



HAL
open science

Le corps de l'accouchement : dynamiques sociales au croisement du genre et de la biomédicalisation

Mathieu Azcue

► **To cite this version:**

Mathieu Azcue. Le corps de l'accouchement : dynamiques sociales au croisement du genre et de la biomédicalisation. Sociologie. Université Lumière - Lyon II, 2023. Français. NNT : 2023LYO20053 . tel-04402755

HAL Id: tel-04402755

<https://theses.hal.science/tel-04402755v1>

Submitted on 18 Jan 2024

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

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



N° d'ordre NNT : 2023LYO20053

THÈSE de DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON 2

École Doctorale : ED 483
Sciences sociales

Discipline : Socio-Anthropologie

Soutenue publiquement le 19 juin 2023 par :

Mathieu AZCUÉ

Le corps de l'accouchement.

Dynamiques sociales au croisement du genre et de la biomédicalisation.

Devant le jury composé de :

Jérôme COURDURIÈS, Professeur, Université Toulouse Jean Jaurès, Président

Rachel CHAGNON, Professeure, Université du Québec (Montréal), Rapporteur

Elixabete IMAZ MARTINEZ, Professeure, Université de Bilbao UPV, Rapporteur

Gilles HERREROS, Professeur émérite des Universités, Université Lumière Lyon 2, Examinateur

Virginie ROZÉE, Chargée de recherche HDR, Institut National des études démographiques,

Examinatrice

Laurence TAIN, Professeure des Universités émérite, Université Lumière Lyon 2, Directrice de thèse

Contrat de diffusion

Ce document est diffusé sous le contrat *Creative Commons* « [Paternité – pas de modification](#) » : vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer ni l'adapter.

Université Lumière Lyon 2

École Doctorale 483 Sciences Sociales

Le corps de l'accouchement

-

Dynamiques sociales au croisement du genre et de la biomédecinisation

MATHIEU AZCUÉ

Thèse de Doctorat de Sociologie

Sous la direction de la Pr. **LAURENCE TAIN**

Présentée et soutenue publiquement le 19 juin 2023

Composition du jury

Rachel Chagnon - professeure, Université du Québec à Montréal (Canada), rapporteure.

Jérôme Courduriès - professeur, Université de Toulouse, président.

Gilles Herreros – professeur émérite, Université Lumière Lyon 2.

Elixabete Imaz Martinez - professeure, Université du Pays Basque (Espagne), rapporteure.

Virginie Rozée – chargée de recherche HDR, INED.

Laurence Tain - professeure émérite, Université Lumière Lyon 2, directrice de thèse.

À Gabrielle.

« Il s'agirait donc pour vous, hommes, de parler entre vous, hommes, de la femme, qui ne peut être intéressée par l'écoute ou la production d'un discours concernant l'énigme, le logogriphe qu'elle représente pour vous. Le mystère qu'est la femme constituera donc la visée, l'objet et l'enjeu d'un discours masculin, d'un débat entre hommes, qui ne lui ferait pas question, ne la concernerait pas. Dont elle n'aurait à la limite rien à savoir »

L. Irigaray, *Speculum. De l'autre femme*, 1974.

« Les fils au bout desquels la technique introduit dans notre vie les forces et les matériaux de la nature sont autant de chaînes qui nous lient et nous rendent indispensables infiniment de choses qui ne le sont absolument pas, qui ne devraient pas l'être, au regard de ce qui importe dans la vie »

G. Simmel, *Philosophie de l'argent*, 1900.

Remerciements

Ma profonde gratitude à Laurence Tain pour m'avoir transmis sa rigueur d'analyse et d'écriture. Cette thèse doit beaucoup à sa disponibilité, son énergie et son enthousiasme. J'ai rencontré une formidable maïeuticienne. Je suis très reconnaissant aux membres du jury d'avoir accepté de lire cette thèse et de participer au jury : Rachel Chagnon, Elixabete Imaz, Virginie Rozée, Gilles Herreros et Jérôme Courduries. Je remercie également les membres du Centre Max Weber, de l'université Lyon 2 et les membres de l'équipe Dynamiques sociales et politiques de la vie privée pour leur écoute, leur soutien et leur disponibilité : Jean-Hughes Déchaux, Christine Detrez, Isabelle Sayn, Marie Clémence Le Pape, Gaëlle Clavandier, Corinne Rostaing, Maks Banens, Emmanuelle Santelli, Bruno Milly, Cécile Favre, Priyanka Valleix, Melina Faveton. Je remercie également l'équipe du collège des Humanités et Sciences sociales de l'université Lyon 1, tout particulièrement Evelyne Lasserre et Jérôme Goffette pour leur écoute attentive et leur soutien. De même, mon parcours a été émaillé de rencontres intellectuelles dans le champ de la santé publique, notamment au sein de l'équipe RESHAPE, et je remercie les Pr. Philippe Michel et Corinne Dupont ainsi que mon collègue Laurent Gaucher pour nos échanges passionnants. Mes remerciements vont également à mes collègues doctorants ou désormais docteur.es : Virginie Blum, Zhanna Karimova et Marylène Lapalus. J'ai une profonde reconnaissance pour les femmes et les hommes qui ont participé à cette enquête, pour ces moments offerts tantôt joyeux, tantôt d'une profonde tristesse, face à l'expérience si exigeante de l'accouchement. Merci à elles et à eux pour leur confiance. Je dédicace ce travail à mes collègues sages-femmes qui ont accompagné mon parcours professionnel et m'ont aidé à bâtir des ponts entre santé et sciences sociales : Marie Barré, Dominique Licaud, Isabelle Deputier, Nicole Simon, Chantal Birman, Isabelle Bonnin, Maï Le Du, Marie-Cécile Moulinier et bien d'autres. Pour sa relecture, sa patience, son soutien, ses talents, j'adresse toute ma gratitude à Magali Romaggi. À toutes celles et ceux qui ont soutenu ce projet et ont fait de cette recherche personnelle une aventure collective, en toute fraternité, je remercie Pierre Mourier, Michèle Le Dily, Julien Tardif, Vivianne Baret Rouanet ainsi que toutes celles et ceux qui se reconnaîtront. Enfin, à l'amour d'une vie, William aura été un soutien quotidien et sans faille.

Sommaire

| | |
|---|------------|
| RESUME | 1 |
| ABSTRACT..... | 2 |
| INTRODUCTION GENERALE : L'ACCOUCHEMENT COMME SCENE SOCIALE : DE L'EXPERIENCE VECUE A SA TRADUCTION PUBLIQUE | 3 |
| PREMIERE PARTIE : LES PARCOURS D'ACCOUCHEMENT : TROIS CONCEPTIONS INDIVIDUELLES DU CORPS AU PRISME DU SYSTEME DE GENRE..... | 29 |
| CHAPITRE 1 : L'ACCOUCHEMENT DANS L'HISTOIRE : MODELE TERNAIRE DU CORPS ET AMENAGEMENT DU GENRE | 33 |
| CHAPITRE 2 : BIOGRAPHIES PROFESSIONNELLES : AUXILIAIRES DE PUERICULTURE, SAGES-FEMMES ET MEDECINS A L'EPREUVE DU GENRE..... | 59 |
| CHAPITRE 3 : LES PARCOURS DES COUPLES A L'EPREUVE DE L'ACCOUCHEMENT : UNE EXPERIENCE AU PRISME DU GENRE..... | 95 |
| CONCLUSION : LE PARADOXE DU SYSTEME DE GENRE DANS LA SCENE SOCIALE DE L'ACCOUCHEMENT : A LA FOIS OMNIPRESENT ET INVISIBLE AUX ACTEUR.TRICES..... | 127 |
| DEUXIEME PARTIE : LE CORPS DE L'ACCOUCHEMENT : TROIS EXPERIENCES AU CROISEMENT DU GENRE ET DE LA BIOMEDICALISATION..... | 131 |
| CHAPITRE 4 : LE CORPS CONTEMPORAIN DE L'ACCOUCHEMENT SOUS L'EMPRISE SOCIALE DE LA BIOMEDICALISATION ET DU GENRE..... | 135 |
| CHAPITRE 5 : LES MODELES PROFESSIONNELS AU PRISME DE LA BIOMEDICALISATION ET DU SYSTEME DE GENRE..... | 167 |
| CHAPITRE 6 : L'EXPERIENCE DES FEMMES ET DES COUPLES A L'EPREUVE DE L'IMBRICATION DU SYSTEME DE GENRE ET DE LA BIOMEDICALISATION | 207 |
| CONCLUSION : LES TROIS MODELES EMBLEMATIQUES DE L'EXPERIENCE DE L'ACCOUCHEMENT ET LA DYNAMIQUE DES RAPPORTS SOCIAUX | 247 |
| TROISIEME PARTIE : LA SCENE PUBLIQUE DE L'ACCOUCHEMENT : UNE DYNAMIQUE SOCIALE FONDEE SUR UNE COLERE DIFFERENTIALISTE ET DES REVENDICATIONS CITOYENNES | 251 |
| CHAPITRE 7 : LES OPPORTUNITES DE TRANSFORMATION DES CADRES SOCIAUX PAR LES ACTEUR.TRICES..... | 255 |
| CHAPITRE 8 : DES INITIATIVES LOCALES DE RESISTANCE A LA BIOMEDICALISATION | 293 |
| CHAPITRE 9 : LA SCENE DE L'ACCOUCHEMENT COMME PROBLEME PUBLIC..... | 339 |
| CONCLUSION : VERS L'EMANCIPATION DES FEMMES ?..... | 387 |

| | |
|---|------------|
| ÉPILOGUE : POUR UNE SOCIOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT..... | 393 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 403 |
| ANNEXES..... | 435 |
| ANNEXE 1 – LES BIOGRAPHIES PROFESSIONNELLES – QUARANTE-CINQ ENTRETIENS | 437 |
| ANNEXE 2 – LES BIOGRAPHIES DES USAGERES – QUARANTE-TROIS ENTRETIENS..... | 447 |
| ANNEXE 3 – REPARTITION DES BIOGRAPHIES PAR MODELE | 457 |
| ANNEXE 4 – L'ARCHITECTURE DE LA SALLE D'ACCOUCHEMENT COMME REVELATEUR DE LA HIERARCHIE MEDICALE DANS LES DEUX MATERNITES | 465 |
| ANNEXE 5 – GLOSSAIRE..... | 469 |
| ABREVIATIONS..... | 475 |
| LISTE DES ENCADRES..... | 477 |
| LISTE DES FIGURES | 478 |
| LISTE DES TABLEAUX | 479 |
| TABLE DES MATIERES..... | 481 |

Résumé

Comment se jouent les dynamiques sociales de l'accouchement au croisement du genre et de la biomédicalisation aussi bien dans l'expérience vécue que dans sa traduction publique ? Cette thèse apportera un éclairage sur cette question à partir des données empiriques constituées de quatre-vingt-huit entretiens de professionnels et d'usagères réalisés au sein de deux maternités hospitalières et de deux associations de parents et futurs parents ainsi que des observations dans les différents sites. L'accouchement fait l'objet d'une analyse tant au niveau de l'expérience individuelle des personnes que dans sa traduction publique. Pour ce faire, nous avons réalisé une généalogie socio-historique à partir d'une modélisation ternaire du corps et de son croisement avec les rapports sociaux de sexe et la biomédicalisation. Nous avons ainsi identifié trois postures chez l'ensemble des actrices que nous avons qualifiées de conforme, citoyenne et cosmique. Ces postures individuelles informent la dynamique propre aux mouvements sociaux et réciproquement, qu'il s'agisse des mobilisations professionnelles des sages-femmes ou celles des usagères contre les violences obstétricales et gynécologiques. Nous avons repéré trois phases dans ces mouvements sociaux sexués : une colère de nature différentialiste, puis l'émergence de revendications de nature citoyenne à côté de cette expression genrée et enfin l'élaboration d'un récit public qui résiste simultanément aux inégalités femmes/hommes et à la biomédicalisation dans la scène reproductive. Cette dernière phase est ainsi marquée par des succès politiques nationaux et internationaux qui forment un jalon essentiel pour l'émancipation des femmes.

Titre : Le corps de l'accouchement : dynamiques sociales au croisement du genre et de la biomédicalisation.

Mots clés : biomédicalisation, genre, grossesse, accouchement, sages-femmes, obstétriciens, violences obstétricales, corps, cosmos.

Abstract

How can social dynamics during childbirth, such as gender and biomedicalization, be explained while including the experience in both private and public sphere? This dissertation aims at answering this issue by using a set of empirical data. Eighty-eight interviews from professionals as well as users were conducted in two different maternity services. Data also include interviews from two different parents and future parents' organizations. Childbirth is analyzed from a private sphere perspective, focusing on the individual dimension as well as its impact on the public sphere. This dissertation starts with a socio-historical genealogy following a body ternary modelization and its intersection with both gender and biomedicalization social dynamics. We identified three different body postures: The Conformist, The Citizen and The Cosmic postures. These three individual stances inform us of these social movements' specific dynamics. Midwives strikes, users' protests against gynecological or obstetrical violences, improve our understanding of these three postures. Furthermore, this dissertation examines three different phases in the social and gender movements: a differentialist anger, the citizens' claims on top of the differentialist agenda and finally, a public narrative immune to gender inequalities and biomedicalization in the context of the reproductive social scene. This last phase includes a lot of international as well as national political successes which represent a major step towards women's emancipation.

Titre: The body of childbirth: social dynamics in the intersection of gender and biomedicalization.

Keywords: biomedicalization, gender, pregnancy, childbirth, midwives, obstetricians, obstetric violence, body, cosmos.

Introduction générale

-

**L'accouchement comme scène sociale : de
l'expérience vécue à sa traduction publique**

Être troublé.

Homme sage-femme depuis plus de quinze ans, il ne fut pas aisé de questionner les évidences professionnelles dans la mesure où il a fallu dépasser notre propre histoire professionnelle pour faire l'analyse du récit des autres. Ainsi, faire soi-même partie de la réalité qu'on tente d'étudier a constitué un enjeu de réflexivité nécessaire. Les premiers temps de travail sur le terrain furent particulièrement délicats tant nous avons eu l'opportunité de saisir une violence ordinaire qui nous était devenue invisible au fil des années de pratique. En faire un récit, c'était aussi accepter d'ouvrir la boîte noire de l'obstétrique, de révéler toute la complexité du travail ordinaire des professionnel.les mais aussi des usagères, des couples qui ont confiance ou non dans l'institution médicale.

Dans différents contextes professionnels, nous avons fait face à la volonté de certaines usagères de s'émanciper du cadre médical qui, malgré leur opposition, leur était imposé. Les régulations normatives de toutes sortes qui encadrent le travail ordinaire des sages-femmes et des médecins nous ont rendu perplexe. La relation hiérarchique entre médecins hommes et sages-femmes femmes, qui s'apparente plus à une relation de couple qu'à une relation professionnelle, est perturbée par l'effet du trouble dans le genre que suscite la présence d'un homme sage-femme dans une salle d'accouchement. Ce malaise est précisément ce que nous avons voulu saisir, il est en soi un objet sociologique. Comme le relève Erving Goffman, « *une illusion, une tromperie ou une auto-illusion sont à tout prendre et précisément des faits* » (Goffman, [1974] 1991, p.435).

Ces tensions s'inscrivent dans une transformation profonde et rapide des modalités de l'accouchement en France. En effet, de l'accouchement à domicile avec une sage-femme dans les années 1950 à l'accouchement dans une maternité sous l'égide d'une équipe médicale pluri-professionnelle de nos jours, les transformations technologiques de l'obstétrique mais aussi le regard que les femmes portent sur l'expérience de la maternité sont majeures. Pour paraphraser Adrienne Rich (1976), notre réflexion porte à la fois sur la maternité « *comme expérience* » et sur la maternité « *comme institution* ». En ce sens, pour appréhender la scène sociale de

l'accouchement, il nous paraissait essentiel de produire une analyse qui s'appuie sur l'expérience des femmes, des professionnel.les, dans leurs interactions mais aussi sur l'aspect collectif de cette scène sociale à travers les malaises, les revendications professionnelles et les mouvements sociaux qui font la promotion d'une alternative.

Notre questionnement à cette étape fut le suivant :

De quelles dynamiques sociales l'accouchement à l'hôpital et dans l'espace public est-il le révélateur ?

1 D'une posture située à une analyse des transformations sociales

1.1 Produire des récits situés à partir des expériences minoritaires

Donner la parole à tous les acteur.trices, en particulier les personnes considérées comme non légitimes, est essentiel à la construction de récits situés, récits sous-tendus par un processus d'objectivation. Les historien.nes de la naissance des années 1970 ont fait ce travail d'intégration des paroles minoritaires. Ainsi, les obstétriciens¹ qui étaient décrits précédemment dans l'histoire de la médecine comme des sauveurs sont devenus les bénéficiaires d'un rapport de pouvoir :

« Pour les historiens de la médecine, l'importance des maternités dans l'évolution des accouchements était évidente : ces institutions avaient joué un rôle déterminant dans la transformation de l'obstétrique en une discipline universitaire à part entière et pouvaient donc être créditées d'un grand nombre des bienfaits que ce changement avait entraînés pour la mère comme pour l'enfant. Cette conception a été complètement révisée dans les années 1970 et 1980, quand les services d'accouchement ont alors été

¹ En effet, jusque dans les années 1980, l'histoire de la naissance a concerné uniquement les hommes médecins.

perçus comme les instruments ayant permis aux accoucheurs masculins d'imposer leur loi aux femmes enceintes et de marginaliser les sages-femmes » (Schlumbohm, 2002).

