu'on voit à la télévision-je caricature-, les échographies mensuelles (...) Et puis elles aimeraient bien à côté de ça la sage-femme pour le côté où on se raconte, parce que nos consultations sont beaucoup plus longues. Donc pour le côté relationnel (...) (Zoé, sage-femme indépendante, 13.03.09)

J'ai des femmes maintenant qui viennent comme ça alors que les assurances n'acceptent pas ce double suivi. Elles, elles veulent quand même le faire et elles disent : « moi je vais chez le gynécologue pour les... pour la technologie, l'échographie, etc. ». (...) Donc elles viennent chez les sages-femmes pour blablater. Parler de tout et n'importe quoi, elles ont des petites questions (...) J'en vois de plus en plus. Alors c'est clair que moi je me sens dans une posture délicate parce que je me dis, on répète les choses, parce que forcément quand je les vois, je leur donne pas juste des informations comme ça, je leur fais un contrôle, que leur a déjà fait leur médecin (sourit). (...) Après c'est clair que ce qui est intéressant pour nous, c'est de faire un suivi global, et pas juste être là pour savoir si le matelas en millet c'est mieux que le matelas dur, vous voyez ? (...) Ça, ça va quand c'est sporadique, mais faire que ça je pense que je n'apprécierais pas, je perdrais complètement l'essence de mon métier. (Stéphanie, sage-femme indépendante, 9.03.09)

Le métier de sage-femme est en perpétuelle mutation par rapport au contexte qui l'entoure. Les sages-femmes font face à des demandes nouvelles, des attentes et des attitudes différentes des patientes. Elles doivent aussi faire l'effort de s'adapter à ces réalités qui changent. Une autre transformation qui a aussi une grande influence sur leur métier est cette idée, développée par Beck de « désenchantement de la science ».

4.3.2 L'autonomisation des patientes : du pouvoir pour qui ?

Weber avait parlé d'un désenchantement du monde par le biais de la science, la magie, l'inconnu ayant disparu au profit de la rationalité et de l'explication scientifique de toute chose. Beck (1986) va ensuite plus loin, en affirmant que la science a utilisé ses propres outils pour se remettre en question, ce qui a conduit à son désenchantement et à sa démythification. Il y aurait d'abord eu une phase de scientificisation simple, c'est à dire une remise en question de la science à l'intérieur de celle-ci sans en laisser transparaître à l'extérieur : Beck parle « *d'une foi inébranlée dans la science et le progrès jusque dans la moitié du XX^e siècle* » (Beck 2001 : 342). Dans une seconde phase dite de « *scientificisation réflexive* », cette autocritique se serait élargie, ce qui aurait « *ébranlé les fondements de la science et la perception qu'elle a d'elle-même* » (343) La science serait désormais désenchantée.

Si on accepte ce point de départ on peut se demander à qui profite ce changement. Correspond-t-il à plus de pouvoir et de place pour les sages-femmes ? Pour les patientes ? Les médecins, toujours selon les sages-femmes, perdent-ils leur place dominante, voire paternaliste ?

4.3.2.1 Les médecins entre deux extrêmes : paternalisme ou désengagement

« La différence entre profane et expert disparaît, et se transforme en concurrence entre différents experts » (Beck 2001 : 369). On pourrait appliquer cette idée aux relations médecins-patientes et conclure que les médecins sont au même niveau que leurs patientes, et que tous peuvent échanger avec les mêmes outils.

Les sages-femmes font quant à elles deux types de constats : d'un côté le paternalisme médical se serait maintenu, de l'autre, un processus se serait amorcé vers un désengagement du médecin : la patiente doit prendre ses décisions seule après avoir reçu l'information nécessaire. Le médecin lui donne ainsi en quelque sorte le statut d'experte.

Chez les sages-femmes, on trouve d'abord l'idée que les médecins sont trop paternalistes, trop dirigistes et tout-puissants. Les médecins ne prendraient pas

forcément le temps d'informer les patientes sur les examens qu'elles ont le choix ou pas de réaliser. Ils auraient plutôt tendance à dire « on va vous faire cet examen, comme le suivi de grossesse classique le prévoit », voire même à réaliser l'examen sans prévenir la femme. Ceci est valable pour les tests sanguins qu'ils appellent de « routine ». Ce qui pose problème aux sages-femmes c'est qu'aucun test n'est banal et qu'il est donc important de toujours solliciter le consentement éclairé de la patiente pour l'ensemble des actes que l'on pratique. Cette notion de consentement éclairé n'est réalisée que si la patiente a pris une décision en ayant compris les tenants et aboutissants de l'examen, ce qui nécessite de prendre le temps de l'expliquer et de rester ouvert aux réactions de la patiente, ce que les médecins ne feraient pas toujours. La plupart le font par esprit « paternaliste », dans l'idée de ne pas encombrer l'esprit des futurs parents. Les sages-femmes, qui pensent qu'il faut avant tout laisser les parents maîtres de la grossesse, critiquent cette attitude.

Souvent, j'ai des femmes qui reviennent après, que j'ai pas vues avant qu'elles aillent chez le médecin, que je suis après à 16 semaines qui ont eu des tests prénataux et qui ne savent pas du tout de quoi il retourne, aucunement. On leur a dit « est-ce-que vous voulez faire un test, ça se fait chez toutes les femmes ? », et elles disent « ah ben oui, si vous le faites chez toutes les femmes ben oui ». Voilà, point. Donc elles ne connaissent pas tous les tenants et les aboutissants et ce que ça peut comporter. (Séverine, sage-femme indépendante, 24.02.09)

C'est marrant la médecine qu'on fait ici, médecin qui n'intègre pas du tout le patient. A priori on dit que le patient ne sait pas. C'est encore une médecine très française avec un docteur assez peu à l'écoute (Zoé, sage-femme indépendante, 13.03.09).

Ce paternalisme médical se ressent surtout par rapport à l'attitude de nombreuses patientes qui se sentent dans la soumission à l'autorité médicale. Elles n'osent pas faire part de leurs inquiétudes aux gynécologues et préfèrent s'adresser à la sage-femme.

Des fois les femmes sont... certaines sont encore un peu impressionnées par le mot médecin. (Jessica, sage-femme hospitalière, 08.09, 09)

A l'hôpital, c'est vrai qu'on rentre dans une structure un peu plus « patriarcale », c'est vrai que les gens y vont les yeux fermés j'ai l'impression. (Virginie, sage-femme indépendante, 6.03.09)

Certaines sages-femmes montrent au contraire un désengagement du médecin. Il n'y a pas vraiment d'un côté celles qui parlent de désengagement et de l'autre de

paternalisme. On trouve plutôt ces deux idées entremêlées dans les entretiens. Les sages-femmes sont ambiguës, voire contradictoires sur ces questions, comme si elles ne parvenaient pas à trancher. Mon hypothèse est que ce sont effectivement deux réalités qui fonctionnent en parallèle. Beck va donc sans doute trop loin quand il parle d'une égalité complète entre les profanes et les experts.

Les sages-femmes insistent aussi sur le désengagement du médecin, ou même de l'institution hospitalière en général.

Depuis 10 ans, il y a une évolution dans l'attitude qu'on a avec les femmes lors de la prise en charge. (...) Peut-être qu'avant on assumait plus une décision. Maintenant on laisse prendre la décision à la femme. (Odette, sage-femme hospitalière, 26.07.09)

L'autre chose qui a changé aussi, au niveau de la médecine en général, c'est que les médecins ne prennent plus position. C'est-à-dire que l'on va présenter à la femme une alternative. Et puis on va lui dire : « voilà madame, vous avez tant de risques que telle chose se passe, si vous faites ça, et puis si vous faites ça, vous avez tant de risques que telle chose se passe. Maintenant vous choisissez ». C'est terrible. Je veux dire... voilà, au moment où j'ai démarré ma formation, c'était pas comme ça. On travaillait encore avec des choses auxquelles on croyait quand même. (...) Il y avait quelque chose de l'ordre de la conviction... qui (a disparu)... parce que c'est très compliqué de choisir. (...) je pense que c'est peut-être une des dérives de la médecine. Evidemment avant c'était le praticien qui disait moi je pense que... et c'était sans doute pas tout à fait bien, mais maintenant je trouve que dans des situations compliquées, c'est difficile pour les gens. De devoir, comme ça sans être des experts mais sur la base de pourcentages ou de chiffres, prendre des décisions. (Zoé, sage-femme indépendant, 13.03.09)

Dans les cas où le médecin se désengage alors que la patiente aurait plutôt besoin que l'on accompagne sa décision, les sages-femmes font part d'un certain glissement de la responsabilité des médecins vers elles.

4.3.2.2 Glissement informel des responsabilités : informer et accompagner la femme dans ses décisions.

Si les médecins se désengagent, il peut d'abord y avoir, selon les sages-femmes, des retombées positives, aussi bien pour les patientes que pour elles-mêmes.

Un désengagement positif : gain de pouvoir pour les patients et les sages-femmes

Les sages-femmes valorisent l'autonomie des parturientes et leur propre pouvoir de décision et d'action. Si le médecin se désengage, cela signifie plus de pouvoir pour la patiente qui devient maîtresse de son destin et de ses propres décisions. On trouve chez Adam et Herzlich (2007) une allusion à ce changement positif :

Un certain transfert de compétences s'opèrent du médecin au patient ; le malade « auto-soignant » et le médecin se trouvent en position plus égalitaire et le modèle de la négociation correspond beaucoup mieux à ce type de relation (Adam & Herzlich 2007 :88)

De même, si le médecin se retire, cela peut supposer plus de place pour la sage-femme. Elle peut ainsi assumer un rôle laissé vacant et pourtant toujours nécessaire par rapport aux demandes et aux besoins des femmes.