La philosophe Sandra Harding (1991) a forgé le concept d'« *objectivité forte* » pour prendre à contre-pied la science « dominante » dans le cadre plus vaste d'une épistémologie féministe du point de vue (*standpoint theory*). Il s'agit de tenir compte des déterminismes sociaux, culturels et historiques qui fondent le travail scientifique pour savoir d'où l'on parle. Cette approche est critique d'un regard universel et objectif de la science. Pour Elsa Dorlin, une « *objectivité forte* » est au croisement de

« la production d'une théorie à partir du vécu des femmes, [le] du privilège épistémologique accordé aux points de vue minoritaires et minorisés, [le] du caractère situé et partiel/partial de la science dominante, l'imbrication entre savoir/pouvoir, l'idée que les productions scientifiques ne sont pas hors du monde social, qu'elles sont politiques » (Dorlin, 2008, p.27-28).

D'une autre façon, cette posture permet d'avoir une analyse fine des interactions et des enjeux tant pour les usagères que pour les professionnel.les. Pour Christine Delphy, il était nécessaire de l'interroger au regard de la structure sociale et des rapports sociaux :

« qu'il n'y ait pas de connaissance neutre est un lieu commun. Mais de notre point de vue cela a un sens très précis. Toute connaissance est le produit d'une situation historique, qu'elle le sache ou non. Mais qu'elle le sache ou non fait une grande différence ; si elle ne le sait pas, elle se prétend "neutre", elle nie l'histoire qu'elle prétend expliquer [...]. Toute connaissance qui ne reconnaît pas, qui ne prend pas pour prémisses l'oppression sociale, la nie, et en conséquence la sert objectivement » (Delphy, 1999, p.277).

Sarah Bracke, Maria Puig de la Bellacasa et Isabelle Clair font le même constat de l'importance de l'affirmation d'une posture située et féministe dans la production scientifique. Les auteures ajoutent que le féminisme du positionnement est aussi attentif à

« un savoir fondé sur la vie des personnes subissant l'exploitation (la classe ouvrière) [qui] rend différemment et mieux compte du monde qu'un savoir fondé sur la vie des dominants (la bourgeoisie) [...] [et] accorde de la valeur au savoir produit à partir d'expériences africaines-américaines est apparue dans un contexte de luttes des

Noir.es contre les institutions de la suprématie blanche, dont les institutions productrices de savoir » (Bracke, Puig de la Bellacas, Clair, 2013).

En ce sens, cette épistémologie produit une analyse au croisement de plusieurs rapports sociaux. Nous visons à identifier le point de vue de tous les acteur.trices à travers des expériences majoritaires ou minoritaires.

1.2 Une sociologie au croisement de la structure sociale et des interactions entre acteurs.trices

Simultanément, les cadres sociaux co-construisent l'expérience vécue et il nous semble nécessaire d'en repérer les régularités comme le souligne François Dubet :

« Cette élaboration théorique est redevable à d'autres théories qu'à elle-même. Par exemple, elle admet que des régularités statistiques puissent révéler des mécanismes de formation "holistes" de détermination des conduites et des opinions, et l'hypothèse d'une structure sociale est nécessaire » (Dubet, 2004).

L'analyse des interactions permet également d'appréhender les logiques des acteur.trices :

« Cela étant entendu, elle admet aussi que les conduites s'expliquent en termes de jeux et de matrices de choix au sein de ces cadres structuraux » (Ibid.)

L'analyse conjointe des cadres sociaux et des interactions entre acteur.trices permet de saisir la transformation des cadres sociaux :

« Elle admet enfin que les acteurs ne se réduisent à aucune de ces deux logiques et qu'ils ont les capacités de les critiquer et de les transformer parce qu'ils doivent faire avec, produire de l'unité là où la "société" n'en donne pas ou plus » (Ibid.).

Le dialogue entre Pierre Bourdieu et Michel Foucault réalisé par Jean-François Bert (2007) est de ce point de vue éclairant entre le structuralisme du premier et l'étude des marges du second. Pour Michel Foucault, malgré les contraintes de la structure sociale, il existe *« de nombreuses possibilités de reclassements et d'arrangements entre les individus »* (Bert, 2007, p.143). L'auteur précise que Michel

Foucault préférait le terme d'assujettissement à celui de domination pour souligner les possibilités de décalages des acteurs.

1.3 Pour une sociologie des décalages

L'analyse de la reproduction sociale rend visible ce qui est conforme dans les actions des acteurs et ce qui reproduit la structure sociale. Néanmoins, on peut aussi envisager une « *sociologie des décalages* » car des acteurs sociaux se décalent. Ces décalages peuvent être analysés comme des « *moteurs de la transformation sociale* » (Tain, 2013) ou des déplacements dans la structure sociale (De Certeau, [1968] 2008). Notre posture vise donc à repérer les micro-déplacements pour « *penser le rapport entre cette infinité de petits déplacements et les formes publiques où s'affirme la rupture des rapports de domination* » (Rancières, 1993, p.1013).

Il s'agit ainsi d'une sociologie qui permet de penser les formes de l'émancipation à partir d'acteurs qui se pensent comme sujets de leur existence comme le souligne Nicole-Claude Mathieu :

« Aucun être humain -fût-ce dans les pires conditions d'oppression ou de dégradation imposée – ne peut ne pas se penser soi-même » (Mathieu, 1993, p.11).

La structure sociale contraint les acteurs mais n'impose pas la conformité au cadre, chacun.e ayant la capacité à se décaler comme l'analyse Jean-Hughes Déchaux :

« Ces objets collectifs, ces cadres, instruisent, paramètrent les choix et décisions individuels. Mais instruire, paramétrer ne signifie pas déterminer. Les cadres ne fabriquent pas l'action. Ils se présentent sous la forme de règles (explicites ou implicites) qui, du point de vue de l'analyse de l'action, sont à la fois des contraintes externes et des habilitations. Elles limitent certes la marge d'action de l'individu, mais lui offrent aussi des ressources pour agir » (Déchaux, 2010).

1.4 Le croisement des rapports sociaux

Quelles dynamiques sociales cibler pour éclairer la scène sociale de l'accouchement ?

Tout d'abord, cette scène est traversée par le système de genre. En effet, pour Raewyn Connell, « *le genre est la structure des relations sociales centrée sur l'arène reproductive* » (Connell, 2002, p.10). Laurence Tain observe que « *sans l'enjeu social du travail reproductif, quelle serait l'utilité de rigidifier un dispositif de différenciation des catégories de sexe ?* » (Tain, 2013, p.57).

Une posture « *genre, classe, race* » (Kergoat, 2021) a souvent été adoptée pour analyser les phénomènes sociaux. Mais l'accouchement est à la fois l'acmé du travail reproductif et co-construit par les techniques biomédicales car le processus de biomédicalisation enserme la scène de l'accouchement tant dans l'usage des techniques et technologies sur les corps féminins que dans les hiérarchies sociales et professionnelles entre acteurs. C'est ce qui amène Laurence Tain à prendre en compte aussi le processus de biomédicalisation pour étudier le corps reproducteur et à proposer d'« *appréhender la dynamique spécifique qui s'opère au croisement de la biomédicalisation et des rapports sociaux de sexe* » (Tain, 2013, p.101).

C'est cette dernière perspective que nous retenons et nous allons donc interroger les dynamiques croisées du système de genre et de la biomédicalisation. Le système de genre et la biomédicalisation produisent chacun un ensemble de normes. Mais il faudra également analyser leur croisement : ce que le genre fait à la biomédicalisation et réciproquement. Nous affinerons et développerons cette approche en caractérisant plus précisément la biomédicalisation comme rapport social et en indiquant l'intérêt spécifique à croiser ces deux rapports sociaux dans l'introduction de la deuxième partie.

1.5 L'accouchement comme problème public

La scène sociale de l'accouchement est aussi à l'origine d'une multiplication de malaises sociaux tant chez les usagères que chez les sages-femmes. Les grèves à répétition de sages-femmes (1988, 2001, 2013, 2021), la création des premières maisons de naissance (2015) et depuis 2017, la visibilité publique des « violences obstétricales » ont confirmé que l'accouchement est devenu en une décennie un problème public. Ainsi, dans un dossier consacré aux violences obstétricales comme « *question politique et de santé publique* », Virginie Rozée et Clémence Schantz

soulignent l'importance des mouvements sociaux dans la construction d'une alternative :

« Face à cette “*techno-bio-médicalisation*” de l'accouchement, des mobilisations ont émergé pour dénoncer ces pratiques et proposer des alternatives » (Rozée, Schantz, 2021).

Nous serons donc amenés à analyser les logiques inter-individuelles mais également les mouvements sociaux, la place de l'État et les stratégies professionnelles. Nous produirons une analyse en termes de « *mouvements sociaux sexués* » (Kergoat, 2012), c'est-à-dire d'intégration de la dimension du genre dans la constitution des mouvements sociaux de l'alternative à l'accouchement biomédical dans l'introduction de la troisième partie.

Notre regard se porte donc sur les interactions entre acteur.trices et sur les structures sociales. L'accouchement est devenu un problème public, c'est pourquoi nous allons analyser les interactions sur la scène sociale, les mouvements sociaux en santé des femmes dans l'espace public et leurs effets réciproques. Nous avons ainsi deux rapports sociaux, le genre et la biomédicalisation, dont on analysera la coproduction et les effets de manière spécifique et conjointe.

2 Une scène sociale genrée

2.1 Des postures universaliste, différentialiste et *queer*

Nous allons mobiliser le travail de Françoise Collin pour cette présentation des principaux courants féministes. Les mouvements universaliste et différentialiste s'affrontent publiquement au début des années 1970. Nous les considérons comme féministes dans la mesure où ils visent la transformation des rapports sociaux de sexe au niveau de la structure sociale.

Pour les universalistes, l'espèce humaine est indivisible. L'organisation sociale ne peut se construire sur une hiérarchie basée sur des faits biologiques naturalisés :

« *La position universaliste repose sur l'affirmation selon laquelle tous les êtres humains sont des individus au même titre, indépendamment de différences secondaires touchant aux traits physiques, à la « race », au sexe, à la langue, etc.* » (Collin, 2000, p.26).

Le différentialisme est avant tout un courant qui s'est construit à partir de la pensée de femmes psychanalystes. Contrairement aux universalistes qui postulent l'universel, les différentialistes opposent « *l'irréductibilité du féminin au masculin* », plaçant l'expérience de la maternité comme centrale dans la vie des femmes. Comme les universalistes, les différentialistes rejettent la hiérarchie sexuée. Françoise Collin résume ainsi la posture différentialiste :

« *la position différentialiste soutient qu'il y a deux sexes au sein de la même humanité : l'accès à l'égalité n'est pas l'accès à l'identité [...], la domination masculine a en effet approprié l'universel en le tronquant [...]. L'irréductibilité du féminin au masculin est figurée morphologiquement par un fondement corporel qui ne détermine pas une autre espèce de l'humanité mais une variante de l'humanité refoulée. Cette variante est incontournable quand on confronte les expériences respectives de la maternité et de la paternité* » (Collin, 2000, p.28).

Le courant *queer* est plus récent. Les bases féministes qui vont produire la théorie *queer* sont les travaux de la philosophe Judith Butler² sur la performativité du genre, ceux sur le « *système sexe/genre* » de l'anthropologue Gayle Rubin³ et ceux sur le dépassement de la binarité des sexes et des sexualités de la littéraire Eve Kosofsky Sedgwick⁴. Il s'agit dans le féminisme, de penser la subversion de l'ordre hétérosexuel. Le sexe est mouvement, n'est pas circonscrit, « *le sexe est trouble et*

² Sur les travaux de Judith Butler, *Gender trouble. Féminism and the subversion of Identity*, [1990] 2005 pour la traduction française. L'objectif affiché par l'auteure est de proposer une dénaturalisation de l'hétérosexualité dans une politique de subversion. Cet ouvrage est une référence incontournable de la théorie *queer*.

³ Pour un aperçu des travaux de Gayle Rubin, la synthèse *Surveiller et jouir. Anthropologie politique du sexe* aux éditions EPEL parue en 2010 dans laquelle on peut lire l'un de ses tout premiers textes « *Le marché aux femmes* » (Rubin, 1975) où l'auteure fait discuter la psychanalyse de Jacques Lacan et l'anthropologie de Claude Lévi-Strauss. En plein féminisme de la deuxième vague, Gayle Rubin propose le concept de « *système sexe/genre* ». L'auteure y affirme que « *la division du travail selon le sexe peut être vue comme un tabou : un tabou contre la similitude des hommes et des femmes, un tabou divisant les sexes en deux catégories mutuellement exclusives, un tabou qui exacerbe les différences biologiques entre les sexes et par là crée le genre [...]* le genre est une division des sexes socialement imposée » (Rubin, 1975).

⁴ Écrit en 1990, *Epistemology of closet* d'Eve Kosofsky Sedgwick est considéré comme l'un des ouvrages majeurs ouvrant le champ des études sur les sexualités associées historiquement à la théorie *queer*.

innombrable », sexe biologique, sexe chromosomique, sexe hormonal. Françoise Collin souligne que :

« *La pensée post moderne est en ce sens un devenir femme ou un devenir féminin de la pensée et de la pratique. Le sexe n'est pas substantifiable : il n'est ni un ni deux mais un mouvement de différer [...] Le féminin, comme catégorie et non comme marque d'un des deux sexes, est arrachement à la logique binaire des oppositions* » (Collin, 2000, p.28)⁵.

Au-delà, Sam Bourcier (2001) observe que les principales auteures *queer* ont déplacé le champ de recherche de l'analyse des rapports sociaux de sexe issue de la tradition matérialiste française vers un axe sexualités/genre. Ce déplacement s'opère en particulier avec J. Butler dans *Gender Trouble* qui reformule l'analyse matérialiste du système de genre à partir des concepts de performativité du langage et des performances de genre avec le travestissement par exemple. Néanmoins, l'auteure a été conduite à remettre en cause son analyse centrée sur les effets du langage et de la culture et à prendre en compte l'impact des corps dans une publication ultérieure, *Ces corps qui comptent* (Butler, 1996).

Notre posture est universaliste dans la mesure où nous nous inscrivons dans une approche constructiviste de la société. Par ailleurs, nous empruntons au féminisme matérialiste sa conception anti-naturaliste (Delphy, 1999) et l'accent mis par les auteur.es sur la matérialité du corps (Tabet, 1998). Nous souscrivons également à l'analyse proposée par Danièle Kergoat (2021) de la consubstantialité et de la coextensivité des rapports sociaux. Ce dernier point fera l'objet d'une analyse plus détaillée dans l'introduction de la deuxième partie.

⁵ Dans la préface à la deuxième édition de *L'asservissement des femmes* de John Stuart MILL, Éd. Payot, pour la traduction française, Sylvie Schweitzer propose cette définition complémentaire à celle de F. Collin de la théorie *queer* : « *Les identités sociales nouvelles produites par la libération des femmes induisent ainsi des identités sexuelles renouvelées, dont témoignent aussi théories et pratiques queer qui reprennent et rejouent ce qu'avait interdit l'asservissement légal des femmes : le travestissement, le brouillage de la lisibilité de l'identité sexuée et donc sociale. Il ne s'agit pas tant là des transsexuel-le-s, mais des femmes s'appropriant des codes de la masculinité, que ceux-ci soient vestimentaires, culturels ou intellectuels* » (Mill, [1975] 2005, p.22-23).

2.2 Une modélisation ternaire des rapports sociaux de sexe

Différent.es auteur.es ont proposé des modèles pour analyser le système de genre. Juliet Mitchell (1966) qui analyse l'histoire des mouvements féministes dans une approche féministe matérialiste mobilise quatre structures : le travail productif, la reproduction, la socialisation et la sexualité. Raewyn Connell (1987), dans une tentative très remarquée de synthèse théorique du système de genre, mobilise la division sexuelle du travail, la distribution du pouvoir et les interactions individuelles. Lorena Parini (2006), dans un ouvrage consacré aux concepts centraux des études de genre, analyse trois structures : le contrôle de la reproduction, la division sexuelle du savoir et du travail, l'accès à l'espace politique. Enfin, plus récemment, Laurence Tain (2013), à propos de la Procréation Médicalement Assistée (PMA), fait également une analyse ternaire du système de genre : la sexuaction des corps, l'articulation production/reproduction/sexualité et les dominations/résistances.

Notre analyse de la scène sociale de l'accouchement s'inspire de cette modélisation ternaire. L'intérêt d'un développement en plusieurs dimensions est de mieux appréhender les décalages des acteurs avec la structure sociale. En effet, nous pensons que ce modèle ternaire est utile *« pour penser ensemble les variations et les invariants des rapports sociaux de sexe dans un contexte social donné, à un moment historique spécifique »* (Le Feuvre, 2003, p.86-87).

Nous retenons trois piliers du système de genre pour l'analyse de la scène sociale de l'accouchement : la bicatégorisation sexuée, la hiérarchie sexuée et l'hétéronormativité. La bicatégorisation sexuée et la hiérarchie sont en effet constitutives des rapports sociaux de sexe :

« le genre est un élément constitutif des relations sociales fondé sur les différences perçues entre les sexes, [il s'agit d']une façon première de signifier les rapports de pouvoir » (Scott, 2012).

Marie Buschatto propose une synthèse qui montre que ces trois dimensions sont liées :

« L'hétérosexualité est ainsi un élément clé de production de la bipartition sociale produite entre femmes et hommes comme deux sexes "nécessairement" complémentaires. Ces performances genrées ont pour principal effet de "naturaliser" »

aussi bien la distinction entre femmes et hommes, entre féminin et masculin, que le désir hétérosexuel ou les corps sexués. La constitution de deux catégories, femmes et hommes, et d'une sexualité normale ne se fait pas au hasard : elle permet aux dominants (des hommes hétérosexuels blancs principalement) d'assurer la légitimité de leur pouvoir » (Buscatto, 2019).

Nous entendons enfin l'hétéronormativité comme la contrainte à l'hétérosexualité (Rich, 2010) et dans un sens plus large comme l'articulation de la division du travail productif et reproductif. Il s'agit du « *contrat de genre* » de l'hétérosexualité (Crompton, 1999)⁶. À la suite de Virginie Descoutures dans son enquête sur les mères lesbiennes, l'hétéronormativité recouvre le « *cadre normatif qui fustige les marges et qui impose un ordre, la variation se situant davantage au niveau du degré de la distanciation ou de la conformité à la norme* » (Descoutures, 2010, p.63). Nous y adossons la division du travail productif et reproductif dans la mesure où nous considérons que l'organisation de la société salariale est issue du cadre de l'hétérosexualité reproductive obligatoire. Nous nous reconnaissons dans les propos d'Elsa Galerand et de Danièle Kergoat :

« Quant au mouvement féministe, il nous semble qu'il peine à s'emparer pleinement de ce potentiel subversif, à construire des revendications qui s'attaquent frontalement à la division sexuelle du travail productif, rémunéré, marchand et reproductif, gratuit, exclu du marché, en tenant tout cela ensemble. Pour le dire autrement, il nous semble que le mouvement féministe peine à formuler des revendications qui visent directement les rapports sociaux de sexe en tant que rapports de production et d'exploitation. Cette difficulté renvoie à celle de penser le travail domestique comme un vrai travail productif ou producteur de valeur, et l'exploitation de ce travail comme l'un des enjeux de l'organisation du marché du travail et de la société salariale » (Galerand, Kergoat, 2014).

La scène sociale est composée principalement d'acteur.trices professionnel.les, d'usagères et de l'État. Ces acteurs sont encadrés par la structure sociale spécifique de l'accouchement qui est prioritairement pour nous celle du système genre. Nous

⁶ Rosemary Crompton note que, dans la classe moyenne américaine, le modèle de conformité est le travail salarié des hommes et le travail domestique et de soin pour les femmes ; il s'agit du modèle *male breadwinner* et *female caregiver*.

retenons trois piliers : la bicatégorisation sexuée, la hiérarchie sexuée et l'hétéronormativité.

3 Une expérience corporelle et biomédicale de l'accouchement

3.1 Le corps comme cadre de l'expérience

Le corps échappe et résiste à l'analyse sociologique. La sociologie a longtemps mis de côté cette notion, Émile Durkheim renvoyant le corps à une dimension uniquement physiologique. C'est son neveu Marcel Mauss qui le premier va considérer le corps comme un objet d'étude sociologique (Mauss, 1934). David Le Breton note à ce propos :

« Un mouvement du corps est un observatoire qui mène au cœur du lien social. Il n'y a pas de détail a priori pour le chercheur, aucun fait n'est négligeable. Là où Durkheim tend à voir le corps sous la forme d'un organisme, sans autre profondeur que biologique, Mauss ouvre un abîme d'analyse en montrant qu'il n'est aucun geste, aucun mouvement, aucune posture, aucune émotion, aucun engagement physique envers le monde qui ne s'enracine dans le symbolisme. Pourtant, il faudra longtemps avant que les sciences sociales françaises reprennent son travail » (Le Breton, 2010).

L'auteur complète ce propos en insistant sur la nécessité d'inventer une modélisation qui permette d'appréhender sociologiquement le corps : *« un objet rétif et malaisément saisissable comme la corporéité exige une approche particulière, apte à en restituer la complexité » (Le Breton, 2018, p.119).*

Par ailleurs, Didier Fassin nous invite à penser l'expérience du corps dans son historicité et dans une approche constructiviste :

« L'histoire n'est cependant pas qu'un récit, ou plutôt une somme de récits concurrents. Elle est aussi ce qui s'inscrit dans les corps et qui fait que nous pensons et agissons comme nous le faisons [...]. Les rapports de forces, qui sont des rapports de richesse mais aussi d'autorité, des rapports de puissance mais également de sens,

s'impriment dans les corps et les esprits des gouvernés comme des gouvernants »
(Fassin, 2006).

C'est pourquoi, nous proposerons dans l'introduction de la première partie une modélisation du corps qui aura deux objectifs : permettre d'intégrer dans le même modèle l'ensemble des expériences de tous les acteur.trices de la scène de l'accouchement et mieux saisir les décalages à la conformité sociale. En effet, les accouchements ayant lieu majoritairement à l'hôpital, le processus de biomédicalisation et le système de genre sont les principales structures sociales de l'expérience des femmes et des professionnel.les à l'accouchement.

3.2 Les acteur.trices de la scène biomédicale de l'accouchement

Nous souhaitons embrasser l'ensemble de la scène, aussi bien les usagères, les couples que les équipes soignantes ainsi que les cadres structurels qui les contraignent et réciproquement. Nous serons donc amenés à observer les hiérarchies professionnelles et sociales.

Ainsi, comme le constatent Geneviève Cresson et François-Xavier Schweyer, la scène de l'accouchement biomédicalisé montre une hiérarchie des médecins sur leurs patient.es :

« L'usager, ou plutôt le respect de ses droits, peut être un moyen de dépasser les corporatismes et les cloisonnements, dès lors que la représentation que les professionnels en ont s'affranchit de l'asymétrie "infériorisante" qui caractérise la relation entre le professionnel et le profane » (Cresson, Schweyer, 2000).

Néanmoins, le statut d'usager.ère s'est transformé et son analyse montre, d'une part la place déterminante de l'interaction avec l'État dans la déclinaison des politiques publiques, et, d'autre part, le caractère collectif de la représentation des usager.ères comme le note François-Xavier Schweyer :

« Il semble que le terme d'usager renouvelle moins la question de l'identité du malade qu'il ne déplace son objet en situant le malade non plus exclusivement par rapport aux

soins, mais par rapport à un service public dans le champ des politiques publiques » (Schweyer, 2000).

Par ailleurs, Eliot Freidson (1970), dans son analyse de la profession médicale, a montré que dans le groupe des professionnels, les médecins se considèrent comme une élite décisionnaire. En ce sens, la hiérarchie est également professionnelle :

« Tel est le grave défaut de l'autonomie professionnelle : en permettant et en encourageant la création d'institutions qui se suffisent à elles-mêmes, elle conduit la profession à se faire une idée trompeuse de l'objectivité et de la fiabilité de son savoir, ainsi que des vertus de ses membres ; elle l'entraîne en outre à se considérer comme la seule à posséder savoir et vertu, à mettre en doute les capacités techniques et morales des autres professions » (Freidson, 1970)⁷.

3.3 De la médicalisation à la biomédicalisation

Le concept de médicalisation de la société est un concept fort en sociologie de la santé et plus largement dans une sociologie engagée à analyser et faire la critique de l'extension du domaine de la médecine dans le monde social (Faure, 1996, Aïach, 1998 ; Carricaburu, Ménoret, 2010).

Avec le néologisme de « biopolitique », Michel Foucault propose dans les années 1970 une des premières critiques de la médicalisation de la société :

« Les disciplines du corps et les régulations de la population constituent les deux pôles autour desquels s'est déployée l'organisation du pouvoir sur la vie. La mise en place au cours de l'âge classique de cette grande technologie à double face [...] caractérise un pouvoir dont la plus haute fonction désormais n'est peut-être plus de tuer mais d'investir la vie de part en part » (Foucault, 1976, p.183).

À la même époque, il note que *« la prépondérance conférée à la pathologie devient une forme générale de régulation de la société. La médecine n'a plus aujourd'hui de champ extérieur »* (Foucault, [1975] 1999).

⁷ Cité par Dubar, C., Tripier, P. (1998). *Sociologie des professions*. Éditions Armand Colin.

Le concept foucauldien de bio-pouvoir va ouvrir la voie aux travaux de Didier Fassin (1996), à la généalogie de l'obstétrique proposée par Elsa Dorlin (Dorlin, 2009 [2006]), aux travaux de Dominique Memmi sur la bio-politique (Memmi, 2003) ou encore à la définition du concept de biomédicalisation chez Adèle Clarke (Clarke *et al.*, 2000 ; Clarke *et al.*, 2003). Didier Fassin va prolonger les intuitions de Michel Foucault en proposant le concept de biolégitimité, « *le pouvoir de la vie, la reconnaissance que nous lui accordons comme bien suprême, ce que j'ai appelé biolégitimité* » (Fassin, 2017).

Pour Pierre Aïach (1998), les « *voies de la médicalisation* » correspondent à l'extension du domaine médical, à l'accompagnement de la révolution industrielle du XIX^e siècle et à une majoration des préoccupations de santé associée à une déclaration plus importante de troubles de santé. Adèle Clarke (2000), quant à elle, propose le concept de biomédicalisation qui correspond à la révolution scientifique et technique de la fin du XX^e siècle :

« La biomédicalisation fait partie de ce que nous envisageons plus largement comme des évolutions en cours, les questions liées au passage de la modernité à la modernité tardive ou postmodernité : les mutations de "la révolution industrielle" de la fin du XIX^e et du XX^e siècle, avec ses processus d'industrialisation, d'urbanisation, de professionnalisation, etc., vers une « révolution technoscientifique » à la fin du XX^e siècle qui, elle, a à voir avec des processus de digitalisation, d'informatisation et de molécularisation » (Clarke *et al.*, 2000).

Médicalisation et biomédicalisation peuvent se superposer mais la biomédicalisation tend de plus en plus à remplacer la médicalisation en créant de nouveaux conflits de territoires professionnels.

À l'issue de ce parcours, notre problématique est la suivante :

Comment se jouent les dynamiques sociales de l'accouchement au croisement du genre et de la biomédicalisation aussi bien dans l'expérience vécue que dans sa traduction publique ?

4 Enquêter en terrain connu

4.1 Les méthodes

Notre objectif est d'analyser à la fois les cadres sociaux et les interactions entre usagères et équipes soignantes, on a donc déployer une diversité de méthodes pour appréhender la complexité des interactions entre les acteur.trices, saisir la fabrique des décalages « en train de se faire » et analyser les dynamiques des mouvements sociaux locaux et nationaux. L'ensemble du texte est ainsi émaillé d'évènements qui n'ont pas manqué de surgir durant les observations et qui éclairent notre raisonnement sous un angle expérientiel.

Pour saisir les cadres sociaux de l'accouchement hospitalier, nous avons mobilisé plusieurs types d'analyse. Nous avons réalisé un recueil de données issues d'études quantitatives démographique et épidémiologique. Nous avons complété ce panorama par plusieurs analyses de textes juridiques encadrant le droit d'exercice des professionnel.les, l'évolution du cadre réglementaire en matière de droits des patient.es et plus généralement le cadre réglementaire de l'activité obstétricale. Pour les chapitres un, quatre et sept, nous avons mobilisé une démarche documentaire socio-historique.

Pour saisir les logiques individuelles des acteur.trices et les cadres sociaux, nous avons réalisé des observations participantes dans différents lieux. Nous y avons réalisé trente-sept entretiens d'usagères hétérosexuelles dont dix-sept en couple et quarante entretiens de professionnel.les. *L'Association des Parents Gays et Lesbiens (APGL)* nous a permis de nous entretenir avec six femmes lesbiennes qui ont accouché dans une maternité française. L'ensemble des biographies des personnes interviewées est en annexe une pour les professionnel.les et en annexe deux pour les usagères. L'annexe trois présente l'ensemble des entretiens en fonction des différentes postures que nous avons repérées à l'issue de l'analyse des interactions. L'ensemble des entretiens a été réalisé dans un contexte d'anonymat, aussi bien des structures que des professionnel.les. Les entretiens et les observations ont eu lieu durant trois ans entre 2011 et 2013 inclus. Par ailleurs, la sage-femme coordinatrice d'une des maternités

enquêtées nous a permis d'accéder à vingt-trois projets de naissance rédigés par des usagères puis négociés avec la coordinatrice illustrant les espaces de négociations au sein des établissements.

Afin d'analyser les mouvements sociaux nationaux d'usagères et de sages-femmes, nous avons réalisé en 2021 une deuxième série de cinq entretiens de sages-femmes qui ont participé à différentes mobilisations pour la profession. Nous avons également interrogé la présidente de l'association *Stop Violences Obstétricales et Gynécologiques (StopVOG)*. Nous avons complété notre analyse des mouvements nationaux à l'aide d'un corpus de dix-sept coupures de presse et de textes juridique et politique nationaux et internationaux.

4.2 Les terrains

Nous avons interrogé des individus et des cadres collectifs dans lesquels ils militent au sein de deux associations (*La Voix des parents* et *l'Association des parents et futurs parents gays et lesbiens – APGL*) ou travaillent au sein de deux maternités hospitalières (*Femme Heureuse* et *Belle Naissance*).

L'association *La Voix des parents* nous a permis d'avoir accès à l'expérience de l'accouchement individuelle des femmes et au cadre collectif dans lequel elles se mobilisent. Les militant.es sont principalement des femmes. L'*APGL* nous a permis d'avoir un accès facilité à l'expérience de la maternité au sein des couples de femmes.

Figure 1. L'engagement féminin dans les associations de parents.

Le local de l'association La Voix des parents.



Source : photographie personnelle – 2011

L'association *La Voix des parents* est créée en 2000 par un collectif de femmes. À l'origine, il s'agissait d'un groupe de parole sur l'accouchement à domicile au sein d'une association de santé alternative. L'accès à un local en 2005 leur permet de développer de nombreuses activités à destination des parents et futurs parents de l'agglomération.

Nous avons choisi deux maternités hospitalières emblématiques. La maternité *Belle Naissance* est reconnue nationalement comme un lieu de pratiques plurielles et alternatives à la biomédicalisation. Il s'agit pour nous de pouvoir réaliser des observations et des entretiens au sein d'une maternité qui bénéficie d'une salle « nature » mobilisée fortement par les professionnel.les. Nous avons réalisé trois mois de présence discontinue sur les années 2011 et 2012.

Figure 2. Une maternité connue pour offrir une pluralité de manières d'accoucher.

La salle de naissance « nature » de Belle Naissance.



Source : Photographie personnelle – 2012

Menacée de fermeture dans les années 2000, la maternité de type I* *Belle Naissance* réalise plus de mille accouchements au moment de l'enquête dont la moitié sans péridurale. Les femmes viennent de tout le bassin régional pour accoucher dans la salle « nature » de façon *low-tech* et illustrée ci-contre. L'équipe de salle de naissance compte une douzaine de sages-femmes, quatre médecins et cinq auxiliaires de puériculture.

La deuxième maternité enquêtée est emblématique de la conformité à la biomédecine. Les professionnels disposent d'un espace « nature » très peu mobilisé et où les femmes sont interdites d'accoucher. Nous avons réalisé des observations durant deux périodes d'un mois chacune en 2012⁸ et 2013.

⁸ Les plans des deux maternités sont présentés en annexe 4.

Figure 3. Une maternité emblématique de la conformité médicale.

Statue d'une mère et son enfant à l'entrée de la maternité Femme Heureuse.



Source : Photographie personnelle – 2012

La maternité *Femme Heureuse* est une maternité référente dans son département. Ce n'est pas une maternité universitaire. L'équipe de la salle d'accouchement réalise près de deux mille accouchements par an, elle est composée de vingt-sept sages-femmes, huit obstétriciens et sept auxiliaires de puériculture. Un pôle de pédiatrie est rattaché à la maternité. Il s'agit d'une maternité de type II*.

4.3 Une posture atypique et privilégiée

Être un homme sage-femme implique que notre vécu et notre expérience de terrain ont partie liée à notre histoire tant personnelle que professionnelle. Pour être « accepté » au sein de l'association *La Voix des parents* et dans les deux maternités, il s'agit de se présenter comme un alter égo désangoissé, dédramatisé au sens d'Isaac Joseph (2007), c'est à dire se situer sur un mode non-intrusif, non-concurrentiel ou non-prosélyte mais bien plutôt de se présenter dans une posture de réassurance, de construction de cet alter. Si être un homme peut empêcher l'accès à certains terrains⁹, être sage-femme nous a permis d'accéder à des données qualitatives originales.