Un désengagement lourd à porter pour les patientes et les sages-femmes

Cependant, selon les sages-femmes, le désengagement des médecins peut aussi être largement problématique.

La place nouvelle donnée aux patientes peut être culpabilisante puisqu'elles se retrouvent seules garantes de leurs décisions : faire le choix d'avorter peut alors représenter une souffrance d'autant plus grande. Par rapport au désengagement des médecins, les sages-femmes montrent que les patientes sont souvent démunies et perdues. Dans le cas du double test par exemple, on parle bien d'un risque de trisomie, d'une probabilité que son enfant soit porteur d'un handicap. Quand on prend la décision de réaliser une amniocentèse, on risque une fausse couche provoquée par l'examen. On comprend bien ici que les parents sont placés dans des situations compliquées, douloureuses.

Faire le choix d'interrompre une grossesse, parce que c'est de ça qu'on parle, pour un enfant qui n'a aucune chance de survie si on poursuit la grossesse, il est douloureux affectivement mais il est clair. Faire le choix de prendre le risque de mettre un enfant au monde avec quelques petits défauts sachant que ce n'est qu'un risque... ben c'est pas facile, et on est très seuls dans ces moments là je pense. (Maude, sage-femme indépendante, 24.03.09)

Je pense qu'on se mouille moins parce que quelque part on a beau connaître tous les risques, pour cette dame-là on sait pas et puis qu'on veut pas assumer je pense. C'est la femme qui se

sentira coupable d'avoir fait ci ou ça (...) le droit de décider c'est même des fois un petit fardeau qu'on leur donne : « Ah non, c'est vous qui décidez, hein ! » Je trouve ça un peu extrême. Entre « nous on sait les docteurs ! On décide pour vous Madame ! » ou « vous, vous savez, vous décidez », je pense qu'on va arriver à une sorte d'équilibre. (Yvette, sage-femme hospitalière, 28.07.09)

Or, selon plusieurs sages-femmes, dans ces situations les couples auraient parfois besoin que le professionnel s'implique plus dans la prise de décision. Comme le médecin se désinvestit et que les parents ressentent le besoin d'être soutenus, on assiste à un transfert de la responsabilité, au moins symbolique, du médecin vers la sage-femme. C'est la sage-femme qui va devoir se positionner auprès des parents.

Cela est particulièrement difficile pour les sages-femmes hospitalières qui y sont plus couramment confrontées. Dans une consultation qui se fait en binôme (médecin/sage-femme) le médecin peut annoncer une mauvaise nouvelle et ensuite passer à la prochaine consultation, laissant la femme seule... ou plutôt la sage-femme seule avec la femme. C'est en tout cas un sentiment qui est ressenti par plusieurs sages-femmes hospitalières. Ce sont elles qui doivent alors venir pallier ce désengagement du médecin pour aider la femme à prendre des décisions.

Souvent, on voit des patientes qui se tournent vers nous une fois que l'interne est sorti de la salle et qui nous demande une justification ou de ré-expliquer (...) Et pour moi, en tant que sage-femme c'est compliqué parce que je ressors un peu de mon domaine de sage-femme. C'est un peu un glissement et ce serait impossible de faire autrement. (Chloé, sage-femme hospitalière, 22.06.09)

Nous comme sage-femme on se retrouve tout le temps à ce qu'à la fin de la consultation, c'est nous toutes seules qui somme avec la femme. On est toute seule au début, on accueille, on voit, on fait. On fait notre anamnèse, on voit comment ça va. On transmet, le médecin règle, il part. Et puis après, c'est la sage-femme qui sert la main de la femme à la fin, et puis c'est nous qui avons à ce moment là la femme qui tombe en larmes et puis qui dit « mais je savais pas, je pensais pas, mais qu'est ce qu'il a mon bébé ? » (Imite une femme qui pleure) (...) (Yvette, sage-femme hospitalière, 28.07.09)

Les sages-femmes indépendantes sont elles aussi confrontées à de telles situations. Plusieurs m'ont dit avoir rencontré des femmes venant à l'Arcade pour qu'on ré-explique les résultats d'un test ou pour avoir de l'aide afin de prendre une décision de réaliser une amniocentèse ou même une intervention médicale de grossesse.

Des femmes qui appellent et disent « le médecin me dit que je dois faire une amniocentèse mais c'est quoi ? mais ça veut dire quoi ?, mais c'est quoi les risques ? ». J'imagine que les médecins, pris dans leur flot de travail, ils s'épargnent un peu l'explication de gestes qui sont pour eux banals et qui ne le sont de loin pas pour les femmes. (Elisabeth, sage-femme indépendante, 2.03.09)

Toutes les sages-femmes disent combien cela les place dans des situations très délicates au niveau éthique, il s'agit d'aider, d'accompagner les parents, de les soulager d'un poids en s'investissant, mais en même temps de ne pas laisser transparaître ses valeurs personnelles et ne pas décider à la place des parents. Le professionnel doit toujours rester dans la tension, l'équilibre entre ces différentes obligations. Face à cela, on trouve des sages-femmes qui sont très claires sur l'impossibilité pour le professionnel de prendre parti : on donne toutes les informations à la femme, le mieux possible puis elle décide.

Des parents m'ont déjà dit : « Qu'est-ce que vous en pensez ? » (...). Donc c'est sûr qu'en tant que professionnel c'est pas simple de rester objectif, de rester honnête, de faire fi de convictions diverses, c'est pas évident. Je pense que ce n'est pas ma place de choisir à la place des gens. (Maude, sage-femme indépendante, 24.03.09)

D'autres sages-femmes sont plus ambivalentes, elles essaient d'avoir cette ligne de conduite mais la situation les pousse parfois à aiguiller très légèrement les parents.

[Est-ce qu'il vous ai déjà arrivé de devoir aider des parents à prendre une décision, par exemple de réaliser une amniocentèse ?] Je ne crois pas qu'on doit aider les gens. Parce qu'évidemment après... il ne faut pas que nos propres valeurs transparaissent. Hein, ça c'est assez important, pour moi. Donc, il faut essayer de donner des indications objectives, voilà. On dit, quand on a ce résultat, on conseille de faire cet examen, parce que, etc. (...) Et si on me demande par contre, « comment vous faisiez vous avec vos enfants dans telle situation ? », alors là je peux... ça reste de l'ordre du récit historique (sourire), je peux me permettre de le faire. Mais en même temps, je n'aime pas trop. (Léa, sage-femme indépendante, 6.03.09)

Enfin, certaines, quand elles le jugent nécessaire et face à la détresse des parents, essaient, en s'appuyant sur leur savoir, d'accompagner plus directement les parents à prendre une décision, dans le but de les en alléger en prenant un peu sur soi le poids de la décision.

Les femmes ont besoin quand même d'avoir un avis, quelque chose de plus personnel. Ces

risques, ces chiffres... oui elles entendent des chiffres mais je ne sais pas si elles savent quoi en faire. (...). Si elles me disent « vous vous feriez quoi ? », je peux pas dire « moi je ferais ça ou ça parce que c'est pas moi », par contre ce que je fais c'est que je me base aussi sur l'histoire : « ben il y a 20 ans on ne faisait pas cet examen complémentaire, on s'occupait de l'accouchement, si il y avait un souci particulier on intervenait maintenant on a un élément de plus. Peut-être que cet élément de plus peut nous rassurer ». Moi ça m'arrive quand elles veulent avoir une position de leur dire, « écoutez on n'est pas dans la brousse, si les éléments qu'on a sont assez rassurants pour tenter la voie basse, on a un plateau technique, si il y a une complication qui s'annonce, ben on arrête et on accouche par césarienne. » Donc dans ce sens la je pense que je me mouille un peu et que je dis « ben tentez la voie basse ». (...) Des fois je pense que les parents ont besoin qu'on donne un avis, qu'on partage un peu avec eux cette décision. Je pense qu'il faut qu'on se mouille un petit peu. Moi dans une certaine mesure je le fais parce que je pense pas que c'est faux par rapport à l'éthique, je pense pas que c'est trahir quelque chose au niveau du travail, c'est juste moi je me réfère à l'histoire voilà. (Yvette, sage-femme indépendante, 28.07.09)

Même si le discours des sages-femmes sur leurs pratiques diffèrent, on voit que pour toutes, c'est une posture professionnelle délicate et difficile à tenir qui leur pose de nombreuses questions, voire des dilemmes éthiques. Cette dimension, de plus en plus présente, semble être au cœur d'interrogations qui traversent le métier. Cette évolution progressive vers le désengagement a une influence sur la pratique des sages-femmes qui doivent aider les femmes tout en étant sous le risque d'une sanction pénale.

4.3.3 Droit des patients et information : une concurrence des profanes ?

Comme nous l'avons vu, Beck parle de « désenchantement de la science ». Les conséquences directes sont une concurrence de ses représentants (on parlera ici des médecins) par les patients, autrefois considérés comme *simples* profanes ignorants. Ceux-ci seraient de plus en plus décidés à poursuivre en justice leurs médecins si ils jugent que ceux-ci n'ont pas respecté le contrat qui les unit, si ceux-ci ont commis une faute, une erreur. Cette question se retrouve dans les entretiens des sages-femmes. Selon elles, elle est aussi étroitement liée au développement du droit des patients et à la disponibilité croissante de l'information.