Ainsi, nous avons construit notre posture d'enquêteur dans la confiance avec les usagères en reconnaissant leur position de résistance à la biomédicalisation comme légitime.

Encadré 1. La construction d'une confiance avec les usagères.

Note de terrain sur notre posture dans l'enquête.

À l'époque de l'enquête, nous travaillons dans un centre hospitalier universitaire, géographiquement situé dans la même ville que l'association d'usagers et en réseau avec la maternité Belle Naissance. Nous avons construit une confiance avec les usagères grâce au partage d'un même alphabet. Nous mobilisons les expressions d'« accouchements physiologiques » ou d'« accompagnement global » qui viennent légitimer la perspective des adhérentes de l'association. Adossé à notre statut professionnel, ce partage et ce respect des enjeux militants nous a permis d'être reconnu comme une personne de confiance.

Avec les sages-femmes, nous avons pu bénéficier d'une proximité professionnelle permettant l'accès à des informations inédites.

⁹ Par exemple, l'accès à une activité associative comme les « tentes rouges », espace non mixte de partage entre femmes, nous a été interdit. Il a fallu « bricoler » et s'entretenir avec des femmes y participant pour être en capacité de produire un discours sur cette activité.

Encadré 2. La connivence professionnelle avec les sages-femmes nous permet un accès à des données originales.

Note de terrain sur notre posture dans l'enquête.

À la maternité Femme Heureuse, identifiée comme une structure à l'activité biomédicale classique, les sages-femmes mettent en scène leur activité comme le cœur de métier de la profession en nous faisant assister à des accouchements où les femmes sont installées différentes positions (sur le côté, à quatre pattes...) pour justifier du non usage de la salle « nature ». Une sage-femme cadre insiste sur le fait qu'« on pratique des accouchements un peu alternatifs même si on n'utilise pas la salle nature ». À Belle Naissance, la maternité retenue pour son caractère innovant et décalée des pratiques biomédicales, les sages-femmes se sont saisies de notre présence pour son potentiel de valorisation de leur travail alternatif. Dans les deux cas, être sage-femme nous donne accès à des savoirs invisibles ou discrets et qui relèvent de tours de mains.

L'appartenance à « la maison des hommes » (Godelier, 2009) fut parfois fort utile pour accéder à des savoirs discrets chez les médecins hommes, peu friands d'entretiens enregistrés et qui n'ont eu de cesse de nous accorder des rencontres furtives pour exprimer leur point de vue sur telle ou telle situation. Ainsi, l'anesthésiste Hervé de *Belle Naissance* qui refuse un entretien enregistré et nous accorde en revanche des temps d'échange au gré de ses réflexions sur notre travail.

Encadré 3 : Les bénéfices de l'entre-soi masculin.

Hervé, un anesthésiste décalé.

Nous rencontrons Hervé à Belle Naissance. Bientôt soixante-dix ans, toujours en activité. Hervé est un « mercenaire » des hôpitaux, il prend des gardes intérimaires dans les lieux où l'ambiance lui plaît. Fils de colonel, parisien, en rupture familiale, Hervé sera aide-soignant dès sa majorité au début des années 1960. Il poursuivra en tant qu'infirmier aux urgences où il côtoiera le groupe des anesthésistes réanimateurs. Il décide donc de faire médecine en 1972 et deviendra anesthésiste lui aussi. Ce qu'il aime à Belle Naissance, c'est la vie qui se dégage de ce lieu, « tout n'y est pas aseptisé, périduralisé ». Hervé a vécu l'arrivée de la péridurale qu'il juge comme un « vrai progrès pour les femmes ». Il considère pour autant que sa systématisation dans certaines maternités n'a aucun sens, « comme si les femmes ne savaient pas accoucher ».

À la maternité *Femme Heureuse*, c'est la violence ordinaire des rapports sociaux que les hommes médecins mettent en scène comme avec cet obstétricien hurlant sur

une sage-femme devant nous et ce sans raison objective, nous faisant comprendre d'un regard l'importance de la hiérarchie sexuée. C'est notre silence mi-observateur mi-complice dans ces situations qui nous a permis d'accéder à des entretiens avec ces hommes même s'ils furent peu nombreux. Chaque entretien masculin intervenait dans un contexte où notre silence valait, pour les enquêtés, une approbation de comportements sexistes.

*

*

*

La première partie de notre travail est constituée de trois chapitres analysant la scène sociale de l'accouchement au prisme du système de genre. Le premier chapitre est une analyse socio-historique de l'expérience et de la pratique des accouchements. Les chapitres deux et trois interrogent l'expérience et la pratique contemporaine de l'accouchement dans les biographies professionnelles (chapitre deux) et usagères (chapitre trois).

La deuxième partie poursuit l'investigation de l'expérience de l'accouchement au prisme de la biomédicalisation, de son croisement avec le système de genre et réciproquement. Le chapitre quatre est une approche socio-historique de la biomédicalisation à partir de l'après-guerre. Cette approche permet de dégager les spécificités du croisement entre genre et biomédicalisation. Les chapitres cinq et six font l'analyse des interactions inter-individuelles dans la pratique professionnelle entre culture technique et hiérarchie sexuée (chapitre cinq) et dans l'expérience de l'accouchement des femmes et des couples (chapitre six) à partir du cadre biomédical et de sa co-construction sexuée.

Enfin, la dernière partie s'attache à analyser les opportunités politiques, les postures individuelles des acteurs qui permettent de s'en saisir, l'élaboration des revendications, les caractéristiques des mouvements de femmes, les conditions des succès et les échecs, qui construisent la traduction collective de l'accouchement

comme problème public. Le chapitre sept analyse les opportunités pour transformer les décalages individuels des acteur.trices en transformations du cadre social. Le chapitre huit illustre comment les revendications se construisent de façon composite et comment les acteur.trices s'emparent ou non des opportunités. Le chapitre neuf interroge les conditions de succès des différentes contestations. Quelles alliances ont été forgées chez les usagères ? Chez les sages-femmes ? Quelle est la place de l'État dans ces recompositions ? Quelle imbrication entre les rapports sociaux de genre et la biomédicalisation ?

Première partie

-

**Les parcours d'accouchement : trois conceptions
individuelles du corps au prisme du système de genre**

L'accouchement est une expérience qui mobilise le corps charnel. Cette expérience est faite de muscles qui se contractent, de fluides corporels, de pertes sanguines, de douleurs. Bref, l'accouchement serait une expérience biologique immémoriale renvoyant ainsi les femmes vers un éternel féminin naturalisé. Avec Rousseau et son *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes* (1755), la hiérarchie entre femmes et hommes est construite dans et par la famille conjugale et va sceller toute discussion sur les rapports sociaux de sexe pendant plus d'un siècle. À la suite d'Irène Théry (2007), Laura Lee Downs note ainsi que « *la construction moderne de la différence de sexes par les philosophes contractualistes met alors la différence sexuelle à l'origine de toute socialité, ce qui conduit facilement à une substantialisation de la question des sexes* » (2009, p.157). Dans ce contexte, la sociologie a longtemps hésité à penser le caractère social du corps, « *la sociologie elle-même relègue le corps à la portion congrue et méprisable de l'individu. Le corps ne relève que de la biologie, et les lois de fonctionnement anatomique, chimique et mécanique suffisent à l'expliquer* » (Detrez, 2002, p.18).

Précisément, les anthropologues nous apprennent que dans toutes les cultures, le corps n'est pas que chair et os, « *toutes nous disent d'une manière ou d'une autre qu'en plus de ses substances et de ces organes, il faut ajouter une ou plusieurs choses au corps humain pour qu'il soit le corps d'un être humain* » (Gaudelier, Panoff, 2009, p.15). C'est en ce sens, que le corps est une production de la société, « *qui partout fantasme dans le corps et parle d'elle-même en parlant de lui et à travers lui* » (*ibid.*, p.26). Le corps ne se suffit donc pas à lui-même pour comprendre l'expérience que les êtres humains en font.

Une première approche est celle d'une modernité qui rejette un corps encombrant avec David Le Breton : « *La toute-puissance de la pensée ne cesse de se heurter à l'ironique grain de sable d'un corps qu'elle voue aux gémonies depuis Platon* » (Le Breton, 1999, p.219). Une deuxième approche est celle du corps comme expérience avec la phénoménologie (Merleau-Ponty, 1964). La troisième approche est constructiviste, le corps comme lieu de pouvoir que l'on peut lire chez Michel Foucault (1976) ou Didier Fassin (1996). C'est cette dernière approche que nous retenons et qui fait l'objet d'un des trois programmes de recherche qui suivront.

Les trois chapitres présentés ci-après ont été construits au croisement de trois programmes de recherche dans lesquels le corps est central.

Le premier est celui de Sarah Nettleton qui propose de penser la tension entre l'expérience des corps et la construction sociale du corps (Nettleton, 1995), reprenant ainsi, le travail d'Adrienne Rich (1986) sur la maternité comme expérience et comme institution. Dans son introduction à la seconde édition de 1986, Adrienne Rich explicite qu'elle « *voulait examiner la maternité - la mienne incluse - dans un contexte social, en tant qu'enracinée dans une institution politique* » (Rich, 1986). Nous adhérons à ce modèle de tensions entre l'expérience du corps et la construction sociale du corps (chapitres deux et trois).

Le deuxième programme est celui de Didier Fassin qui insiste sur l'historicité et la question du corps comme lieu de pouvoir :

« La double difficulté de ce travail réside précisément dans la nécessité, d'une part de prendre en compte les dimensions historique et culturelle du pouvoir et de la maladie [...] et d'autre part, d'articuler des ordres de réalité différents, comme peuvent l'être l'inscription des rapports sociaux dans le corps » (Fassin, 1996, p.4).

Nous faisons le choix d'investiguer particulièrement deux rapports sociaux, le système de genre concernant la première partie et la biomédicalisation qui fera l'objet de la deuxième partie. Dans cette première partie, nous retenons la nécessité d'historiciser notre objet (chapitre un) et l'imbrication du corps dans les rapports sociaux (chapitres deux et trois). Selon nous, le système de genre est central dans la mesure où les inégalités femmes/hommes sont au cœur de l'expérience et de la pratique de l'accouchement. Nous retenons la biomédicalisation dans la mesure où c'est ce rapport social qui encadre les accouchements au XXI^e siècle.

Enfin, la troisième tresse programmatique et qui structure l'ensemble des trois chapitres est celle de la modélisation ternaire du corps proposé par Laurence Tain :

« Une première dimension de ce modèle concerne le corps matériel, pris en compte par la biomédecine. Une deuxième dimension correspond à l'individu relationnel. [...] Il s'agit donc de la mise en forme sociale de l'expérience du corps dans les interactions.

[...] Une troisième dimension a trait à la position de l'être humain dans l'univers, à sa relation au cosmos » (Tain, 2013, p.62).

Au croisement riches et vastes de ces trois programmes, nous proposons de saisir dans cette première partie comment l'expérience ternaire du corps à l'accouchement est configurée par les rapports sociaux de sexe et réciproquement. Comment le corps met-il en scène les permanences, tensions et recompositions au sein du système de genre à travers les interactions inter-individuelles ? À cette fin, le premier chapitre, structuré à partir du corps ternaire, croise l'historicité de notre objet et les rapports sociaux de sexe dans la suite du programme de Didier Fassin. Les deuxième et troisième chapitres sont eux aussi structurés à partir de la modélisation du corps ternaire de Laurence Tain et exploreront le vécu contemporain des professionnel.les (chapitre deux) et des usagères (chapitre trois) au croisement du système de genre dans la suite des programmes de Sarah Nettleton et de Didier Fassin.

Chapitre 1

L'accouchement dans l'Histoire : modèle ternaire du corps et aménagement du genre

*« Au-delà de leur métier, c'est aussi peut être en tant que femmes que les sages-femmes se sentent menacées. Qu'est-ce qu'une femme ? La grossesse et la parturition ont constitué à travers les siècles la seule permanence indiscutable du féminin »
Knibiehler, 2007.*

L'objet du présent chapitre est d'observer les liens dans l'Histoire entre la dynamique du système de genre et l'expérience de l'accouchement ainsi que les modalités du contrôle social dans ce domaine et son historicité. Il s'agira donc de faire une lecture spécifique de l'histoire des accouchements au regard de la dynamique du système de genre.

« *Produire du même et du différent* » (Héritier, 1996), pour reprendre les termes de Françoise Héritier, place la question du corps au centre des analyses. Maurice Godelier le souligne également : « *En fait parmi les représentations du corps celles qui concernent la fabrication des enfants, leur conception, leur fabrication in utero et leur développement après la naissance occupent une place stratégique* » (Godelier, 2009, p.29). En effet, la grossesse, l'accouchement et la naissance « *remplissent deux fonctions essentielles. D'une part, elles légitiment l'appropriation de chaque enfant [...], d'autre part, elles assignent à l'avance à cet enfant un destin et une place dans sa société selon son sexe* » (Godelier, 2009, p.29). La question du corps dans la gestation et l'accouchement est ainsi incontournable.

Le point de départ de notre analyse du corps est la géniale intuition de Marcel Mauss dans sa conférence sur les techniques du corps (Mauss, 1934). Le sociologue propose un modèle biologique, psychologique et social du corps. L'accouchement, et plus largement l'obstétrique, faisaient à l'époque déjà partie des domaines de recherche. Cette approche a été par ailleurs reprise dans le cas des Mongols (Lacaze, 2004). L'auteure note que Mauss « *considère les techniques du corps dans leur pluralité [et] insiste sur l'imbrication des niveaux de déterminations biologique, psychologique et sociologique* ».

À partir du modèle ternaire proposé par Mauss, nous allons bâtir notre propre outil à la suite de Didier Fassin, Pierre Aïach et Jacques Saliba (1994) et surtout de Laurence Tain (2013). Cette dernière propose un modèle ternaire biologique, social et cosmique dont chaque dimension est en lien avec une institution. Cette approche se retrouve par ailleurs chez d'autres auteurs comme par exemple Céline Lafontaine : « *Lieu de rencontre du biologique, du symbolique et du politique, le corps est depuis toujours l'enjeu d'une appropriation collective* » (Lafontaine, 2014, p.17).

Raewyn Connell insiste également sur l'aspect interactionnel du corps comme objet politique impliquant des formes de résistances :

« Le processus corporel, en intégrant des processus sociaux, entre dans l'histoire (individuelle et collective) et devient un objet politique potentiel. Cependant, cela ne nous ramène pas à l'idée du corps comme terrain neutre. Les types de résistance que les corps opposent au symbolisme et au contrôle social peuvent être très variées » (Connell, 2014, p.45).

Nous retenons trois dimensions dans notre modélisation du corps. La première est celle du corps machine cartésien, celui pris en compte par la biomédecine, le corps anatomique, de chair, de sang, de liquides, d'os. C'est celui de l'institution médicale. La deuxième dimension est la dimension sociale, celle de l'interaction du corps de soi à soi, de soi vers les autres. C'est la dimension du contrôle et de la régulation par l'État du biopouvoir foucauldien. La troisième dimension touche au symbolisme, aux analogies avec la nature et au spirituel. C'est la dimension cosmique du corps en liens avec les institutions ecclésiales. J. Gélis a décrit le « *corps cosmique* » ainsi :

« L'homme concevait la nature comme un prolongement de lui-même [...]. Son corps était "ouvert au monde extérieur" par toutes ses ouvertures, par tous ses pertuis, par tous ses appendices : sa bouche, ses organes génitaux, ses seins, son phallus, son ventre proéminent, son nez. Ce corps se mêlait au monde, aux animaux, aux choses ; c'était un corps cosmique » (Gélis, 1984, p.29).

Nous proposons donc, dans les trois sous chapitres qui vont suivre, d'analyser l'histoire des accouchements en France et des professionnel.les qui en ont eu la charge au regard de ces trois dimensions. L'objet de ce chapitre est ainsi de tracer une généalogie des différents modèles dominants relatifs à chaque strate historique et d'en souligner les empreintes dans le corps d'aujourd'hui. À chaque époque correspond un modèle dominant : à l'âge classique, la dimension sacrée/cosmique en lien avec l'Église ; de la révolution française jusqu'à la seconde guerre mondiale, la dimension sociale, des régulations politiques en lien avec l'État ; jusqu'à nos jours la dimension du corps biologique, de la biomédicalisation en lien avec la science.

1 L'accouchement et la dimension sacrée du corps

1.1 La domination de l'Église à l'âge classique : empreinte sacrée, assignation et subordination sexuée

Après Yvonne Knibiehler, on peut dire que, du Moyen Âge jusqu'à l'âge classique, l'enfantement est attribué au sexe féminin. La maternité est produite par un ensemble de régulations sociales au sein de la communauté féminine du village ou du quartier :

« Jusqu'au XVIII^e siècle, la fonction maternelle – pratiques et représentations – ne connaîtra pas de transformation fondamentale. À l'exception de la mère de Dieu, la maternité ne fait l'objet d'aucune valorisation. Elle est "affaires de femmes" qui gèrent à leur manière l'enfantement et la première éducation » (Knibiehler, 2000, p.37).