Je commencerai (4.3.3.1) par montrer quelles sont les évaluations que font les sages-femmes sur l'information dont disposent les femmes aujourd'hui sur la grossesse et son suivi, et sur les conséquences que cela peut avoir sur leur pratique

professionnelle et leur identité. Dans une deuxième partie (4.3.3.2), j'étudierai plus précisément l'influence exercée par le *droit des patients* sur les sages-femmes. En effet, celui-ci est souvent interrogé par rapport à la pratique des médecins, or cela a aussi un impact sur celle des sages-femmes. Précisons que c'est aussi le droit des patients qui a ouvert largement l'accès à l'information, les deux sont donc étroitement liés.

4.3.3.1 Des patientes sur-informées ?

Le constat que font tout de suite les sages-femmes à propos du degré d'information des patientes est qu'elles sont, dans l'ensemble, plus informées qu'auparavant sur tout ce qui entoure la grossesse : comment se passe un suivi de grossesse, par qui, combien de consultations sont prises en charge par l'assurance maladie, quels sont les examens qui leur seront proposés, quels sont les comportements alimentaires conseillés, etc.

Les sages-femmes montrent que les professionnels de santé ont de plus en plus pour mission et objectif de délivrer une information complète aux femmes afin qu'elles prennent part aux décisions qui concernent leur grossesse.

On a à [l'hôpital] aussi une politique où on expose les choses aux patientes (Yvette, sage-femme hospitalière, 28.07.09)

[Vous me disiez que les femmes sont mieux informées qu'auparavant ?] Souvent oui. Et celles qui ne sont pas informées, on s'arrange pour les informer au maximum. (Virginie, sage-femme indépendante, 16.03.09)

Les sources de l'information se sont beaucoup diversifiées. Le médecin, ou la sage-femme, ne sont plus les seuls à transmettre le savoir, les patientes ont la possibilité de rechercher, facilement, des renseignements. Selon les sages-femmes, les patientes utilisent beaucoup Internet (à cause de sa grande accessibilité) pour récolter des renseignements. Les femmes utilisent aussi les magazines, les livres, et les émissions de télévision consacrées à la maternité dont le développement est spectaculaire. Une dernière source est le réseau social (relations familiales, amicales ou professionnelles).

Les femmes sont beaucoup informées. (...) Ca vient de partout, de canaux divers et variés, je

sais pas... je suis étonnée, des fois j'écoute la radio le matin, de voir le nombre de sujets en lien avec la maternité. (...) Je crois que les femmes reçoivent beaucoup d'informations, elles regardent beaucoup d'émissions, elles surfent énormément sur Internet (Zoé, sage-femme indépendante, 13.03.09).

Ce qu'il faut préciser c'est que ce constat d'une meilleure information des patientes et d'une capacité plus grande à l'utiliser face au médecin est surtout valable pour les femmes ou les couples issus de couches sociales plutôt favorisées. Il y a une certaine inégalité face à l'information médicale. Les sages-femmes notent le fait que les femmes qui n'ont pas fait, ou peu, d'études sont moins dans cette quête de l'information.

[Et est-ce-que les patients sont plus informés, quand ils arrivent ?] De nouveau ça dépend à qui on a affaire, de l'origine de la patiente, etc. c'est très variable. Ici [à l'hôpital] notre population est très hétéroclite, donc ça demande aussi beaucoup d'adaptation de notre part pour comprendre et essayer de se faire comprendre.

Cependant, cet effet tendrait à s'estomper du fait de l'accessibilité croissante de l'information, à laquelle les femmes seraient confrontées sans l'avoir réellement cherché.

Alors aujourd'hui essentiellement Internet, ça c'est une grande nouveauté ça c'est sûr. En 94 ça n'existait pas. Donc aujourd'hui Monsieur et Madame Tout-le-monde, quel que soit leur niveau d'étude on va dire, peuvent avoir des informations sans aller dans une bibliothèque. (Maude, sage-femme indépendante, 24.03.09)

Il y a plus de livres, ou des émissions à la télévision. Ça devient plus populaire en fait, les gens sont plus informés sans l'avoir vraiment cherché, donc ça atteint plus de monde maintenant. (Virginie, sage-femme indépendante, 16.03.09)

Bitouzé (2001) situe le processus de transformation des rapports entre soignants et soignés au début des années 1980. Les malades s'informent de plus en plus, posent des questions, ils sont plus actifs et plus exigeants. Les experts sont donc désormais concurrencés, ce qui peut transformer leurs relations aux patients. A ce propos, Beck (2001 : 366) écrit que « nous assistons aujourd'hui à la dissolution du monopole social de la science sur la vérité ». Pour les sages-femmes, c'est d'abord quelque chose de positif puisque cela permet aux femmes enceintes d'être plus autonomes mais aussi plus actrices dans leur grossesse par rapport à la médecine. Elles ont

ainsi des outils pour discuter des décisions avec le médecin, comparer aussi les informations différentes.

Parce que l'arrivée d'Internet a pas mal chamboulé. Les femmes peuvent trouver l'information ou elles veulent, quand elles veulent, elles peuvent même l'apporter chez le praticien (sourit) et dire « voilà moi j'ai trouvé sur Internet ça, qu'est-ce que vous en pensez ? ». Alors qu'avant le médecin était un peu celui qui savait tout, maintenant elles peuvent encore argumenter contre lui, et puis ça il y en a plus ou moins qui aiment. (Stéphanie, sage-femme indépendante, 9.03.09)

Je suis toujours épatée par le bagage qu'ils [les patients] amènent déjà et tous ce qu'ils savent (...) Les gens se posent plus de questions et ont peut-être moins cette confiance aveugle au milieu médical comme ça pouvait être auparavant (...) Je les trouve plus déterminés. (Léa, sage-femme indépendante, 6.03.09)

Le fait que les patientes soient aujourd'hui détentrices de savoirs issus de mélanges entre des connaissances profanes, notamment transmises par les amis et la famille, et même scientifiques ou semi-scientifiques grâce aux lectures d'ouvrages ou d'articles spécialisés, change le métier des sages-femmes.

Une première dimension est la nécessité de s'adapter. Souvent la patiente n'arrive pas vierge de toute information, elle n'est plus la page blanche que l'on pouvait remplir à sa guise. La sage-femme doit partir de ses connaissances et venir les compléter. Comme chacune arrive avec une base différente, parfois composée d'éléments non validés par la science, cela demande à la sage-femme une grande capacité d'adaptation, voire de persuasion. Les sages-femmes doivent moins apporter de l'information qu'aider les femmes à faire le tri de celle qu'elles ont acquise par différents moyens. En effet, face à ce flot d'informations disponibles, Bitouzé (2001 :105) parle « *d'information brutale et indifférenciée* », les patientes peuvent être perdues, rencontrer des difficultés à sélectionner l'information valable, celle qui les concerne.

Les gens arrivent avec un bagage et on n'a plus vraiment besoin d'apporter des éléments d'information mais on a besoin d'expliquer plus. Parce que justement ils ont tellement d'informations, qu'on sait plus par quel bout prendre, où mettre quoi. Donc notre rôle il est aujourd'hui plus dans utiliser les informations, partir des informations que les gens ont pour les expliquer. Les expliciter et leur permettre de les trier. (Maude, sage-femme indépendante, 24.03.09)

[Et les patients vous les trouvent plus informés ?] Plus informés oui, mais ça ne veut pas dire forcément de choses plus adaptées à leur situation mais plus informés oui, en quantité oui, mais pas toujours ciblé. Ils cherchent tous azimuts sur Internet, ils cherchent énormément (...) Je trouve que le travail qui est à faire du coup je trouve maintenant... c'est comme si nous on devait l'aider à faire le tri. Pour elle, mais qu'est ce qu'elle a à retenir pour elle. (Jessica, sage-femme hospitalière, 08.09.09)

De plus, les sages-femmes soulignent que même si les femmes ont à leur disposition un grand nombre d'informations, elles ne parviennent pas toujours à s'en servir pour elles-mêmes. Cela signifie qu'un certain nombre d'entre elles, en particulier les femmes issues de milieux sociaux favorisés, intellectualiseraient trop leur grossesse, sans réussir à ressentir ce que leur disent leur corps ou leur instinct. Malgré toute l'information disponible elles ne parviendraient pas à se détendre et profiter de leur grossesse, à la vivre pleinement. Souvent, ce serait même ce trop grand flot d'informations qui les bloquerait encore plus, la course aux renseignements serait mise en place pour éviter de réfléchir à cette expérience de grossesse, à simplement se reposer et à laisser la place à s'imaginer bientôt mère. Selon les sages-femmes que j'ai interviewées cela s'expliquerait surtout par la perte des liens communautaires (peu de transmission familiale sur la manière de vivre une grossesse). L'autre explication se trouverait dans l'accroissement des obligations dans lesquelles sont prises les femmes aujourd'hui, en particulier professionnelles. Cela les maintiendrait dans une hyperactivité qui empêche de réfléchir au temps qui passe et freine la sérénité qu'il serait nécessaire d'adopter, presque comme une philosophie de vie, quand on devient mère.

Il faut un petit peu que les femmes soient un petit peu à l'écoute d'elles mêmes et qu'on arrête de... je pense qu'on donne trop de choses, « ça on peut faire, ça on peut pas faire ». Mais peut-être aujourd'hui il y a une difficulté c'est que les femmes faisant souvent des enfants de plus en plus tard, elles sont à fond dans leur carrière professionnelle, pour cette couche là de la population (aisée) et du coup, la grossesse est un processus qui arrive là comme ça. (...) on a perdu ce côté, ben j'ai vu ma mère, ma tante, tout ça enceinte et j'ai vu comment elles vivaient. (...) Les femmes des fois, même si elles ont énormément d'informations dans leur tête, elles ne le font pas forcément descendre dans leur pratique. Parce que c'est tellement virtuel cette grossesse. (Elisabeth, sage-femme indépendante, 2.03.09)

On ne se fait pas confiance du tout. Au niveau instinctif, il faut le mode d'emploi pour tout. (Rire). On fait un cours pour tenir le bébé : « Comment il faut tenir le bébé ? » je dis : « ben vous le tenez par les oreilles, vous le mettez dans le bain, c'est bon ! » C'est vraiment : « je

n'ose pas toucher un bébé ». Et ça c'est lié vraiment aux populations plus suisses. Certaines populations, en particulier Portugal, c'est des femmes qui ont déjà été confrontées à s'occuper d'enfants. A part quelques femmes ici qui ont fait du baby-sitting, mais c'est rarement des tout-petits, mais les autres sont hyper empruntées. Elles font trop appel à leur rationnel, à leur cerveau non instinctif. (Séverine, sage-femme indépendante, 24.02.09)

Les gens intellectualisent beaucoup et puis des fois moi ce que je ressens, c'est que les gens devraient intellectualiser moins et revenir plus sur le ressenti... l'instinct. (...) Il y a une part de spontanéité des fois qu'ils perdent un petit peu parce que tout est tellement justement... ils ont tellement d'informations de tous les côtés... et des fois ils en cherchent même trop. (Sara, sage-femme hospitalière, 10.08.09)

Une dernière dimension à évoquer est que cette plus grande information des patientes peut conduire les sages-femmes à être elles-mêmes concurrencées, remises en cause, critiquées, voir délégitimées. Elles doivent d'autant plus être alertes, s'informer elles-mêmes régulièrement pour remettre leurs connaissances à jour. Cela représente un coût pour les sages-femmes car même si leurs valeurs professionnelles tendent vers une autonomie et une liberté de la patiente, cela peut parfois les mettre directement en danger, voire leur faire perdre un peu le pouvoir d'être celle qui « sait ».

Si on n'est pas très curieuses de pleins de choses sur Internet, c'est même les femmes qui nous l'apprennent et qui nous disent « mais moi j'ai vu ça comme ça ! » (...) elles aimeraient tellement avoir ce qu'il y a de mieux pour leur bébé qu'elles se demandent si c'est mieux... on n'en est plus aux marques, on en est aux compositions. C'est là que je trouve que les gens sont très bien informés... ils me parlent des fois de choses... je leur dis « ah, mais vous avez vu ça où ce produit ? Dites-moi que je me renseigne aussi quoi ». (Jessica, sage-femme hospitalière, 08.09.09)

Maintenant quand les gens ont une prescription de médicaments, ils vont regarder sur Internet. Donc des fois ils savent plus de choses que nous. Il faut qu'on accepte aujourd'hui que les gens soient des fois mieux informés que nous. (Elisabeth, sage-femme indépendante, 2.03.09)

Le fait que les couples soient plus informés a des conséquences sur la pratique professionnelle des sages-femmes. Cette information, toujours plus présente, du moins en quantité, est aussi permise par le fait que les patientes ont de plus en plus de droits et donc le professionnel de devoirs : il doit donner à la patiente toute

l'information nécessaire et s'assurer que celle-ci la comprenne, lui laisser l'accès à son dossier médical, etc.

4.3.3.2 Impacts du droit des patients

« Historiquement, on est passé du droit aux soins aux droits des patients » (Pansier et Garay, 1999 :7). Cette citation permet d'introduire cette partie consacrée à l'impact du droit des patients. Ceux-ci peuvent être actifs dans les soins qui leurs sont délivrés : ils ont le droit (parfois l'obligation) de prendre position et de décider, et plus juste celui d'être soigné.

Les augmentations des droits pour les patients (notamment d'être informés et de décider) peuvent conduire à expliquer le désengagement des médecins auprès des patientes. Cela s'inscrit aussi dans la figure de la patiente consommatrice, plus à même d'avoir des demandes, qui cherche l'information et ne craint pas de confronter celle qu'elle trouve à celle que détient le professionnel de santé.

Cette évolution du droit des patients qui va vers son extension est en premier lieu perçue comme une avancée par les sages-femmes. Une fois encore, cela rejoint leur combat en faveur de l'autonomisation des patientes. Si celles-ci ont plus de droits, elles pourront poser plus de questions et s'impliquer, ce n'est plus le médecin qui peut décider seul.

Le médecin avant il était mis sur un piédestal (parle doucement). Et il (le droit des patients), enlève ce piédestal. Les femmes peuvent dire, « Moi aussi j'ai le droit à la parole, pour moi ». (Alice, sage-femme hospitalière, 24.06.09)

Je trouve que le droit des patients c'est une bonne chose si ça rend le patient plus autonome, par rapport à la prise en charge de sa santé parce que c'est ce qu'on aime bien nous. (Zoé, sage-femme indépendante, 13.03.09)

Certaines sages-femmes regrettent cependant que ce droit des patients ne soit pas encore toujours assimilé par les médecins : elles critiquent par exemple le manque d'information qui leur sont transmises parfois autour des examens, ou le fait que les demandes d'accès par les patients à leur dossier soient mal perçues. Les sages-femmes montrent aussi qu'il existe une certaine inégalité devant le droit : les

patientes moins favorisées socialement n'ont pas les mêmes possibilités d'user de leurs droits.

Je constate pour le moment que le droit des patient n'est pas tout a fait passé auprès des professionnels ! [Eclate de rire], parce que c'est quand même toujours compliqué d'obtenir son dossier, d'avoir un regard vraiment sur son dossier. (Zoé, sage-femme indépendante, 13.03.09)

[Est-ce que les femmes peuvent se lancer plus facilement dans une procédure judiciaire ?] Je pense que ça dépend du niveau social et de la culture des gens et de la formation. Mais c'est dommage parce que j'ai envie de dire qu'une dame un peu plus défavorisée elle n'aura pas les ressources, alors qu'elle mériterait autant de pouvoir aller sur certaines choses. (Yvette, sage-femme hospitalière, 28.07.09)

Le droit des patients peut aussi représenter, en deuxième lieu, un risque en terme de procès pour les professionnels de santé. Comme une partie des parents seraient plus dans l'attente d'un « enfant parfait », et acceptent moins que leur enfant naisse avec une anomalie non détectée cela peut venir modifier le comportement des soignants, qui se protègent de ce risque de procès. Les sages-femmes ressentent cette menace et critiquent cette évolution : elles invoquent le fait que l'humain est par nature faillible et que l'oublier est une erreur dangereuse. Le droit des patients a donc aussi ses dérives.

Et puis l'impression de ne pas avoir droit à l'erreur. C'est-à-dire que oui on n'a pas le droit à l'erreur, mais simplement on est des êtres humains et on essaie de leur faire comprendre qu'en tant qu'être humain, il y a parfois des choses qui arrivent sans qu'on l'ait prévu ou bien ben la simple personne elle a un état psychique et physique qui correspond à quelque chose aujourd'hui qui ne correspondra pas à quelque chose dans 15 jours ou trois semaines. (Chloé, sage-femme hospitalière, 22.06.09))

J'ai plus le sentiment qu'on attend de moi zéro risque et que toute la démarche d'information sert à mettre en avant que je ne suis pas Madame zéro risque, je ne peux pas !(Rire) (...) Il me semble que parfois on confond droit du patient avec droit de dire que le professionnel qui nous suit ne nous plaît pas, ou même droit d'attaquer en justice (...) Aujourd'hui, on est dans une société où on imagine toujours que le droit qu'on a est celui d'attaquer en justice. Mais pour moi, ce n'est pas cette démarche-là. (Maude, sage-femme indépendante, 24.03.09)

Même si les sages-femmes sont plus protégées que les médecins (leur responsabilité est réduite au niveau légal), on peut trouver chez certaines d'entre elles une référence à ce besoin croissant de protection.

Ils sont obligés de tout détailler et nous ça devient un peu la même chose les femmes doivent être informées vraiment de tous les risques, signer des consentements (...) Et puis des fois c'est mettre la ceinture et les bretelles pour se protéger au maximum (...) C'est vrai quand même temps on voudrait tout leur dire, tout ce qui peut se passer pour être sûr qu'ils étaient au courant et que si il y a quoi que ce soit on peut rien nous reprocher et en même temps quand on leur dit tout ça, ça crée aussi forcément une certaine part d'angoisse. Aux Etats-Unis il y a beaucoup d'histoires de procès, nous il y a aussi quelques histoires et il faut qu'on puisse justifier que tout avait été bien expliqué (Sara, sage-femme hospitalière, 10.08.09).

C'est tout bien écrit, tout ce qu'on fait. On a le côté administratif, pas que le côté soigner des gens. On essaie d'être très clairs avec ça. Tous les soins sont notés, chaque action, chaque intervention. Dès qu'il y a un problème avec la femme, c'est aussi écrit sur l'ordinateur. Tu dois aussi indiquer l'heure. (Anna, sage-femme hospitalière, 25.06.09)

Nous on a toujours été attentives (...) que ce soit le droit des patients, le droit des sages-femmes, les risques qu'on prend. (...) En étant à domicile, on prend quand même pas mal de risques. (Séverine, sage-femme indépendante, 24.02.09)

Précisons cependant que la majorité des sages-femmes restent assez confiantes, insistant sur le fait que les procès effectifs restent rares, contrairement à la situation américaine. On note pourtant une crainte d'être un jour elles aussi touchées plus directement et régulièrement par des procédures judiciaires, si l'évolution qu'elles perçoivent continue et s'élargit à l'Europe.