L'Église participe à cette assignation à travers les mythes d'Ève et de la Vierge Marie du côté des représentations, doublée d'une injonction hétéronormée : *« Qui a mari a seigneur »*. Reprenant saint Thomas, qui imprègne la pensée antiféministe du clergé à la même époque, Yvonne Knibiehler et Catherine Fouquet précisent que *« chez Thomas, la femme n'est vraiment plus que l'instrument donné à l'homme pour procréer »* (Knibiehler, Fouquet 1983, pp.48-49).

Cette double assignation s'appuie sur l'infériorité de la nature féminine diffusée par clercs et médecins. L'apport décisif des clercs autour du XV^e siècle est d'avoir ajouté à l'infériorité, la nature pécheresse des femmes. Ainsi, dans la continuité de saint Thomas cité par Knibiehler et Fouquet :

« On ne saurait mieux dire que le corps de la femme est menace de perdition : il peut coûter à l'homme son salut. [...] La subordination de la femme a constitué pour longtemps comme un préalable à toute assertion sur sa nature, sa physiologie, ses aspirations » (Knibiehler, Fouquet, 1983, p.48-49).

Ces trois piliers du système de genre, l'assignation, la hiérarchisation sexuée et l'injonction hétéronormée, suscitent néanmoins des résistances comme en témoignent les purges sans précédent de la chasse aux sorcières précédées par la fin des

béguinages¹. Dès la fin du XV^e siècle, avec la publication du *Maleus Maleficarum* en 1486 par les frères Dominicains allemands Heinrich Institoris et Jacob Sprenger, la fin du Moyen Âge coïncide avec la période de chasse aux sorcières durant laquelle environ cent mille personnes trouveront la mort durant près de deux siècles (Labarrière, 2020 ; Dorlin, 2006 ; Federici, 2004). Il s'agit de chasse aux sorcières car dans plus de 90% des cas, ce sont des femmes qui ont été torturées, brûlées, noyées. Il s'agissait de femmes libres accusées de ne pas avoir besoin des hommes pour vivre, de maris trompés accusant leur femme adultère, de prostituées. Les matrones² sont accusées d'infanticide. Les auteurs du *Maleus Maleficarum* notent ainsi que « *personne ne nuit davantage à l'Église catholique que les sages-femmes* » (Institoris, Sprenger, 1486).

Cette résistance des matrones et des guérisseuses a pu être analysée de façon intersectionnelle comme le proposent notamment Barbara Ehrenreich et Deirdre English dans leur ouvrage *Sorcières, sages-femmes et infirmières*. Leur point de vue radical, qui s'inscrit dans une perspective marxiste, articule classes sociales et système de genre :

« *Notre ennemi n'est pas seulement l'homme ou le chauvinisme individuel : c'est le système de classes qui a permis aux guérisseurs de la classe supérieure de gagner la lutte et de nous asservir. Le sexisme institutionnalisé est soutenu par le système de classes qui, à son tour, favorise le pouvoir des hommes* » (Ehrenreich, English, [1976] 1983, p.93-94).

Une autre époque s'annonce qui marque le déclin de l'Église au profit de l'État comme le montre l'issue des derniers procès en sorcellerie au milieu du XVII^e siècle. Durant cette période, les guérisseuses et autres matrones sont encore pointées du doigt mais les médecins et l'État finiront par décriminaliser la sorcellerie et y voir une forme d'obscurantisme. Même si les médecins n'ont pour l'instant que des connaissances scolastiques sur le corps des femmes, ils vont pouvoir progressivement prendre la place de ces femmes.

¹ Sur cette thématique, voir le roman de fiction historique d'Aline Kiner, *La nuit des béguines* publié en 2017.

² Les femmes qui président aux accouchements sans formation et jusqu'à la révolution française sont appelées matrones. Seules celles qui ont suivi une formation et sont inscrites dans l'ordre de saint Côme sont appelées sages-femmes.

1.2 Le déclin de l'influence de l'Église : l'adieu aux matrones.

Ce grand remplacement est précédé par une période transitoire avec l'effacement des matrones et l'arrivée d'une nouvelle génération de femmes, désignée par le terme de sages-femmes. En nous appuyant sur les écrits de Jacques Gélis (1988) et à la suite d'Elsa Dorlin (2006), nous pensons qu'il s'agit d'un conflit de pouvoir historique car il n'avait pas pour objet unique la mise à l'écart des sages-femmes mais également un changement de paradigme de l'expérience vers l'expertise. L'enjeu est la création d'un monopole de la parole et par là, la construction d'un discours scientifique sur les corps et la maladie qui mettra plus de deux siècles à faire ses preuves. Dans ce processus, la monarchie puis l'État ont joué un rôle d'arbitre.

Ce mouvement de sécularisation s'inscrit dans la continuité du contrôle de l'Église qui va perpétuer le système de genre sous de nouvelles formes.

Une première forme de contrôle s'exerce directement sur les femmes tant par l'Église que par l'État. Les nouvelles sages-femmes sont recrutées et contrôlées par l'Église puis formées par la monarchie :

« [La sage-femme] doit fournir trois certificats : le premier prouvant qu'elle a fait son apprentissage, le second qu'elle est de bonne vie et de bonnes mœurs, le dernier qu'elle a été baptisée et qu'elle demeure – c'est l'essentiel – bonne catholique romaine » (Gélis, 1988).

En effet, le contrôle de la vie privée à la naissance est un enjeu majeur pour l'Église catholique au moment de l'émergence du protestantisme. Étant donné que les prêtres catholiques ne pouvaient être au chevet des femmes en travail du fait de leur sexe, il revenait aux sages-femmes validées par l'Église romaine de baptiser les enfants non encore nés, en cas de risque vital pour ceux-ci.

Une autre forme de contrôle est relative à la forme répressive des politiques de l'Église et de l'État qui témoignent de l'existence de la résistance des femmes. Ainsi, François Ier fit promulguer l'édit de 1556, punissant de mort les filles-mères ayant caché leur grossesse. Néanmoins, le principal contrôle jusqu'en 1650 reste celui de l'Église à travers *« la lutte qu'[elle] entendait mener contre la sorcellerie »*

(*ibid.*, p.49). La chasse aux sorcières toucha principalement les femmes et en particulier les matrones pour infanticides ou sacrifice d'enfants au diable :

« Les sages-femmes sont donc des cibles privilégiées, à tel point que le célèbre Marteau des sorcières leur consacre un chapitre entier. [...] Ce manuel du bon chasseur de sorcières, publié pour la première fois en 1486 est réédité dans les années 1580, où il connaît un nouveau succès jusqu'en 1650, période à laquelle on estime que la chasse connaît son apogée, notamment avec des procès de masse » (Dorlin, 2009 [2006], p.138).

Le passage de la matrone à l'accoucheur prend appui sur une reconfiguration, un changement de paradigme, de l'expérience propre de l'accouchement à l'expertise. Ce bouleversement va de pair avec une permanence et une recomposition du système de genre où la domination masculine prend une nouvelle forme à travers la légitimité donnée aux chirurgiens par l'État. En témoigne l'affaire de Louise Bourgeois en 1627, sage-femme de Marie de Médicis, et qui présida à l'accouchement funeste de la belle-sœur du roi, Marie de Bourbon Montpensier (Vons, 2008). Cette mort maternelle sonna le glas du recours à la sage-femme pour les accouchements à la cour du roi de France. Le débat fit rage entre les chirurgiens de la cour et la sage-femme L. Bourgeois sur la présence d'un morceau de placenta laissé dans l'utérus qui fit mourir l'accouchée d'hémorragie. Le morceau de placenta restant est décrit par les chirurgiens qui ont réalisé l'autopsie. Mme Bourgeois estime que leur écrit n'a qu'un seul but : nuire à sa réputation. Dans les faits, c'est à partir de cette date que les premiers hommes de l'Art des accouchements engagent leur conflit autour de l'accès au lit des accouchées.

La suprématie de l'expertise va se parachever avec l'attribution par la monarchie de la formation des sages-femmes aux médecins accoucheurs masculins après avoir été initialement donnée à une sage-femme, par ailleurs descendante de Louise Bourgeois. C'est ainsi qu'au siècle suivant, Madame Marie-Angélique Le Boursier Du Coudray, sage-femme de Paris, est envoyée en 1759 puis en 1767 par Louis XV faire un tour de France afin de dispenser des cours d'accouchement malgré l'opposition des médecins de la cour (Gelbart, 1998 ; Wijland, 2012 ; Caudron, 2013). Ce sont les médecins locaux qui hériteront des cours de « présentation » à partir de l'ouvrage que Mme Du Coudray édite en 1759. Elle recommande également l'achat

de ses mannequins d'accouchements. En effet, les accoucheurs locaux assurèrent à sa suite des démonstrations créant ainsi les premières écoles de sages-femmes sous leur direction. La monarchie a ainsi contribué à la dévalorisation de l'expertise expérimentielle des matrones conduisant à leur éviction et à la légitimation d'un savoir scientifique porté par les hommes. Ce sont ces conditions sociales et politiques qui aboutiront à la formulation des demandes dans les cahiers de doléance de la fin des matrones et de la sécurité dans les accouchements à la veille de la révolution française.

Figure 4. La légitimité scientifique des sages-femmes aux XVII^e et XVIII^e siècles.

L'abrégé de l'Art des accouchements de 1759 de Marguerite-Angélique Le Boursier du Coudray.



Source : edition-originale.com

1.3 L'empreinte sacrée dans la société contemporaine : le retour de l'éternel féminin ?

Si d'autres dimensions du corps sont devenues dominantes, il perdure néanmoins aujourd'hui un registre de représentations sacrées du corps sous d'autres formes. Retenons dès à présent la valorisation symbolique donnée à l'expérience de

la reproduction. Sœurs, mères, cousines, matrones garantissaient cette dimension symbolique dans la société du moyen âge et la succession des générations (Azcué, Tardif, 2012). Qu'en est-il aujourd'hui des liens entre accouchements et expérience cosmique du corps ? Cet héritage se retrouve dans les demandes d'accouchement à domicile et dans différentes revendications ayant trait à un « *retour au naturel* » (Memmi, 2014) dans le vécu de l'accouchement au sein des institutions médicales.

La demande d'accouchement à domicile en France stagne depuis trente ans en partie liée au manque de personnel professionnel disponible (et la judiciarisation qui leur est faite) mais aussi à la faiblesse de la demande sociale. Le mouvement d'usagers qui a permis la création de maisons de naissance en 2015³ semble demander une régulation des usages techniques tout en gardant le bénéfice de l'hôpital en termes de sécurité. On peut donc dire à la suite de Dominique Memmi que

« l'équilibre s'est donc nettement déplacé depuis vingt ans, sinon de la nature elle-même, du moins de son affichage (en italique dans le texte). Les rites, les lieux, les traces, les représentations, voire les fétiches, sont essentiels à cette mise en scène » (ibid., 2014, p.277).

Autre actualité qu'il nous faudra questionner, celle d'un renouveau du féminin sacré⁴, spirituel, ne revendiquant pas d'affiliation aux Églises instituées. L'image solidaire d'une communauté de femmes est ainsi mise à l'honneur au sein d'un mouvement de contre-culture de solidarité féminine. On peut désormais trouver des *coachs* en féminin sacré qui vous proposent « *l'art d'être femme aujourd'hui : des réponses sur toutes les étapes de la vie ; de la puberté à la ménopause en passant par la grossesse et la naissance* »⁵ ou encore « *Oser son féminin, un parcours initiatique pour retrouver la source de sa puissance personnelle* »⁶. On observe également des emprunts à d'autres cultures lors de stages néo-chamaniques : « *ce parcours s'inspire*

³ Décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance.

⁴ « *On pourrait dire que la quête du Féminin Sacré, c'est le retour à soi. C'est le courage de tourner notre regard vers l'intérieur et de regarder nos ombres en face pour retrouver notre plein potentiel humain* ». Source : <https://www.mmelovary.com/>.

⁵ Source : <https://www.naitre-femme.com/>.

⁶ Source : <https://www.academie-danse-initiatique.com/oser-son-feminin>.

des rituels de femmes amérindiennes qui nous relie avec notre nature profonde et notre magie personnelle »⁷.

La reconfiguration de l’empreinte cosmique s’appuie sur des références aux sociétés premières et s’inspire des théories psychanalytiques.

2 La régulation par l’État – XVIII^e – XIX^e

2.1 Les prémisses d’une régulation par l’État : l’appui du discours médical sur l’inégalité entre les sexes

Du côté médical, le XVII^e siècle reste fortement empreint de la théorie des humeurs (Thivel, 1997), héritage de l’Église et du regard des hommes de foi faisant la promotion d’une représentation cosmique du corps. Les femmes sont ainsi froides et humides quand les hommes sont chauds et secs. À côté de la théorie des humeurs et anticipant le passage de contrôle de l’Église vers l’État, les médecins dissertent sur les pathologies de la matrice : « *Suffocation de la matrice, [...] fureur utérine, vapeurs, chancre, môle, pâles couleurs, fleurs blanches, nymphomanie... la longue liste des maladies réputées propre au “Sexe” constitue une véritable étiologie sexuelle* » (Dorlin, 2009 [2006], p.109).

À la fin du XVII^e siècle et au début du XVIII^e, un changement majeur va s’opérer car les chirurgiens vont s’intéresser aux accouchements. Dès lors, une série d’écrits médicaux vont supplanter les discours et écrits des hommes d’Église et vont faire de la grossesse et de l’accouchement une pathologie qu’il s’agit de traiter. La grossesse serait une maladie chronique et l’accouchement représenterait son niveau paroxystique. Sans qu’il n’y ait aucune amélioration pour la santé des femmes et des nouveau-nés, les chirurgiens transforment les représentations de la société autour de la maternité. Malgré une volonté de la part de l’Église de maintenir son pouvoir (à travers le financement de la formation de sages-femmes par exemple), le discours

⁷ Source : <https://www.cercledevie.com/la-voie-du-feminin>.

médical va peu à peu supplanter les représentations sacrées de la maternité et du corps féminin en se les réappropriant.

On observe donc un renversement au cours du XVIII^e siècle avec la volonté politique du développement de la natalité. Il faut faire des enfants, la grossesse doit nécessairement devenir la norme de santé : le nouveau rôle de la médecine va être de suppléer à la Nature. À partir de cette époque, une approche mécaniciste du corps va se développer, toujours en vigueur de nos jours, corps que les médecins ont toujours cherché à objectiver : durée d'un cycle menstruel de vingt-huit jours, durée d'une grossesse de quarante-deux semaines ou encore au milieu du XX^e siècle, durée du travail d'accouchement. Fixer des normes permet ainsi de justifier l'intervention médicale.

Désormais, la tâche des médecins sera de favoriser la natalité tout en maintenant les femmes dans un état de subordination sociale. Il semblerait que les discours médicaux n'ont aucun lien avec l'état des connaissances mais bien plutôt avec le regard que les hommes portent sur le corps des femmes et la différence des sexes :

« il s'agit donc de confier aux médecins non seulement la gestion de cette nouvelle politique nataliste, mais également la réforme du mode de conceptualisation de l'inégalité des sexes » (Dorlin, 2009 [2006], p.118).

Ce processus va s'appuyer sur la médicalisation de l'accouchement. En effet, c'est *« en faisant du corps des femmes un corps par définition malade, [que la médecine] permet de justifier l'inégalité entre les sexes »* (Dorlin, 2009 [2006], p109).

Outre le maintien de la hiérarchie sociale et sexuée, le rôle des médecins est aussi d'assurer la permanence d'un système hétéronormé. Néanmoins, cette forme de contrôle va s'opérer d'une nouvelle manière impliquant la question nationale et préfigurant les normes de santé publique. Ainsi, les médecins exaltent la figure de la mère, fustigent les bourgeoises (leur clientèle principale) de ne pas allaiter leurs enfants et d'avoir toujours recours aux nourrices mercenaires. C'est de cette époque que persistent parfois les parallèles entre accouchement pour les femmes et guerre pour les hommes afin de valoriser le nouveau travail des femmes pour la Nation. Selon Elsa Dorlin, le rôle des médecins pendant et après la Révolution Française sera de faire tenir ensemble l'exclusion des femmes de la République et le rôle des mères dans

la construction de la nation. Le médecin Virey, cité par l'auteure, opère cette réappropriation du discours religieux en précisant l'intangibilité de la différence des sexes, le nécessaire état de santé atteint grâce à la maternité et le rôle du médecin palliant la Nature. Ce médecin insiste sur l'importance de l'adhésion à l'hétérosexualité et du mariage : « *la sexualité est au centre de la nouvelle définition de la santé féminine* » (Dorlin, 2009 [2006], p.135). Tout comme Elsa Dorlin, Sébastien Roux et Jérôme Courduriès soulignent les liens entre naissance, nation et nature :

« Le ventre maternel engendrerait l'enfant comme la matrice nationale le citoyen. On conçoit la famille comme on pense la nation : un lieu premier et primordial, dont l'évidence se fonde en nature – dans la vérité de nos liens biologiques supposés ou la rationalité d'un droit naturel fantasmé » (Roux, Courduriès, 2017).