Je ne pense pas que les couples soient vraiment devenus plus procéduriers. Ce n'est pas encore là. Ça arrivera peut-être, sûrement, mais à Genève, on n'en est pas encore là. C'est pas les Etats-Unis mais ça viendra sûrement. (Virginie, sage-femme indépendante, 16.03.09)

Une sage-femme a émis explicitement l'idée que la plupart des procès seraient déclenchés à cause d'un déficit de communication entre le professionnel et la femme enceinte (ou le couple) : soit il n'a pas pris le temps d'expliquer les risques des examens, soit il n'a pas voulu admettre son erreur et en parler avec les parents. Ceux-ci déclencheraient alors une procédure judiciaire pour être entendus et obtenir des réponses. Ainsi, les sages-femmes qui insistent sur l'importance de la communication seraient moins touchées par les risques de procès.

[Est-ce que l'affaire Perruche³⁴ a eu un effet sur le suivi de grossesse?] Oui, cela a eu un

³⁴ Il faut préciser que les sages-femmes ne connaissaient pas forcément cet arrêt Perruche et ne l'ont jamais cité spontanément. Il serait intéressant de voir si les gynécologues interrogés par les autres membres de l'équipe de recherche ressentent ou pas des impacts de cet arrêt.

retentissement. Depuis cette affaire, ils font plus d'échographies. Mais les gens doivent savoir qu'avec les échographies, on ne voit pas tout, c'est l'information qui fait tout. (...) [Et est-ce que tu as le sentiment que les couples sont de plus en plus procéduriers ou pas ?] S'ils attaquent, c'est parce qu'il n'y a pas assez de transparence. Il y a des procès quand on ne parle pas aux gens. Les gens ne sont pas assez écoutés, il faut expliquer ce que l'on fait. Ils portent plainte car ils veulent savoir ce qui s'est passé. Les médecins les évitent quand il y a un problème, donc les gens veulent savoir et alors ils font un procès. Pour moi, il faut tout expliquer (Jessica, sage-femme hospitalière, 08.09.09).

Bien que les sages-femmes indépendantes soient probablement plus touchées par le risque de procès que les hospitalières (celles-ci sont protégées par la collaboration étroite avec les médecins et leur inclusion dans l'institution hospitalière), on ne trouve pas un discours spécifique des sages-femmes indépendantes et un autre des sages-femmes hospitalières. Cela s'explique peut-être par le fait que les hospitalières sont baignées dans une atmosphère, dans un univers plus habitués aux procès de manière générale : toutes ont déjà eu écho de procès à l'encontre de médecins à la maternité.

Sur la question des conséquences négatives du droit des patients, on sent pointer, dans le discours des sages-femmes, une critique à l'égard des patientes qui sont prêtes à se lancer dans des procédures judiciaires trop facilement. Ceci a à voir avec les figures de « bonnes » et de « mauvaises » patientes que l'on peut percevoir dans les entretiens réalisés avec les sages-femmes.

4.3.4 La patiente idéale

Dans cette partie finale, j'aimerais aborder un dernier point sur ce qu'est une « bonne patiente », ou plutôt une patiente « idéale » pour les sages-femmes. Cela permet d'accéder à un résumé des valeurs professionnelles portées par les sages-femmes. Cela aide à comprendre aussi leurs contraintes et l'enjeu fort et délicat autour de leur autonomie. Ces éléments ont déjà été appréhendés dans les parties précédentes, il s'agit ici de les regrouper de manière synthétique afin de venir clore l'analyse.

La patiente idéale écoute son corps, ses instincts, elle se connaît, sait prendre le temps et réfléchir à ce qu'elle veut. Elle est également porteuse d'une vraie philosophie de vie : sérénité, calme, retour à la nature sont ses valeurs. Grâce à ces

qualités, elle peut être autonome : elle ne croit pas en la toute puissance de la médecine, des examens, des médicaments, de la technique, elle sait les remettre en cause quand elle le juge nécessaire. Elle a des informations mais n'en recherche pas trop : elle n'en a pas besoin puisqu'elle a, *a priori*, confiance en son corps et en sa capacité d'être mère.

De plus, elle est actrice de sa grossesse, active, elle pose des questions, a des demandes, sait faire respecter ses choix (par exemple de ne pas réaliser certains examens). Elle est capable d'aller au bout de ses décisions, et d'assumer d'avoir fait le choix de recourir aux services d'une sage-femme pour faire suivre sa grossesse (il n'y a pas de demandes ou de besoin d'un double suivi, elle reconnaît à la sage-femme la place entière du professionnel). Cependant, cette idée d'être active doit rentrer dans les valeurs de la sage-femme : pour être une patiente « idéale », il faut que ses demandes aillent dans le sens de la physiologie, de l'écoute de soi et de son corps.

On remarque que la figure de la patiente idéale est en fait celle qui permet à la sage-femme de pratiquer son métier de la manière la plus autonome possible, dans le respect de ses valeurs et de son identité professionnelle. Plus la femme est forte, confiante et sait s'écouter, plus cela permettra d'accéder à une grossesse idéale : c'est-à-dire une grossesse physiologique, avec peu d'interventions médicales et techniques. Un suivi avec une sage-femme en somme.

CONCLUSION : L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE DES SAGES-FEMMES AUJOURD'HUI... ET DEMAIN ?

Du questionnement de départ de la place des sages-femmes dans le suivi de grossesse, j'en suis arrivée à chercher les sources de leur identité professionnelle ainsi que les impacts sur leur métier des évolutions qui se jouent autour du suivi de grossesse. L'identité professionnelle portée par les sages-femmes à Genève a été passionnante à analyser. Celle-ci est multiforme, puisant ses sources dans son histoire mais aussi dans son adaptation à des réalités nouvelles, et est finalement le résultat de tensions, d'ambiguïtés entre des manières différentes de concevoir et de pratiquer le métier de sage-femme.

La première partie de l'analyse a montré (4.1) que certaines valeurs professionnelles sont portées par l'ensemble des sages-femmes. Il s'agit de l'accompagnement des femmes et des couples dans la grossesse, c'est-à-dire la capacité professionnelle à être présente sans toutefois trop s'imposer afin de permettre aux acteurs de faire leurs propres choix. On retrouve également la centralité de la physiologie inscrite dans les règlements et la loi, et qui fait aussi partie d'une dimension fondamentale et spécifique du métier de sage-femme. Ensuite, la notion de globalité d'un point de vue holiste se retrouve dans le discours des sages-femmes : il s'agit de s'intéresser à la femme comme un tout. Un autre but défendu par les sages-femmes et qui structure leur identité est leur capacité à faire le lien entre la femme et son propre corps, mais aussi entre les différents professionnels qui peuvent intervenir autour de la femme pendant sa grossesse. Un autre élément particulièrement marquant est que dans tous les entretiens des sages-femmes, on trouve des allusions à leur passion pour leur métier. Etre sage-femme représente plus qu'un métier, c'est une vocation, presque une philosophie. Enfin, on trouve des éléments communs à toutes les sages-femmes sur la question de la légitimité : être un métier minoritaire (puisque très spécialisé) est parfois difficile pour être connu et reconnu auprès des femmes enceintes, des médecins, ou politiquement.

S'il existe des facteurs structurant l'identité des sages-femmes à Genève, on peut aussi voir que, du fait de leur statut et du cadre différent dans lequel elles travaillent, les sages-femmes hospitalières et indépendantes ont une pratique parfois différente, ce qui influence la perception qu'elles ont de leur métier. Ainsi, alors que les indépendantes rencontrent surtout des femmes qui ont fait des études supérieures et qui ont expressément choisi un suivi avec une sage-femme, les hospitalières rencontrent un grand nombre de femmes mais seulement pour la fin du suivi de leur grossesse en général. Ces dernières ont une approche moins globale mais doivent plus s'adapter aux femmes. Ensuite, la collaboration avec le médecin est différente : à l'hôpital elle est quotidienne, alors qu'elle est plus rare en dehors. La question de la reconnaissance est particulièrement épineuse : les sages-femmes hospitalières se sentent reconnues par les médecins et bénéficient de l'aura de prestige de l'hôpital auprès des patientes. Les indépendantes rencontrent au contraire des difficultés dans la collaboration avec les médecins installés en cabinet qui semblent rejeter la possibilité que les sages-femmes puissent suivre les grossesses. De plus, leur rémunération est variable, et elles ne comptabilisent pas tous les actes et surtout conseils qu'elles délivrent aux femmes. Par contre, les indépendantes ont le sentiment d'être plus libres, moins tournées vers le médical. Ainsi, la satisfaction de leurs clientes les légitime et leur donne un sentiment de reconnaissance. Ces différences créent parfois des tensions entre les sages-femmes indépendantes et hospitalières, alimentées par le fait qu'elles se rencontrent et se connaissent peu.

Dans la deuxième partie de l'analyse (4.2), j'ai montré que la distinction entre sages-femmes indépendantes et hospitalières est insuffisante pour expliquer les sources différentes de leur identité professionnelle. Il est effectivement apparu, au cours de l'analyse, que deux figures idéal-typiques de la sage-femme peuvent être construites. Chacune a des sources identitaires différentes (même si certaines valeurs restent centrales pour toutes comme nous l'avons vu) et s'articulent autour de leurs rapports différents aux risques, à la technique et à la médicalisation, sans dépendre uniquement de leur statut professionnel.

La première figure, qualifiée « d'exclusive » est caractérisée par une sage-femme qui met en avant ses outils traditionnels de sage-femme (utilisation de ses mains, écoute de la femme, etc.), milite pour le maintien et la défense de la physiologie, adopte un

discours critique à l'égard des médecins et de leurs techniques qui conduisent à diminuer la part de la physiologie, en partie à cause du stress que cela provoque chez la femme. Au contraire, celle de « l'équilibriste » est représentée par une sage-femme en général hospitalière, qui apprécie la collaboration étroite avec le monde médical, en connaît plus les techniques et est prête à se spécialiser. Celle-ci se préoccupe également des grossesses pathologiques dont elle s'occupe dans les limites de ses prérogatives.

Il existe une tension au sein même du métier de sage-femme entre d'un côté la défense d'une identité professionnelle originelle, et de l'autre, une adaptation à un contexte qui change. Chacune de ces deux figures utilise en fait des stratégies différentes pour atteindre un même but : maintenir le métier de sage-femme et son identité professionnelle, et trouver des sources de reconnaissance dans un contexte de développement des risques, de la technique et de la médicalisation autour du suivi de grossesse.

Dans une dernière partie (4.3), j'ai interrogé le rapport des sages-femmes avec *leurs* patientes. Je me suis intéressée aux reconfigurations des relations entre les professionnels de santé et les patientes, liées à la fin du monopole de la science sur le savoir et concrétisées par une meilleure information des patientes et leurs droits.

Le premier constat est que les patientes seraient plus enclines à rechercher la perfection pour leur bébé. De plus, une nouvelle image de patiente-consommatrice a émergé : celle-ci est plus à même de formuler des demandes précises et exige du professionnel qu'il y réponde de manière adéquate puisque celle-ci paie pour un service (celui d'être soigné). Une autre évolution des patientes soulignée par les sages-femmes est l'attraction qu'elles ont à la fois pour un suivi de grossesse plus « naturel », moins « invasif » et le besoin constant d'être rassurées par la technique médicale. Or, il s'agit de besoins et de demandes antinomiques.

Ensuite, en suivant les apports de Beck sur l'idée du « désenchantement » de la science, je me suis demandée si cela était profitable pour les sages-femmes. Selon elles, c'est le cas puisque les patientes, en osant plus confronter leur avis et demandes à ceux des professionnels, sont ainsi plus libres et autonomes. Cependant, même si certaines critiquent les médecins pour leur paternalisme, la

plupart font part d'une évolution : ceux-ci se désengagent pour laisser la femme, ou le couple, prendre des décisions autour du suivi de la grossesse, comme si eux-mêmes étaient des experts. Les sages-femmes voient principalement cela comme une avancée puisque les patientes ont la possibilité d'être plus libres et autonomes. Cependant le coût est grand, c'est celui de la culpabilité puisque les futurs parents deviennent les seuls responsables de l'avenir de leur foetus en choisissant de prendre ou non certains risques. Comme ces décisions sont souvent très difficiles à prendre, les parents se tournent alors régulièrement vers les sages-femmes pour recevoir un soutien dans la prise de décision et s'en décharger, au moins en partie. C'est alors à la sage-femme qu'il revient d'aider les parents tout en respectant son éthique professionnelle, ce qui la conduit à des dilemmes courants et difficilement résolubles.

La dernière question, toujours liée à l'évolution des patientes, est celle des droits nouveaux qu'elles ont. Le *droit des patients*, ainsi que le développement d'Internet a conduit les sages-femmes à rencontrer des patientes plus informées. Leur métier s'en est trouvé changé : leur rôle est désormais surtout d'aider les parents à faire le tri. De plus, elles sont parfois directement concurrencées, les patientes étant quelques fois détentrices de renseignements que les sages-femmes ignorent. La reconnaissance de plus de droits pour les patientes a des influences directes sur le métier de sage-femme : comme les patientes ont plus de droits, elles sont plus armées pour être reconnues dans leurs demandes (ce qui est valorisé par les sages-femmes), cependant, cela peut les placer elles-mêmes dans des situations délicates avec le risque de procès en cas d'erreurs. Même si elles insistent pour dire qu'en Suisse, les procès restent rares, plusieurs ont commencé à se protéger contre ce risque, leur pratique s'en trouvant quelque peu modifiée.

Au carrefour d'évolutions nombreuses, les sages-femmes s'adaptent pour défendre leurs valeurs professionnelles et leur métier. Même si elles prennent parfois des orientations différentes, on ne peut pas conclure à la disparition d'une identité professionnelle structurante et portée par l'ensemble du métier. Les facteurs centraux, hérités de la tradition des sages-femmes, se sont en effet maintenus à travers l'histoire. Malgré la rencontre de plusieurs moments qui sont venus fragiliser la profession (on pense en particulier à celui où les médecins ont pris le monopole de

la naissance et du suivi de grossesse), celle-ci n'a jamais disparu et s'est toujours adaptée.

Avant de clore ce travail, j'aimerais en exposer certaines limites. La première est directement liée à ma méthodologie. Ma problématique et mon analyse se sont largement construites en même temps que j'avais dans la réalisation des entretiens. Ainsi, je suis restée beaucoup plus proche de mon guide d'entretien et de mon questionnement de départ dans les premiers entretiens. Pour ces entretiens, j'ai peu relancé les sages-femmes sur les questions de leur identité professionnelle, leur trajectoire de vie qui les a conduites à épouser le statut d'indépendante plutôt que celui de salariée d'un hôpital ou d'une clinique. Même si l'on peut souvent déduire ces éléments en lisant les entretiens, parce qu'elles-mêmes ont donné des éléments d'explication sans que je les leur demande, il est vrai que c'est un élément qui peut manquer. C'est aussi pour absorber un peu ce constat que j'ai augmenté la taille de mon échantillon (de moins de 10, il est passé à 15).

Cette limite me paraît cependant difficilement contournable quand on laisse une part à l'inductif dans son travail. Quand on réalise des entretiens non-directifs ou semi-directifs, ou que l'on pratique l'observation, l'analyse se construit sans cesse, de nouvelles idées apparaissent quand on rencontre de nouveaux informateurs, qu'on se rend dans de nouveaux lieux. L'impression de redondance, qui aide le chercheur à détecter le moment où il va pouvoir quitter son terrain, *n'arrive* sûrement jamais complètement. Il est cependant important d'essayer de faire plus d'entretiens ou d'observations si on estime que les premiers sont insuffisants puisqu'on n'aurait pas creusé dans un sens qui est maintenant central dans l'analyse. Enfin, le chercheur ne peut faire fi des exigences universitaires et institutionnelles auxquelles il doit faire face et qui le conduisent aussi hors du terrain à un moment donné. Ne pas toujours aborder la question de l'identité des sages-femmes dans les entretiens n'est pas qu'une limite, cela donne aussi un intérêt au travail. En effet, cela m'a permis d'éviter le biais classique de la suggestion par le chercheur des réponses, ou même de ce qui doit être important comme questionnement. Ainsi, j'ai constaté que les sages-femmes ont besoin, et aiment parler de leur métier, de leur passion à le faire, de leurs valeurs professionnelles qui les ont conduites plutôt vers une pratique

indépendante éloignée de la médecine et de la technique ou au contraire vers l'hôpital.

Une deuxième limite est le fait que je me suis centrée sur le suivi de la grossesse (qui était le sujet de la recherche dans laquelle je me suis insérée) et ai laissé de côté l'accouchement. En effet, les sages-femmes occupent une place et jouent un rôle plus prégnant dans l'accouchement des femmes que dans le suivi de leur grossesse. De plus, j'ai cru déceler, dans les entretiens, que les enjeux autour du risque, de la médicalisation, mais aussi de la judiciarisation de la grossesse et des mutations de la figure du patient, y sont encore plus fondamentaux et visibles. Bien qu'il était intéressant de se centrer sur le suivi de la grossesse qui a été peu étudiée en sciences sociales, pour enrichir ce travail et pousser l'analyse plus loin, je pense qu'il serait nécessaire d'y ajouter l'angle de l'accouchement.

Enfin, il serait intéressant de mesurer l'évolution de l'identité de sage-femme. Nous avons vu qu'il existe deux figures, « exclusives » ou « équilibristes » qui poussent soit vers une prise en charge « physiologique de la grossesse », comme un événement ancestral, biologique et donc normal, soit vers une prise en charge plus spécialisée et technique dans le but de limiter les risques. Finalement, ces professionnelles devront-elles faire un choix entre ces deux figures ? Quel sera-t-il ? Au contraire, est-ce-que cette tension continuera de structurer le métier même de sage-femme ? De tels questionnements interrogent plus profondément et plus globalement l'évolution des patientes, leurs attentes et besoins, mais aussi celle de la médecine. Cela pourra permettre de réinterroger la route que l'on prend, les choix que l'on fait autour du suivi de grossesse, et même de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

– (1991), *Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age*, Cambridge: Polity press

– . (1992), *L'hôpital en urgence*, Paris : A.-M. Métaillé

– . (2000), *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, Paris : Presses Universitaires de France

– . (Septembre 1997), « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences sociales et Santé*, Vol.15, no3, pp.103-131

— . (1994), « Les sages-femmes face à l'innovation technique », in AIACH et FASSIN (dir.), *Les médecins de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris : Antropos, pp.279-307

— . (2008) [1969], *La société de cours*, Paris : Flammarion

ADAM Philippe, HERZLICH Claudine (2007), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris : Armand Colin

ARBORIO Anne-marie (2001), *Un personnel invisible, les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris : Anthropos

ARBORIO Anne-Marie, COHEN Yves, FOURNIER Pierre, HATZFELD Nicolas, LOMBA Cédric, MULLER Séverin, (2008), *Observer le travail. Histoire, ethnographie, approches combinées*, Paris : la Découverte

ARMSTRONG David (1995), « The rise of surveillance medicine », *Sociology of health and illness*, vol.17, no3, pp. 393-404

BECK Ulrich (2001), [1986], *La société du risque, sur la voie d'une autre modernité*, Paris : Flammarion