Ainsi les représentations cosmiques du corps cèdent progressivement la place à des représentations sociales du corps s'appuyant sur le discours médical, l'émergence de la santé publique et la construction de l'État. Ce processus est lié au nouveau regard porté sur la mortalité maternelle. C'est ainsi qu'au milieu du XVIII^e siècle, la mort en couches devient insupportable tout comme les décès d'enfants. C'est l'analyse de Jacques Gélis :

« Une prise de conscience de l'importance de la mortalité en couches et de ses conséquences pour la famille et pour le pays s'effectue incontestablement vers 1750-1760 » (Gélis, 1977).

2.2 L'accouchement sous contrôle de l'État : les hommes prennent le pouvoir

Dans la continuité de l'enjeu de la mortalité en couches, la construction de l'obstétrique moderne au cours du XIX^e siècle va s'appuyer sur l'intérêt de la société à réduire la mortalité maternelle. La visibilité des résultats de santé participe de cet argumentaire médical.

Ainsi, à la fin du Second Empire, les résultats de santé des quelques offices des accouchées de la ville de Paris sont très mauvais. La mortalité maternelle y est de plus

de 5,7% (Beauvalet, 2010) alors qu'elle est de 1% au domicile avec les sages-femmes. L'état se questionne alors sur le choix du modèle organisationnel à retenir pour les accouchements entre le domicile et les hospices. Les médecins en faveur de l'accouchement à l'hôpital donnent à l'état deux arguments. D'une part, la médicalisation permettrait le contrôle social du phénomène reproductif, et d'autre part, le monopole de la profession médicale sur les accouchements garantirait aux pouvoirs publics un meilleur état de santé de sa population. Ce deuxième argument implique l'évincement des autres acteur.trices, professionnel.les ou non.

L'état retient l'organisation hospitalière car au tournant des années 1880, l'asepsie* et l'antisepsie* issues des travaux de Pasteur vont révolutionner la pratique obstétricale et réduire drastiquement la mortalité maternelle sous le seuil de 1% en diminuant fortement les décès dus aux funestes fièvres puerpérales. Stéphane Tarnier (1828-1897) a été l'artisan de cette réussite en tant que chef de file de l'école française d'obstétrique durant cette période⁸.

Ce sont la question sociale et celle de la santé publique relatives à l'idéal républicain qui sont au fondement des transformations des modalités de prises en charge de l'accouchement. Au lendemain de la révolution française, la première République avait pris certaines mesures d'hygiène publique sous l'impulsion du secrétaire général de la société royale de médecine⁹. Mais c'est la troisième République qui va opérer un véritable tournant dans le vaste mouvement de laïcisation et de technicisation de la médecine française. Ce tournant est favorisé par des amitiés entre personnes issues de milieux très différents notamment entre Désiré-Magloire Bourneville (1840-1909)¹⁰, issu d'une famille modeste, médecin et homme politique (Jeanne, 2007) et de plusieurs membres de l'école d'accouchement comme Adolphe Pinard (1844-1934) et Pierre Constant Budin (1846-1907).

⁸ Stéphane Tarnier est connu en particulier pour l'invention de la couveuse néonatale et d'un forceps à branches croisées, à articulation médiane et accompagné d'une possible traction.

⁹ Les constituants de 1791 adoptent un décret qui reprend l'ensemble des propositions du secrétaire Félix Vicq d'Azyr. Les professionnel.les de santé deviennent garants de la salubrité et de l'hygiène publique.

¹⁰ Médecin et assistant de Jean-Martin Charcot, Bourneville est également un laïc farouche. Franc-maçon, engagé auprès de Clemenceau, il sera conseiller de Paris, conseiller général de la Seine, puis député. On lui doit notamment un long combat pour l'inclusion des enfants déficients intellectuels, en particulier à l'école.

Ce mouvement se concrétise en 1881 par l'institutionnalisation de la profession d'accoucheur en France qui est un véritable tournant pour la profession. Cette décision politique met un terme aux débats de l'époque qui se cristallisaient entre l'accouchement à domicile ou une structuration collective de l'accouchement. Contrairement à d'autres pays européens, les accoucheurs vont bénéficier, d'une part, de l'amélioration rapide des résultats de santé sous les effets de l'antisepsie et des travaux de Pasteur sur le streptocoque (qui est le premier agent de fièvre puerpérale), et d'autre part, de la volonté politique de prévention de l'état de santé des enfants. Comme le souligne Nadine Lefaucheur,

« le projet de création de services hospitaliers d'accouchement confiés à des accoucheurs recrutés par un concours spécial a donc finalement abouti grâce aux investissements réalisés et aux alliances nouées dans le champ scientifique et le champ politique par les auteurs de ce projet » (Lefaucheur, 1988).

Désormais, les accoucheurs vont bénéficier de chaires d'obstétrique à la Faculté et de postes de chefs de services d'accouchement en évinçant les chirurgiens.

La première conséquence de cette recomposition professionnelle, c'est le contrôle social des accouchements. Les offices des accouchées deviennent des maternités, elles vont être rénovées à l'image de Port Royal, au début du XX^e siècle. L'obstétrique s'organise également comme une médecine sociale :

« Il faut insister sur le service social, qu'on peut regarder sans exagération comme la véritable cheville ouvrière de tout le système. [...] Les femmes ne sont pas tenues de s'y rendre, mais on fait tout pour les y inciter. Les assistantes sociales constituent un trait d'union indispensable entre le corps médical et les consultantes de milieu modeste, clientèle majoritaire de la maternité » (Knibiehler, Fouquet, 1983, p.244).

Autre conséquence, le contrôle sur les femmes qui va s'exercer d'abord par de nouvelles modalités de contrôle sur les corps :

« L'hygiène du temps ne s'embarrasse pas des barrières psychologiques : la santé prime sur tout ; la pudeur, les réactions personnelles de la patiente ne pèsent pas lourd » (Knibiehler, Fouquet, 1983, p.241).

La subordination des femmes se construit aussi dans l'inégalité professionnelle. En effet, si la place des sages-femmes est incontournable, ce sont les accoucheurs

comme Stéphane Tarnier qui ont construit l'obstétrique moderne : « *Stéphane Tarnier, en consacrant sa vie et son œuvre aux mères et aux enfants, a été le véritable artisan des maternités modernes* » (Beavalet-Boutouyrie, 1999, p.356-358). La reconfiguration professionnelle va s'opérer avec une réorganisation des attributions des dimensions techniques et de soin entre accoucheurs et sages-femmes à partir de la loi du 30 novembre 1892¹¹. Comme le suggère Scarlette Beauvalet Boutouyrie (1999, p.356-358) :

« [Les sages-femmes] ont acquis la compétence technique qui s'ajoute à leur fonction traditionnelle d'accompagnement physique, psychologique et émotionnel de la femme. L'une des solutions est peut-être de renouer davantage avec le rôle de bonne mère, de la matrone » (Beauvalet Boutouyrie, 1999, p.356-358).

Ainsi, les femmes ne sont pas évincées de l'accouchement, elles demeurent sages-femmes, mais sous la dépendance des accoucheurs.

2.3 Le maintien contemporain de l'intervention de l'État : la liberté contrôlée des femmes

À chaque époque correspond un registre dominant du corps. La place de l'État est devenue centrale au cours des XVIII^e et XIX^e siècles. La question du gouvernement des corps reste d'actualité dans la société contemporaine et sera développée dans les parties suivantes. Nous posons ici quelques jalons anticipant cette analyse.

Aujourd'hui comme hier, une des formes du contrôle de l'État passe par le recours à la médicalisation comme le constate Michèle Ferrand au sujet de l'avortement dans son analyse de la loi de 1975 :

« Le fait que l'avortement soit pratiqué par des non-médecins serait à l'origine de ses conséquences morbides, voire mortelles, pour les femmes. Ce constat conduit d'abord à envisager ce "fléau" sous l'angle de la santé publique et à proposer sa

¹¹ Il s'agit d'une loi qui vient réformer de la loi du 19 ventôse an XI. Pour les sages-femmes en particulier, la nouvelle loi reprend les dispositions précédentes sur l'interdiction des outils notamment du forceps. En effet, l'interdit ne portait que sur les accouchements difficiles. La loi de 1892 étend l'interdiction à tous les accouchements et de manière formelle.

médicalisation. [...] L'enjeu réel de cette loi est bien la médicalisation de l'avortement, qui apparaît ici comme l'instrument privilégié d'un contrôle social plus efficace de l'avortement » (Ferrand, 1982).

Plus généralement, la prise en charge obstétricale contemporaine illustre la délégation de l'autorité de l'état aux médecins dans la régulation de la population et la discipline des corps gestants. Néanmoins, nous notons des tensions et des brèches dans ce dispositif. Un premier exemple concerne la mise en scène des lieux de naissance. Si la maternité hospitalière est le choix majoritaire des usagères, la création d'alternatives ouvre une brèche dans le dispositif de contrôle de la médecine. Un second exemple a trait aux limites de la délégation d'autorité aux médecins avec l'apparition de *coach* et l'*empowerment* des usagères.

Le lieu d'accouchement est en effet un enjeu du contrôle social des corps. Les lieux où les femmes accouchent sont au nombre de trois à ce jour : la maternité hospitalière publique ou privée, la maison de naissance¹² et le domicile. Les maternités sont également classées par types de prise en charge de réanimation pédiatrique*. Même si 99% des accouchements ont lieu dans un établissement hospitalier¹³, il sera nécessaire de comprendre comment les contestations des usagères ont abouti à des alternatives, certes très fortement minoritaires, comme la création de nouveaux espaces (les maisons de naissance) ou le maintien de l'espace traditionnel (le domicile). Au-delà du lieu physique se joue de façon symbolique et concrète le contrôle des corps à travers les menaces ou les risques qui pèsent sur la mère et/ou sur l'enfant.

Un autre exemple est celui des limites de la délégation d'autorité aux médecins. Ainsi, l'état s'appuie sur le discours scientifique pour gouverner les corps à travers les analyses psychologiques au cours de la prise en charge médicale. Autrement dit, le psychisme est mobilisé comme un moyen de régulation des désirs individuels. Cette perspective s'inscrit dans l'analyse de Dominique Memmi (2014) des « *biopolitiques déléguées* », c'est à dire une gouvernance par les professionnel.les, en charge d'accompagner les administrées. D'une autre façon, le contrôle des corps prend

¹² Il existe une dizaine d'expériences en cours et à venir sur le territoire.

¹³ Source INSEE, stable depuis plusieurs décennies.

également des formes diffuses relayées par les institutions qui célèbrent un *empowerment* des profanes : les femmes sont considérées comme co-productrices des soins à partir de la figure du patient-expert. Certains auteurs (Bourdier *et al.*, 2012) y voient la fin d'un certain paternalisme médical et le début de l'autonomisation du patient. Néanmoins, nous identifions des tensions et des brèches dans ces dispositifs, par exemple l'importance prise par les *coachs* en tant qu'alternative à une prise en charge médicalisée ou le développement d'associations de patients qui font la critique des dispositifs d'institutionnalisation de la prise de parole des usager.es.

La maternité contemporaine est ainsi traversée de nombreuses tensions. Les exemples du lieu de naissance ou de diverses formes d'accompagnements relationnels sont autant de brèches dans le dispositif de contrôle des corps.

3 La biomédicalisation des accouchements aux XX^e et XXI^e siècles

Cette partie est une mise en perspective historique du contexte de la biomédicalisation qui sera analysée dans la deuxième partie.

3.1 L'avènement de la culture technique et le renforcement de l'emprise médicale sur les corps féminins

La technicisation va de pair avec un réaménagement du système de genre qui maintient les femmes sous contrôle. Nous allons illustrer ce contrôle, d'une part, au niveau de la profession de sage-femme et, d'autre part, au niveau des usagères.

Du point de vue professionnel, la mise sous tutelle des sages-femmes se poursuit et se parachève. Comme dit précédemment, les sages-femmes ont été dessaisies de leur pouvoir dans la séquence de l'accouchement. Au XX^e siècle, le régime de Vichy porte à son terme cette subordination en affirmant le caractère sexué de la profession avec la loi du 17 mai 1943. Seules les femmes peuvent ainsi passer le concours d'admission à l'école. Le diplôme d'État de sage-femme se prépare désormais en trois

ans, il est reconnu comme un diplôme de l'enseignement supérieur, placé sous l'autorité du doyen de la faculté de médecine. Néanmoins, après que certaines sages-femmes s'étaient rebellées contre la domination genrée des médecins, et à la demande des médecins, l'État renforce l'espace de régulation sociale concernant la maternité. Ainsi, le corps des assistantes sociales est créé, d'abord « infirmières-visiteuses » dans l'entre-deux-guerres (Henry, 2009), puis infirmières puéricultrices en 1945¹⁴. En effet, le statut de ces professions les met sous l'autorité immédiate des médecins contrairement aux sages-femmes qui héritent d'une tradition d'autonomie.

Au niveau des usagères, l'encadrement s'intensifie avec l'apparition des technologies biomédicales. Au sortir de la seconde guerre mondiale, la situation change progressivement dans les campagnes et les petites villes : les femmes partent accoucher à la clinique. Ce mouvement issu du XVII^e siècle s'enracine progressivement dans l'entre-deux guerres. Dans les grandes villes de France qui disposent d'une maternité, l'accès aux soins pour la grossesse, l'accouchement et les premiers jours de l'enfant est facilité par la mise en œuvre des premières assurances sociales. La création de l'assurance maladie et de sa branche maternité en 1946 permet désormais à l'ensemble des femmes d'être intégralement remboursées des soins. Dès lors, la clientèle des sages-femmes libérales diminue et progressivement les femmes demandent à accoucher à la clinique.

Ainsi, l'accouchement durant les trente glorieuses va échapper à la transmission entre femmes. La discipline des corps est désormais confiée à la modernité technicienne et au tourbillon des progrès techniques tant en matière obstétricale que néonatale : monitoring fœtal*, échographie, analgésie péridurale*, procréation médicalement assistée, couveuse, réanimation néonatal*... Par conséquent, ce nouveau contexte va astreindre toutes les femmes de la société à une nouvelle expérience de la maternité au point que mères et filles ne partagent plus le même vécu de cet évènement.

¹⁴ Un diplôme de Visiteuse d'hygiène maternelle et infantile est créé en 1920 par Adolphe Pinard. La concurrence avec les sages-femmes est alors directe. En 1922, le ministère de l'hygiène crée le diplôme d'infirmière puis en 1924, il est créé en remplacement du premier diplôme de 1920 un diplôme de Visiteuse Sociale de l'Enfance. En 1932, les deux diplômes sont réunis sous le diplôme d'assistante sociale, à la fois technique, sanitaire et social.

À la régulation sociale de la première moitié du XX^e siècle liée aux nouveaux statuts professionnels, s'additionnent donc de nouvelles contraintes sur le corps féminin en lien avec les usages des techniques biomédicales. Comme le disait Michel Foucault, un biopouvoir est désormais en place conjuguant régulation des populations et discipline des corps.

3.2 Le pouvoir médical à l'œuvre : l'éviction des femmes ?

Dans la continuité de l'impact de la technique dans le contrôle des corps, c'est toute l'organisation sociale du système de santé qui va ancrer la hiérarchie genrée au sein du système médical et envers les femmes qui accouchent.

Dès l'origine, lors des discussions préalables au sixième plan¹⁵ avec Émile Papiernick, alors jeune chef de clinique d'obstétrique, la parole des femmes et des sages-femmes va être confisquée comme le note Carricaburu (2009) :

« du point de vue de la méthode, il s'appuie sur les positions de ses confrères auditionnés et ne cherche pas à ouvrir l'espace de négociation en recueillant ne serait-ce que le point de vue des sages-femmes qui, pas plus que celui des patientes, n'ont le droit à la parole » (Carricaburu, 2009).

Le rapport du Haut Comité à la Santé Publique de 1994 est considéré comme un premier plan de périnatalité. Il ne consacre qu'une seule page au point de vue des usagères dans la partie consacrée à ce qu'est « *une bonne naissance* ».

Conséquence de ce processus, les auteur.es du rapport émettent des recommandations sur l'organisation du système de santé et proposent des restructurations. Le gouvernement édite alors les décrets de 1998¹⁶ qui fixent des normes en matériels, locaux et quota de professionnel.les.

¹⁵ La loi n°71-567 du 15 juillet 1971 portant approbation du sixième Plan de développement économique et social est votée et publiée dans le Journal officiel du 16 juillet 1971. Comme les autres Plans, il détermine les principales orientations assignées au développement économique et social de la France pour cinq années (1971-1975).

¹⁶ Décret n°98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique.

Femmes et sages-femmes de l'époque contemporaine sont absentes des prises de décisions publiques à propos d'un phénomène biologique qui ne concernent qu'elles. Si l'âge classique autant que le XIX^e siècle ne sont pas des périodes de promotion de l'égalité entre femmes et hommes, la période biomédicale dans laquelle nous nous situons a été traversée par les mouvements féministes et plusieurs questions se poseront quant aux positionnements de femmes militantes, professionnelles ou non. Reste que le formidable déploiement technique de cette période, qui connaît un essor important à partir du milieu des années 1970, n'a pas fait l'objet d'échanges entre les médecins et les femmes, usagères ou sages-femmes.

L'exemple de la construction du premier plan de périnatalité en 1994 est particulièrement éloquent de l'éviction des femmes et du système de genre. Le centre des préoccupations n'est pas la femme et la mortalité maternelle mais la santé de l'enfant. L'initiative est prise en 1969 par le pédiatre Minkowski qui, face au mutisme tant des institutions que des obstétriciens, lance l'alerte dans les journaux sur l'état de santé qu'il juge déplorable des nouveau-nés : trop de décès, et surtout trop de handicaps. Cette préoccupation va conduire vingt ans plus tard, dans le premier plan de périnatalité, à des recommandations ciblant essentiellement l'enfant comme le notent explicitement les auteurs du rapport du Haut Comité à la Santé Publique (1994, p.139) :

« Ce rapport est presque totalement tourné vers le petit d'homme avant, pendant et juste après sa naissance : augmenter la sécurité somatique de celle-ci, minimiser les échecs que sont la mort et le handicap physique, assurer au mieux le lien affectif et psychologique qui l'attache à sa mère et à son père, puis à l'ensemble de la société ».

Une autre façon de bâtir l'éviction des femmes va être de construire la grossesse comme une pathologie et donc de privilégier le regard technique au détriment du vécu des intéressées et de l'expertise des sages-femmes. La question du normal et du pathologique en obstétrique est depuis quatre siècles un enjeu majeur car les définitions qui en sont données construisent la hiérarchie professionnelle. Dans un contexte de très forte construction sexuée des professions, présenter toujours l'accouchement comme pathologique *a priori* enferme les sages-femmes dans un rôle secondaire. C'est ce qu'observe Danièle Carricaburu (2009) en analysant le contenu

des discussions préalables à la rédaction du sixième plan de développement économique et social. L'auteure note que

« le problème est doublement cadré, techniquement et médicalement, par ce que l'on maîtrise ou que l'on croit maîtriser : le raisonnement économique d'un côté [...], la "pathologisation" de toute grossesse ou toute naissance de l'autre » (Carricaburu, 2009).

3.3 La Procréation Médicalement Assistée (PMA) : de nouvelles techniques et une reconfiguration du système de genre

La PMA constitue un bouleversement social depuis une cinquantaine d'années. Tout comme l'accouchement, la PMA est le produit du croisement des normes biomédicales et des normes de genre dans la fabrique de la parenté. Laurence Tain note à ce propos qu' *« il y a bien un enchevêtrement entre biomédicalisation et hétéronormativité. [...] L'institution médicale investit prioritairement les domaines conformes à l'ordre de genre dominant mais ne néglige pas pour autant les espaces moins conformes qui s'ouvrent, tout en menant un combat pour en garder le contrôle »* (Tain, 2013, p.120). Jean-Hughes Déchaux observe pour sa part que la PMA peut conduire à une analyse du croisement entre système de genre et système de parenté : *« Dans les sociétés occidentales, en Europe et en Amérique du Nord, le développement des nouvelles techniques de reproduction (NTR) interroge l'ordre social de la procréation à travers deux de ses composantes : le système de genre et le modèle de parenté dominant »* (Déchaux, 2014).

De nombreux auteurs y voient le renforcement de la conformité au système de genre, comme le soulignent Jérôme Courduriès et Cathy Herbrand dans l'introduction d'un numéro spécial d'*Enfances Familles Générations* (2014) sur le croisement entre genre, système de parenté et PMA. Les auteurs identifient le croisement comme un processus de reproduction des normes sociales :

« En outre, bien que les Techniques de Reproduction Assistée (TRA) aient sur le long terme contribué à remettre en question le modèle de la famille biocentrée et bilatérale en facilitant l'émergence de nouvelles structures familiales, elles peuvent néanmoins participer d'une logique profondément hétéronormative. Un certain nombre de travaux

empiriques sur le sujet décrivent ainsi à quel point les personnes ayant recours aux TRA reproduisent les stéréotypes de genre en matière d'identité sexuée et de rôle parental » (Courduriès, Herbrand, 2014).

Avant même l'ouverture de la PMA pour les couples de femmes et les femmes seules en 2021¹⁷, Laurence Tain et Virginie Rozée avaient identifié des décalages sociaux dans les principaux circuits internationaux de PMA empruntés par les Français (Rozée, Tain, 2010). Ainsi, la nouvelle loi de bioéthique rend légitime et visible le décalage avec le cadre de l'hétérosexualité reproductive (Colin, 1989 ; Tain, 2003).

Dans les couples de femmes, Laurence Tain a identifié deux reconfigurations contemporaines des liens entre sexualité et reproduction qui mettent en scène deux décalages avec la norme hétérocentrée du couple : le premier centré sur la binarité du couple et décalé par rapport à la complémentarité hétéronormée, « *la légitimation d'un parent identifié par sa volonté sociale et non par son appartenance de sexe* » (Tain, 2013, p.78) ; le second maintient la différenciation féminin/masculin mais décalé par rapport à la binarité du couple, « *la transformation porte donc ici sur la division binaire du travail reproductif qui se trouve démultipliée* » (*ibid*).

Concernant les femmes seules, Virginie Rozée a observé qu'en cas de tension entre système de genre et de parenté, les femmes seules dans les parcours de PMA font le choix de la conformité au système de genre en devenant mère :

« Au-delà du désir intime et personnel de devenir mères, décider de concevoir seules un enfant est une façon pour les femmes rencontrées, et celles des autres études citées, de répondre aux contraintes normatives de genre, qui apparaît comme plus important que de se conformer à la norme conjugale du faire famille. L'usage de la médecine,

¹⁷ La loi du 2 août 2021 de bioéthique élargit la PMA aux couples de femmes et aux femmes seules et donne de nouveaux droits pour les enfants nés d'une PMA. Elle contient d'autres dispositions, notamment sur l'autoconservation des gamètes hors motif médical, la recherche sur les embryons et les cellules souches.

après avoir exploré d'autres solutions, est donc pour elles une façon d'optimiser leurs chances de devenir mères, avant qu'il soit trop tard notamment » (Rozée, 2013).

*

*

*

À l'issue de ce chapitre, un panorama socio-historique de la scène de l'accouchement nous a permis d'illustrer la modélisation ternaire du corps et la dynamique du rapport social de genre.

Concernant la modélisation du corps, nous avons pu mettre en évidence trois strates corporelles. Chaque strate s'avère dominante dans une période historique en lien avec l'institution centrale de l'époque : le corps cosmique via l'Église à l'âge classique, le corps social via l'État à partir de la révolution française et enfin, le corps biomédical à l'époque contemporaine via la science.

À chaque époque, le système de genre est imbriqué aux représentations du corps. L'empreinte sacrée du corps, sous la domination de l'Église durant le Moyen Âge, donne à voir des communautés de femmes relativement libres mais conditionnées par des représentations péjoratives du « Sexe ». L'empreinte sociale du corps, portée par l'État, dominant à partir de la Révolution Française jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale, réinvente le contrôle social via de nouvelles formes de régulation qui s'exercent sur les corps de femmes. Enfin, la période récente est celle de l'emprise biologique du corps, celle de la biomédicalisation. Elle comprend une redéfinition du corps des femmes, un corps technique, un corps à risque.

Par ailleurs, cette généalogie socio-historique au prisme du modèle du corps ternaire permet d'illustrer les réaménagements des trois piliers du système de genre que nous avons retenus.

La différence des sexes, dans chaque strate corporelle, s'est transformée au fil des époques. La transition entre représentations cosmique et sociale au cours du XVIII^e siècle est de ce point de vue particulièrement intéressante. Hérité de l'empreinte sacrée, le maintien de la bicatégorisation entre hommes et femmes est primordial pour construire une nouvelle définition, médicale cette fois, de la maternité. La maternité est pour les femmes ce qu'est la guerre pour les hommes, une manière de servir l'État et la Nation. Les femmes, malgré le changement de paradigme, sont maintenues dans une dichotomie d'avec les hommes, femme nature et homme culture, sages-femmes accompagnant la Nature et médecins ayant la charge d'y suppléer en cas de nécessité.

La hiérarchie sexuée est visible à chaque époque. En effet, à l'âge classique, le discours religieux est centré sur l'infériorité des femmes. La chasse aux sorcières jusqu'à la fin du XVII^e siècle en est l'un des révélateurs. Dans les années précédant la révolution française de 1789, la bataille entre médecins et sages-femmes pour la place auprès du lit des accouchées est intense. Les hommes chirurgiens la remportent sans difficulté avec le soutien d'un État nataliste et d'une population rejetant l'impéritie des matrones. Avec la création de postes hospitaliers de chefs de service, la fonction sociale des maternités dans la régulation des corps, le début de l'élargissement de la clientèle hospitalière aux classes moyennes, la III^e République installe les accoucheurs dans leur monopole actuel sur la sphère reproductive. L'essor technique des cinquante dernières années s'est fait une fois de plus sans les femmes.

Enfin, l'hétéronormativité traverse le temps. Si elle est très visible à travers l'injonction à la maternité dans les couples hétérosexuels, celle-ci n'a pas toujours eu le même sens. Injonction à produire de fervents catholiques au XVII^e siècle, la maternité est devenue le symbole de la femme en pleine santé pour renforcer le pouvoir de la nation au XIX^e siècle. Avec la biomédicalisation de notre époque, on peut faire deux constats. D'une part, les mouvements féministes et l'aboutissement des revendications autour de l'avortement et de la contraception ont changé la donne puisque les femmes ont désormais les moyens d'échapper à cette injonction. D'autre part, la visibilité des femmes lesbiennes dans l'espace public tout comme la volonté des couples homosexuels d'avoir des enfants ont profondément modifié le regard social sur la reproduction humaine.

Chapitre 2

Biographies professionnelles : Auxiliaires de puériculture, sages-femmes et médecins à l'épreuve du genre

« Je ne suis pas con, malgré les pschit pschit à nettoyer »

Virginie, auxiliaire de puériculture, *Femme Heureuse*.

« La salle d'accouchement, c'est une cathédrale. Pour y rentrer, il faut la genuflexion, le signe de croix et la permission des sages-femmes »

Jocelyne, sage-femme, *Femme Heureuse*.

« Elles ont le droit d'accoucher comme la grand-mère sauf que la grand-mère, il y avait un enfant sur cent qui mourrait. L'accouchement de la grand-mère, ça va avec les emmerdes de la grand-mère »

Bastien, obstétricien, *Femme Heureuse*.

L'objectif du chapitre est d'analyser les biographies professionnelles à partir de l'expérience ternaire du corps en tant qu'outil de modélisation. Dans un deuxième temps, nous articulerons les représentations du corps avec le système de genre. Nous conclurons par les dynamiques sociales vis-à-vis du système de genre propres à chaque profession.

Nous avons montré dans le premier chapitre que l'analyse par le concept de corps ternaire est utile pour rendre visibles et distribuer les différentes composantes du système de genre au cours de l'histoire. Nous regarderons ici comment chaque profession s'inscrit dans les représentations techniques, relationnelles et cosmiques du corps. Nous mobiliserons le corps ternaire comme modèle théorique dans une approche compréhensive. Ainsi, les trois dimensions du corps ternaire nous permettent une réduction rationnelle des données observées sur le terrain (Cohen-Huther, 2003).

Si l'accouchement est une expérience corporelle, la scène sociale de l'accouchement est d'abord une scène de genre. Les femmes qui accouchent sont prises dans la dynamique de ce rapport social et tout comme celles qui prennent soin, qu'il s'agisse des auxiliaires de puériculture, des sages-femmes et des obstétriciennes. En revanche, chaque catégorie n'a pas les mêmes ressources culturelles et sociales pour se décaler au sein du système de genre. Nous reprenons ici l'analyse de Danièle Kergoat sur les rapports sociaux :

« Les rapports sociaux sont consubstantiels : ils forment un nœud qui ne peut être séquenté au sein des pratiques sociales [...] et ils sont coextensifs, en se déployant, les rapports sociaux de classe, de genre, de "race", se reproduisent et se coproduisent mutuellement » (Kergoat, 2011).

1 « Faire le bébé » : quand faire le « sale boulot » participe de la production d'un cadre reproductif et biomédical

Si le métier d'auxiliaire de puériculture est officiellement créé en 1947 avec le premier certificat professionnel, la cohérence de l'enseignement sur tout le territoire date de 1985 et la création du diplôme d'état d'auxiliaire de puériculture de 2007. En effet, les pratiques de « celles qui font le bébé », analysées par Yvonne Verdier (1979), montrent que la question des compétences acquises en formation n'est toujours pas la règle dans les années 1970. Yvonne Verdier décrit ainsi des femmes du village accompagnant et assistant médecins ou sages-femmes au domicile des femmes lors des accouchements pour s'occuper des premiers soins de puériculture à la naissance et dans les jours qui suivent. De fait, ces « femmes qui aident » ont longtemps coexisté avec des professionnelles diplômées de la petite enfance. Le métier est quasi exclusivement féminin et classé dans la catégorie C de la fonction publique.

En parallèle de la filière professionnelle, il existe une association dite de « doulas »¹ qui réalisent un accompagnement relationnel des femmes reprenant pour une bonne partie les compétences des auxiliaires mais sans diplôme d'État. La référence de la « femme qui aide » d'Yvonne Verdier est reprise dans la partie « historique » du site des doulas de France : ces femmes y affirment une posture sexuée de leur fonction, liée à leur propre expérience de l'enfantement. Les doulas exercent en libéral et ne sont pas reconnues par les pouvoirs publics.

¹ « *La doula accompagne et soutient la future mère et son entourage pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-natale, dans le cadre du service à la personne, grâce à son expérience et à sa formation, et cela uniquement en complément du suivi médical* ». Source : <https://doulas.info/>.

Pour cette partie, nous avons mobilisé les entretiens que nous estimons emblématiques de la profession d'auxiliaires de puériculture : Joséphine, Valérie, Virginie, Angélique et Magali parmi les sept entretiens effectués.

Joséphine est une jeune femme d'une trentaine d'années qui a un jeune garçon. Elle a travaillé aux urgences comme aide-soignante et travaille en salle de naissance depuis un an à Femme Heureuse.

Valérie travaille à Belle Naissance depuis vingt-cinq ans. Elle y a fait quasiment toute sa carrière. Elle n'a pas d'enfant et a suivi avec plaisir les transformations dans les pratiques différentes et moins médicalisées de Belle Naissance.

Virginie travaille depuis vingt ans comme auxiliaire de puériculture et bientôt cinq ans au sein de la salle d'accouchement de Femme Heureuse. Elle a un projet de formation d'infirmière.

Angélique a fait toute sa carrière de plus de trente ans à Femme Heureuse. Elle est reconnue dans son travail en particulier pour sa capacité à respecter la hiérarchie professionnelle. C'est une « ancienne ».

Magali, enfin, travaille également à Femme Heureuse. Elle est très fière de ses savoir-faire auprès des nouveau-nés, massage, bain, accompagnement à l'allaitement. Elle travaille à la maternité depuis dix ans suite à la fermeture de la petite maternité dans laquelle elle a fait son début de carrière.

1.1 L'exclusion de la dimension relationnelle du soin : le « sale boulot »

Les auxiliaires de puériculture, ayant pour cœur de métier la dimension relationnelle du corps et non la dimension technique du corps, devraient être mobilisées pour le soutien des femmes pendant l'accouchement. Or, elles sont désormais de plus en plus reléguées à des tâches subalternes, dont personne ne veut, le « sale boulot » (Hughes, 1996 ; Lhuilier, 2005), réalisées il y a encore quelques années par les agents de service hospitalier. La sociologue Dominique Lhuilier note que ces tâches subalternes prennent sens à la condition qu'elles soient intégrées dans un accompagnement plus large de la personne :

« Elles ne tirent pas de la dignité de l'activité thérapeutique les mêmes bénéfices matériels et symboliques que le médecin ou même l'infirmière. Mais elles font de cette

participation à cette activité noble une référence récurrente dans la présentation – représentation de leur fonction. La prise en charge du « sale boulot » est inséparable de la quête et de l'usage des ressources disponibles pour restaurer l'image de soi et conférer une certaine estime à son travail » (Lhuilier, 2005).

C'est ce que nous avons pu repérer à la fois dans des récits d'accouchement et dans l'attribution des tâches domestiques ou administratives au sein des services alors que la valorisation du métier d'auxiliaire de puériculture se joue par rapport aux injonctions de genre qui configurent la nature féminine du métier. C'est ce que note Anne-Marie Arborio à propos des aides-soignantes :

« La dévalorisation des tâches est associée à une négation des compétences réellement mises en œuvre, que ce soit par la mise en avant du seul rôle d'« exécution » ou par l'assimilation de ces compétences à des qualités supposées « naturelles » et sexuées, s'agissant des métiers construits comme féminins » (Arborio, 2009).

Ainsi, nous avons pu observer lors d'un accouchement à *Femme Heureuse*, le déplacement parfaitement intégré par les professionnel.les du cœur de métier d'auxiliaire de puériculture, de l'accompagnement relationnel des patientes aux tâches domestiques.