BECKER Howard S. (2004), [1986], *Ecrire les sciences sociales. Commencer et terminer son article, sa thèse ou son livre*, Paris : Economica

BESSONART Jeannette (1992), *Paroles de sages-femmes*, Paris : Stock

BITOUZE Véronique (2001), *Le fœtus, un singulier patient. Espoirs et doutes chez les soignants de médecine fœtale*, Paris : Seli Arslan

BOURDIEU Pierre (1993), *La misère du monde*, Paris : Edition du Seuil

BOURRIER Mathilde (sous la direction de), avec la collaboration de AGUILAR Aristoteles, BOURRIER Mathilde, DIMITROVA Ekaterina, GOUILHERS Solène, LACHAVANNE Marius, SCHINDLER Mélinée, VENTURIN Marc (2009). "*Nous, on soigne rien sauf des machines*", *Le pouvoir insoupçonné des aides-soignants en Anesthésie*, Genève : Université de Genève

CANGUILHEM Georges (1979) [1943], *Le normal et le pathologique*, Paris : Presses Universitaires de France

CARPENTER Mick (1994), "The subordination of nurses in health care: towards a social divisions approach", in RISKI Eliane, WEGAR Katarina, *Gender, work and medicine*, pp.95-130

CARRICABURU Danièle (2005), « De la gestion technique du risque à celle du travail. L'accouchement en hôpital public », *Sociologie du travail*, 47 (2), pp. 245-262

CARRICABURU Danièle, MENORET Marie (2005), *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris : Armand Colin

CASTEL Patrick, MERLE Ivonne (2002), « Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins », *Sociologie du travail*, 44, pp.337-355

CLARKE Adele E., MAMO Laura, FISHMAN Jennifer R, K.SHIM Janet, RUTH FOSKET Jennifer (April 2003), "Biomedicalization : technoscientific transformations of health, illness and US biomedicine", in *American Sociological Review*, Vol.68, no2, pp. 161-194

CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard (1991) [1977], *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*, Paris : Editions du Seuil

DE TERSSAC Gilbert (1992), *Autonomie dans le travail*, Paris : Presses universitaires de France

DE VEER Anke J., WOUTER and MEIJER J. (1996), "Obstetric care: competition or co-operation", *Midwifery*, 12, pp.4-10

DESAULNIERS Marie-Paule (2003), « La naissance de la profession de sage-femme et la crise d'identité », in Georges A. LEGAULT, *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*, Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec

DEVRIES Raymond G. (1993), « A cross-national view of the status of midwives », in RISKI Elianne and WEGAR Katarina , *Gender, work and medicine*, London: Sage, pp. 131-146

DEVRIES Raymond G. and all (2001), *Birth by design. Pregnancy, Maternity Care and midwifery in North America and Europe*, New York: Routledge

DUBAR Claude et TRIPIER Pierre (2005), [1998], *Sociologie des professions*, Paris : Armand Colin

DUBESSET Mathilde (1995), « Les mutations d'une identité professionnelle. Le cas des sages-femmes des années 1920-1950 à Saint Etienne », *Bulletin du Centre Pierre Léon d'histoire économique et sociales*, 2-3, pp. 35-44

DURKHEIM Emile (2002) [1894], *Les règles de la méthode sociologique*, Paris : Presses universitaires de France

ELIAS Norbert (2007) [1939], *La civilisation des mœurs*, Paris : Presses Pocket

EWALD François (1986), *L'Etat providence*, Paris : Grasset et Fasquelle.

FREIDSON Eliot (1984), *La profession médicale*, Paris : Payot.

GIDDENS Anthony (1994), [1991] *Les conséquences de la modernité*, Paris: l'Harmattan

HAERTCH Maggie, CAMPBELL Elisabeth, SANSON-FISHER Rob (August 1998), « Who can provide antenatal care? The views of obstetricians and midwives », *Australian and new Zealand journal of public health*, pp. 471-475.

HOERNI Bernard, SAURY Robert (1998), *Le consentement. Information, autonomie et décision en médecine*, Paris: Mason

HUDE Camille (2009), « L'arcade des sages-femmes aide les mamans depuis quinze ans », *Le Courrier*, Samedi 31 Octobre 2009

HUGHES Everett C. (1996), *Le regard sociologique. Essais choisis*. Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie, Paris : Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

HUGUES David (1988), « When nurses knows best: some aspects of nurse/doctor interaction in a casualty department », *Sociology of Health and Illness*, Vol.10, no1

JACQUES Béatrice (2007), *Sociologie de l'accouchement*, Paris : Presses Universitaires de France

JOLY Sandra (2007), « Vers un suivi global de la femme enceinte. L'Arcade sage-femme développe ses prestations », *La Tribune de Genève*, 3 novembre 2007

KNIBIEHLER Yvonne (2007), *Accoucher : femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*, Rennes : Editions de l'école nationale de la santé publique

LANE Karen (1995), « The medical model of the body as a site of risk: a case study of childbirth », in GABE Jonathan, *Medicine, health and risk. Sociological approaches*, Oxford ; Cambridge MA : Blackwell, pp. 53-72.

LERT France (Septembre 1996), « Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ? » (Commentaire de l'article de Schweyer), *Sciences sociales et santé*, vol.14, n°3, pp 103-115

LUISIER Viviane (2006), *Sages-femmes : la cornette sous le paillason ? : Évolution de la profession entre 1960 et 2000 à Genève : contribution au débat sur la naissance*, Chêne-Bourg : Médecine & Hygiène

LUPTON Deborah (1997), "Consumerism, reflexivity, and the medical encounter", *Social Science & medicine*, Vol. 45, No. 3, pp. 373-381

MERTON Robert K. (1997), « L'apport de la recherche empirique à la théorie sociologique », *Éléments de théorie et de méthodes sociologiques*, Paris: Armand Colin/Masson, pp.41-60

MOLINIER Pascale (2006), «Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets», In. Patricia PAPERMAN, Sandra LAUGIER (dir.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Paris : Editions de l'École des Hautes Études en Sciences sociales, p.299-316

MOYSE Danielle, DIEDERICH Nicole (2006), *Vers un droit à l'enfant normal ? L'arrêt Perruche et l'impact de la judiciarisation sur le dépistage prénatal*, Ramonville Saint-Agne : Ed. Erès

OFFICE FEDERAL DE LA STATISTIQUE (OFS) (1/2007), « Mettre au monde dans les hôpitaux de Suisse », *Stat Santé*, Neuchâtel, consulté à l'adresse <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/04/01/dos/02.html>, le 12 novembre 2009

PAILLET Anne (2000), *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris : la Dispute

PANSIER Frédéric-Jérôme, GARAY Alain (1999), *Le médecin, le patient et le droit*, Rennes : Editions ENS

PATENAUDE Johane et XHIGNESSE Marianne (2003), « Processus identitaire et syndrome du conflit de rôles : le cas de la profession médicale », in LEGAULT A. Georges (dir.), *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*, Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, pp.55-83

PAUGAM Serge (2008), *La pratique de la sociologie*, Paris : Presses Universitaires de France

PENEFF Jean (2009), *Le goût de l'observation. Comprendre et pratiquer l'observation participante en sciences sociales*, Paris : la Découverte

PERETTI-WATEL Patrick, (2003) [2000], *Sociologie du risque*, Paris : Armand Colin

PETITAT André (1994), « La profession infirmière » in AÏACH Pierre et FASSIN Didier (dir.), *Les médecins de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris : Antropos, pp.227-243

PIERRON Jean-Pierre (2007), « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences sociales et santé*, Vol.25, no2, pp. 43-65

POCHON François (1999), *Le droit des patients à l'hôpital*, Paris : Presses Universitaires de France.

PORTER Sam, CROZIER Kenda, SINCLAIR Marlene and KERNOHAN W. George (December 2007), « New midwifery? A qualitative analysis of midwives' decision-making strategies », *Journal advanced nursing*, vol.60, issue 5, pp. 525-534

POUCHELLE Marie-Christine (2008), *L'hôpital ou le théâtre des opérations. Essais d'anthropologie hospitalière-2*, Paris : Seli Arslan

REMENNICK Larissa (January 2006), "The quest for the perfect baby why do Israeli women seek prenatal genetic testing?" *Sociology of Health & Illness*, Vol. 28(1), pp. 21-53

SABBADIN Romana, TAMARIT Natividad (1987), *Sage-femme : une profession pas comme les autres*, Travail de fin d'étude, Genève : Ecole de Soins Infirmiers Le Bon Secours

SAINSAULIEU Ivan (2006), « Les appartenances collectives à l'hôpital », *Sociologie du travail*, 48, pp.72-87

SAINSAULIEU Renaud (1993), [1985], *L'identité au travail*, Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques.

SAXELL Lee, « risque : théorie ou réel ? » (2004), in PAGE Lesly Ann (dir.), *Le nouvel art de la sage-femme : science et écoute mises en pratiques*, Paris : Elsevier, pp.85-103

SCHWEYER François-Xavier (Septembre 1996), « La profession de sage-femme: autonomie au travail et corporatisme protectionniste », *Sciences sociales et santé*, vol.14, no3, pp 67-100

SEGALEN Martine (2007), « Préface », in JACQUES Béatrice, *Sociologie de l'accouchement*, Paris : Presses Universitaires de France

SOUTOUL Jean-Henri, PIERRE Fabrice (1991), *La responsabilité médicale et les problèmes médico-légaux en obstétrique*, Paris : Maloine.

STRAUSS Anselm (1992), textes réunis et présentés par Isabelle BASZANGER, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris: L'Harmattan.

VEGA Anne (2000), *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris : Editions des archives contemporaines

VUILLE Marilène (Avril 2000), « Les sages-femmes face à « l'accompagnement global » : quels enjeux professionnels et sociaux ? », *Perspectives soignantes*, Edition Seli Arslan S.A., Paris, No7

WEBER Max (1992) [1965], *Essais sur la théorie de la science*, Paris : Presses Pocket

SITOGRAFIE

<http://www.arcade-sages-femmes.ch/>

<http://www.sage-femme.ch> (Site de la fédération Suisse des sages-femmes)

<http://www.ansfl.org/> (Association nationale des sages-femmes libérales, France)

<http://www.hug-ge.ch/soins/maternite.html> (Site de la maternité des Hôpitaux Universitaire de Genève)

<http://www.bien-naître.ch> (Site de l'association genevoise de parents *Bien-naître*)

<http://www.guidesocial.ch>

<http://www.heds-ge.ch> (Site de la Haute Ecole de Santé – Genève)

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Situer la sage-femme

>Depuis combien de temps exercez-vous à Genève ?

>Mode de pratique (privé, lié à l'arcade, hospitalière)

Identité professionnelle

>Comment définiriez-vous votre métier en quelques mots ?

>En quoi consiste précisément votre activité professionnelle ?

>A travers notre recherche, nous nous intéressons au suivi de grossesse, et plus particulièrement au premier trimestre.

- Quelle proportion de femmes (par mois) vient-vous voir spécifiquement pour un suivi de grossesse (approximativement) ?

>Votre lieu de travail (arcade, hug, indépendant) donne t-il, ou même exige-t-il, un exercice particulier de la profession ? Comment ?

Evolution du métier et informations

>Pour vous, y a t-il eu des évolutions majeures du métier de s-f depuis que vous avez commencé à pratiquer (à Genève) ?

- Quelles sont les difficultés spécifiques de la pratique du métier aujourd'hui ?

>Avez-vous le sentiment d'une évolution des femmes enceintes (couples), vos patientes, du point de vue de leurs questions, de leurs demandes, de leurs attitudes?

- En quoi ?
- Comment pensez-vous que les sages-femmes y répondent ?
- A quoi cela est-il dû ?

>Les patientes (couples) vous semblent-elles plus inquiètes qu'auparavant ?

- Plus demandeuses en terme d'examens ?
- Pourquoi ?
- Comment les sages-femmes répondent-elles à cette demande ?

>On parle aussi beaucoup des attentes d'enfant parfait, de vouloir un enfant avec zéro défaut. Est-ce quelque chose que vous rencontrez, observez dans votre pratique ?

- Est-ce en augmentation ?
- Comment se manifeste concrètement cette demande ?
- Comment expliquez ce phénomène ?
- Quel rôle jouez-vous là-dedans ?

>Pensez-vous qu'aujourd'hui les patientes soient mieux informées ?

- Y a-t-il eu une évolution des outils et conseils donnés aux patientes sur le suivi de leur grossesse ? Lesquels ?
- Y a-t-il des progrès à faire sur l'information du public ou des patients sur la grossesse ?
- Sur quoi les femmes sont elles le moins informées ? à votre avis pourquoi ?

>Par ailleurs, selon vous, quelles sont les informations les plus importantes à donner à une femme enceinte (pour la première fois) :

- En matière de consommation d'alcool
- En matière d'alimentation (liste complète de tous les aliments à éviter); devoir de mettre en garde quitte à faire sévère ; avez-vous le sentiment que tout est déjà su ?

>Est-ce qu'il y a des domaines où une information sûre est plus difficile à donner ?

>Est-ce que vous distribuez de la documentation écrite à vos patientes enceintes pour la première fois (brochures, références à sites Internet) ?

- Automatiquement, sur demande ?
- Sur quels sujets cela vous paraît surtout utile ? [Demander exemplaire ou référence]

Différence d'approche sage-femme /gynécologue

>Quelles sont, selon vous, les différences d'approches entre les gynécologues et les sages-femmes dans le suivi de grossesse ?

- Qu'est ce que la sage-femme est susceptible d'apporter que le médecin ne peut pas (ou moins) ?
- Ces approches sont-elles plutôt divergentes ou complémentaires ? En quoi ?

>Vous arrive t-il d'apporter un complément aux femmes qui sont suivies par des gynécologues ? Si oui dans quels domaines ?

- Vous arrive-t-il par exemple d'apporter un complément d'explication aux résultats de certains tests (double test) ?
- Voir d'aider les femmes à prendre des décisions (amnio, IVG) ?

>Votre appui dans ce domaine est-il différent de celui du gynécologue ? En quoi et pourquoi ?

>Existe-t-il une collaboration professionnelle entre sages-femmes et gynécologues ?

- Si oui, comment cela se traduit-elle ? Pouvez-vous parler d'un réseau autour du suivi de grossesse ?
- Si non, pourquoi cela n'est pas le cas ? (pas nécessaire, absence de volonté ?)
- Travaillez-vous vous-même en collaboration avec un ou plusieurs gynécologue(s) ?

Outils

>Quels sont les outils auxquels vous faites appel pour assurer le suivi de grossesse ?

- Sachant que vous ne disposez pas de certains outils réservés aux médecins, comment assurez-vous ce suivi ?
- En complément, Orientez-vous les femmes vers d'autres structures ? (Dianécho,etc)

>L'offre technique autour du suivi de grossesse est en augmentation. Est-ce que cela vous aide dans le suivi de grossesse ?

- Pensez-vous qu'il y a trop de tests ? Suffisamment ? et d'échographies ?
- En ce qui concerne les femmes enceintes (couples), pensez-vous que l'augmentation de l'offre technique, du médical, est un facteur rassurant ou plutôt source de plus d'angoisses pour les femmes enceintes (couples) ?
- Est-ce que l'augmentation de la dimension technique aurait tendance à dénaturer le suivi ?

>Annoncez-vous directement les résultats des tests (comme celui du double test) aux femmes (couples) que vous suivez ?

- Si oui, de quelle manière annoncez-vous le résultat ? Est-ce que vous appuyez sur des chiffres, des images, vos expériences ?
- Si non, qui délivre ces résultats ? Vous arrive-t-il malgré tout d'en rediscuter avec les femmes (couples) que vous suivez ?

Population-cible

>Quelles sont les attentes des femmes qui viennent vous voir dans le cadre du suivi de grossesse?

- A quel stade de leur grossesse font-elles appel à vous en général ?
- En majorité, les suivez-vous dès le début de leur grossesse ou viennent-elles au bout d'un certain temps ? Si c'est le cas, pourquoi ?

>Pourquoi se dirigent-elles vers vous et pas vers un gynécologue, ou pas uniquement vers lui ?

- Que vous disent les femmes ?
- Qu'en pensez-vous ?

>Est-ce qu'il y a un profil-type de femmes qui viennent vous voir ?

- Est-ce qu'il y a au contraire un certain profil de femmes que vous ne voyez pas, ou peu ?

Perception des risques

>Pensez-vous qu'il y a plus de grossesses à risque aujourd'hui ?

- Peut-on dire plutôt/aussi qu'un plus grand nombre est considéré comme tel ?

>Peut-on faire facilement une distinction entre grossesse à risque et grossesse normale ?

- Sur quels critères pouvez-vous vous baser pour définir cela ?
- En cas de grossesse dite « à risque », cela a-t-il une influence sur le type de suivi que vous donnerez ? (orientez-vous de manière systématique les femmes « à risque » vers un gynécologue par exemple ?)

>Pensez-vous que sages-femmes et médecins définissent les risques de la même manière ?

Justice et risques

>On parle aujourd'hui de plus en plus de droit des patients. Ressentez-vous cela sur le suivi de grossesse ?

>Pensez-vous que les couples sont devenus plus procéduriers ?

>Avez-vous des collègues qui se sont retrouvés devant la justice ?

ANNEXE 2 : LISTE DE CODES (ATLAS Ti)

"Etre professionnelle"	Faire la distinction entre grossesse pathologique et physiologique	Sage-femme gynéco -	critique
Aide à la décision			
Annonce résultats	Faire le lien	Sage-femme gynéco +	critique
Argent	Femmes actrices/passives	Sage-femme hôpital -	critique
Attachement des femmes au gynéco	Femmes et consommation...	Sage-femme hôpital +	critique
Autonomie	Femmes et décision		
Collaboration avec autres	Femmes et info	Sage-femme médecine	critique
Collaboration sages-femmes /médecin	Femmes et perfection Femmes et risques	Sage-femme et accompagnement global: tps-psycho-social-culturel	et
Comparaison sage-femme /médecin	Femmes et techniques	sage-femme et difficultés/contraintes	et
Consentement/choix	Femmes stress, angoisse, inquiétude	Sage-femme et pathologie/physiologie	et
Craintes	Glissement des tâches		
Critique - comportement femme	Les hospitalières parlent des indépendantes	Sage-femme et stratégies...	et
Critique + comportement femme	Les indépendantes. parlent des hug	sage-femme et technique	
Définir le métier de médecin	Le relationnel	Sage-femme et vision de la grossesse	
Des infos "à la carte"	militantisme, passion, dévouement	Sage-femme et info	
Définir son métier	outils propres sage-femme	Sages-femmes et rapport aux risques	
Désengagement médecin/gynéco	Position sur le paternalisme	tuteur	
Diversité		type de population	
Durée consultation	Pouvoirs de la sage-femme	Vision négative droit patient	
Evolution demande des femmes	Prendre des précautions	Vision positive droit patient	
Evolution des examens	Protocole		
Evolution métier	Réaction gynéco si suivi sage-femme		
Évolution société/femmes par rapport aux procès	Sentiment de reconnaissance		

Université de Genève

20 novembre 2009