Une patiente sans péridurale gémit, pleure de douleur. Elle demande une péridurale. La sage-femme lui fait six touchers vaginaux en moins de quarante minutes. Au dernier toucher, la femme hurle et une auxiliaire arrive. La sage-femme lui dit que la patiente est à dilatation complète. L'auxiliaire répond : « Ça descend ou pas ? Comme ça j'ai le temps de finir le ménage dans le bureau ! ». La sage-femme la laisse sortir de la pièce. (Note de terrain à Femme Heureuse).

Si ce déplacement est accepté par certaines professionnelles, ce n'est pas toujours le cas comme l'explique Magali à travers les tâches prioritaires qui lui incombent :

« Ce qui me gêne le plus, c'est la gestion du service. Le linge, les commandes... bref l'organisation qui prend le pas sur mon rôle en salle. Sortir de la salle parce que le chariot repas sonne au bout du service ça me dérange ; je ne peux pas accompagner la dame. Je suis obligée d'y aller parce que si je ne le fais pas repartir à la bonne heure, il rate le rail et il faut que ce soit moi qui me déplace à l'autre bout de l'hôpital. Ça me gêne beaucoup. Je dois faire le ménage et le reste. Les femmes,

l'accompagnement, ce n'est pas une priorité » (Magali, auxiliaire de puériculture, Femme Heureuse).

De même, Joséphine nous fait part des tâches administratives simples qu'elle doit accomplir qui devraient relever des secrétariats ou des infirmières dans certains services et qui sont régulièrement reportées sur les auxiliaires de puériculture.

« La journée, les secrétaires renvoient les femmes après avoir fait les étiquettes. Sinon c'est nous qui devons faire les planches. La nuit, c'est nous tout le temps. Je n'ai pas eu de formation informatique » (Joséphine, auxiliaire de puériculture, Femme Heureuse).

Ainsi, malgré la définition de leurs compétences professionnelles, les auxiliaires de puériculture sont invisibles, reléguées à des tâches subalternes, assujetties au corps technique. Cette situation s'intensifie du fait du *new public management* hospitalier qui les cantonne de plus en plus aux tâches ménagères. Pour Philippe Chaniel, c'est d'ailleurs l'ensemble du système de soin qui est mis en difficulté :

« Partout les maîtres mots sont : contractualisation, évaluation permanente des résultats, mise en concurrence des institutions et des personnels, qui perdent une partie de leurs garanties statutaires et qui ne doivent plus obéir à l'éthique informelle de leur métier mais à la commande sociale incarnée par un chef institutionnel aux pouvoirs renforcés, directeur d'hôpital ou président d'université » (Chaniel, 2010).

Plus largement, Gilles Herreros analyse la situation de l'hôpital comme un entre-deux qui produit des tensions dans tous les corps de métiers :

« La dimension institutionnelle ne produit plus les régulations attendues, alors que le caractère organisationnel de l'hôpital n'est pas encore affirmé. Du coup, nombre de personnels sont en difficulté, et l'on peut considérer que nous sommes actuellement en présence d'un sérieux malaise des personnels hospitaliers » (Herreros, 2007).

1.2 Rendre disponible le corps reproducteur aux techniques biomédicales

Les auxiliaires de puériculture sont donc assujetties au « sale boulot », leur rôle étant de rendre disponible le corps reproducteur. Cette situation s'articule avec le

système de genre. En effet, l'observation des scènes professionnelles ainsi que les entretiens mettent en évidence l'intégration du système de genre et l'instauration d'un cadre normatif genré pour la naissance.

Parmi les différentes composantes du système de genre, nous avons observé chez les auxiliaires de puériculture la bicatégorisation sexuée² étroitement imbriquée avec l'hétéronormativité³ que ce soit pour leurs propres accouchements ou pour l'accompagnement des parturientes. Aux hommes, la sexualité érotique, aux femmes, l'injonction reproductive.

Paradoxalement, si le corps féminin doit être caché de la vue des hommes, la maternité est survalorisée à travers le sang des couches, c'est le « *sang de la vie* » (Joséphine, auxiliaire de puériculture, *Femme Heureuse*). Il s'agit d'une expérience mystique et rituelle à travers le sang, le liquide amniotique qui portent l'odeur de la vie :

« *Ça sent le sang... Je l'avais aux urgences mais ce n'est pas le même sang. C'est le sang du bébé, de la maman, c'est la vie quoi. C'est moins brutal que le sang des hommes, celui des urgences pour un accident* » (Joséphine, auxiliaire de puériculture, *Femme Heureuse*).

Néanmoins, simultanément pour Joséphine, l'expérience de l'accouchement renvoie aussi à un imaginaire de saleté qu'elle associe à une position sociale défavorisée. Les femmes devraient donc dissimuler la « saleté » de l'accouchement et donner une image « raffinée » à travers la douche, le parfum mais aussi l'épilation/rasage des parties génitales. C'est ainsi que se met en scène, dans les représentations sociales, le croisement des rapports sociaux de genre et de classe :

« *Dans certains cas, il y a des familles, c'est l'enfant argent, c'est pour les alloc... J'ai été surprise des cas sociaux qui sont dans le département. Je suis un peu dans*

² Il s'agit de construire un corps féminin parfumé et agréable dont on « cacherait » la saleté aux hommes.

³ Il s'agit de conserver le potentiel de séduction pour anticiper la capacité reproductive future.

l'idéalisation, tu prends ta douche, ton vernis, tu sens bon... » (Joséphine, auxiliaire de puériculture, Femme Heureuse).

Pour Valérie qui travaille à *Belle Naissance*, la conception de l'accouchement se rapproche de l'idéalisation de la femme bien parfumée de Joséphine. En effet, il y aurait une sorte de dignité des femmes qui devraient demeurer « respectables » durant l'accouchement et taire leur douleur. C'est ainsi l'appréciation de Valérie concernant l'accouchement d'une femme qu'elle considère dégradant et non conforme aux normes sexuées :

« Elle a vraiment été violente cette femme. La sage-femme lui demandait de pousser pour se soulager et la femme qui dit "mais taisez-vous, je ne veux plus vous entendre", même le mari nous regardait et nous disait "ce n'est pas possible, ce n'est pas ma femme", et la femme : "mais sortez-le ce gosse, je ne veux pas le voir"... Elle ne l'a pas voulu sur elle. On a coupé le cordon et on l'a donné au père » (Valérie, auxiliaire de puériculture, Belle Naissance).

La bicatégorisation sexuée s'avère associée à l'hétéronormativité et par là, à la préservation des capacités reproductives futures. Si la présence de l'homme est indispensable, le corps de l'accouchement doit pourtant leur être caché. Il risquerait de déssexualiser la femme et de mettre en péril la capacité reproductive à venir du couple. C'est pourquoi on assiste à des montages ambivalents de l'absence/présence masculine selon les cultures.

Le scénario hospitalier dominant aujourd'hui est celui de la présence des hommes pour l'accueil de l'enfant, éventuellement pour une partie de l'accouchement sauf si un médecin doit réaliser une intervention par exemple un forceps. C'est ce qu'illustre l'extrait d'entretien de Joséphine, à la fois dans la description de son propre accouchement et dans la façon dont elle accompagne les futures mères :

« Mon mari m'a un peu raconté. Il y a des choses qui l'ont choqué. Quand il est rentré, il est allé vers la table du bébé et il est tombé sur moi, les jambes écartées avec le cordon qui pendouille. Je fais très attention à ça pour les pères, qu'ils ne voient pas

leur femme de face quand elles sont dans les étriers » (Joséphine, auxiliaire de puériculture, *Femme Heureuse*).

D'autres scénarii sont possibles, articulés avec d'autres injonctions culturelles. C'est ainsi que Angélique, auxiliaire de puériculture à *Femme Heureuse* depuis plus de trente ans, imprégnée par la culture hospitalière française, qui veut à la fois que l'homme soit présent et qu'elle préférerait voir absent, rend compte de l'accouchement de Djamila, l'une de ces amies, en décalage culturel avec elle :

« Djamila, dans sa tête, ce n'était pas possible d'accoucher sans péridurale, elle ne s'était pas du tout préparée à ça et il me semble qu'elle aussi elle a été surprise par son comportement violent. Son mari n'était pas là... bon, c'est culturel, c'est une histoire de femmes, mais c'est vrai que ça a été dur » (Angélique, auxiliaire de puériculture, *Femme Heureuse*).

1.3 Résignation et contestations marginales : des auxiliaires invisibilisées

Nous complétons notre analyse de l'expérience du corps et de son articulation avec le système de genre chez les auxiliaires de puériculture en esquisant une dynamique sociale vis-à-vis du système genre.

Nous observons une dynamique majoritaire de reproduction sociale des normes de genre et deux positions de décalages partiels. La première est celle d'un décalage avec le genre qui est le fait de Virginie, en cours de reconversion professionnelle vers le métier d'infirmière. La seconde est celle d'une contestation marginale de la hiérarchie.

Ainsi, Virginie se décale de la norme de genre au regard de la hiérarchie sexuée et de l'hétéronormativité. Dans ce premier extrait, il s'agit de faire vivre au couple l'expérience corporelle et d'intégrer le compagnon dans l'accompagnement :

« Ce serait moi je proposerais même que le mari soit avec sa femme dans la baignoire, ça ne me dérangerait pas. Mais je n'ai pas le sentiment que ce soit bien vu. Mais moi je n'y verrais aucun inconvénient, l'eau ... l'enfant est dans l'eau, la mère aussi et le

père qui se sent totalement impuissant qui voit sa femme tourner en rond... lui aussi il a sa place » (Virginie, auxiliaire de puériculture, Femme Heureuse).

Virginie, en tant qu'auxiliaire de puériculture, n'a pas les marges de manœuvres pour proposer une prise en charge alternative. De la même manière, le décalage prend la forme d'une remise en question de l'hétéronormativité. Dans l'extrait suivant, Virginie aborde spontanément la maternité dans les couples lesbiens :

« Cette salle physiologique se prête à ça...mais ça peut être un autre accompagnement. Le père ou toute autre conjoint d'ailleurs en fonction de la vie privée des gens. Ça peut être une amie, une compagne, quoiqu'il en soit on donne le choix à la femme enceinte » (Virginie, auxiliaire de puériculture, Femme Heureuse).

D'une autre façon, nous avons observé une forme de résistance qui s'exprime à travers la colère de certaines auxiliaires vis-à-vis des médecins. Dans les maternités *Femme Heureuse* et *Belle Naissance*, on retrouve les mêmes tensions, qui touchent à la dignité des femmes. Joséphine s'insurge contre le mépris dans la situation évoquée ci-dessous, situation qui ne bougera pas avant le départ en retraite du médecin concerné, malgré la connaissance qu'en a la hiérarchie hospitalière :

« Les anesthésistes c'est un monde à part ! Faut que tout soit prêt... Ils n'ont pas du tout la même attitude ici qu'aux urgences. Il y en a un en particulier... j'en ai parlé avec la surveillante. J'ai fait deux soirs, je rentrais dans le vestiaire, je chialais, chez moi je chialais... Il m'a parlé comme à un chien... Tout ça parce que je prenais des initiatives et que ça ne lui plaisait pas. J'ai voulu continuer à le resservir... j'étais tellement en stress que j'en ai fait tomber le cathéter de péridurale par terre » (Joséphine, auxiliaire de puériculture, Femme Heureuse).

De la même manière à *Belle Naissance*, Valérie manifeste son indignation après avoir réussi à « ouvrir »* le bloc obstétrical pour une urgence. Cette tâche est exécutée avec professionnalisme bien qu'elle soit hors de ses compétences. Néanmoins, elle devra faire face au mécontentement du médecin présent ce jour-là.

« La semaine suivante, je croise la chef et je lui dis "ouah super ! J'ai fait une ouverture de bloc la semaine dernière. Je suis bien contente, j'ai su tout faire bien." Et elle me dit "ah, c'était toi ! Le médecin est venu se plaindre parce que tu n'es pas venue assez vite". En fait, ce que le médecin n'avait pas apprécié, c'est que la sage-femme mette la femme sur la table toute seule mais lui il n'était pas habillé stérilement donc il pouvait

le faire, mais non... moossieur attendait que ça se fasse tout seul ! C'est ça qui ne lui a pas plu... J'ai mis la femme en danger (rires), on nage en plein délire » (Valérie, auxiliaire de puériculture, Belle Naissance).

Dans ces deux situations, les auxiliaires agissent en dehors de leurs compétences et dans les deux structures, leur aide est dévalorisée et leur contestation marginalisée.

Au terme de cette partie concernant les auxiliaires de puériculture, nous faisons un premier constat. Les auxiliaires devraient contribuer à la prise en charge relationnelle à travers leur rôle d'accompagnement de la future mère et des premiers soins aux nouveau-nés. Pourtant, ces professionnelles sont, d'une part, exclues de l'expérience relationnelle du corps pour être reléguées au « sale boulot » et, d'autre part, assujetties à réaliser des tâches que personne ne veut faire pour préparer les interventions biomédicalisables.

Cette exclusion partielle de l'expérience relationnelle du corps, qui est pensée malgré tout par ces professionnelles comme le cœur de leur métier, participe de la production d'un ensemble de normes qui visent la conformité du corps de l'accouchement au système de genre. Enfin, la dynamique sociale est celle de la reproduction du système de genre, les éventuelles contestations étant invisibilisées. Les auxiliaires de puériculture s'inscrivent pour nous dans une position de conformité sociale.

2 Les sages-femmes au prisme du genre : trois conceptions du corps, trois expériences de genre

À travers l'histoire des femmes et de l'accouchement analysée au premier chapitre, nous avons présenté l'histoire de la profession de sage-femme et nous avons vu combien elle est indissociable des rapports de genre. Aujourd'hui cette imbrication

demeure, ne serait-ce par la proportion des hommes qui ne représente en 2021 que 4,5% des sages-femmes⁴.

Nous analysons cette profession à partir de différentes biographies professionnelles qui ont des conceptions différentes du corps. À chaque conception du corps s'articule une dynamique propre du système de genre. Chacune des trois postures que nous avons esquissées précédemment révèle une dynamique sociale spécifique.

D'autres auteur.es ont ainsi repéré et analysé différentes conceptions de l'expérience de l'accouchement. C'est le cas de Béatrice Jacques en 2007 et Philippe Charrier en 2011 qui ont mis en évidence deux conceptions : relationnelle et technique. En effet, pour Béatrice Jacques, le centre du métier des sages-femmes est relationnel et par suite les actes partagés avec les médecins seraient une forme de délégation des médecins aux sages-femmes :

« les sages-femmes n'auraient pas de spécificité professionnelle, ce qui nous donne une première indication sur la place qu'elles occupent » (Jacques, 2007, p.74).

Béatrice Jacques y voit deux segments professionnels selon la génération, les jeunes sages-femmes étant plus techniciennes. Philippe Charrier poursuit en précisant que seules 6,5% des sages-femmes de son échantillon se revendiquent d'une approche technique du corps. Il s'agit essentiellement de sages-femmes travaillant au sein de maternités publiques.

Pour approfondir ce constat, le prisme du genre nous paraît indispensable. En effet, d'un point de vue du genre, l'approche technique du corps est attribuée au masculin tandis que les corps relationnels et cosmiques relèvent du féminin (Tabet, 1998). C'est précisément un point central de l'analyse genrée des techniques que proposent Danièle Chabaud-Rychter et Delphine Gardey. Les auteures soulignent en effet que la technique est un élément constitutif de l'identité masculine :

⁴ Source : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), 2021.

« La culture technique masculine paraît avoir des composantes telles que la mise à l'épreuve de soi-même et la recherche de la maîtrise physique et intellectuelle dans la confrontation avec des machines » (Chabaud-Rychter, Gardey, 2000, p.218).

Nous pensons donc que la culture technique est un enjeu de pouvoir dans la hiérarchie médicale et que les sages-femmes doivent de surcroît prendre en compte les rapports de genre qui leur sont défavorables.

Nous allons illustrer notre propos à partir des entretiens que nous considérons comme emblématiques de la profession de sages-femmes : nous citerons neuf professionnelles enquêtées sur vingt-deux.

Véronique et Clotilde sont deux sages-femmes de Femme Heureuse. Ces deux parcours biographiques illustrent l'adhésion à des représentations techniques du corps. Au total, nous avons repéré huit sages-femmes sur vingt-deux correspondant à ce parcours biomédical.

Éric travaille à Belle Naissance, Lucienne, Justine et Juliette à Femme Heureuse. Leurs biographies montrent une adhésion à des représentations relationnelles du corps. Au total, nous avons identifié neuf sages-femmes sur vingt-deux correspondant à ce parcours de négociation au sein de l'expérience et de la pratique médicale.

Éva et Camille travaillent depuis presque dix ans à Belle Naissance. Jocelyne est un pilier de Femme Heureuse. Elle y travaille depuis trente ans. Ces trois biographies mettent en évidence une expérience cosmique du corps. Au total, nous estimons que cinq sages-femmes sur vingt-deux s'inscrivent dans un parcours marqué par une conception cosmique.

2.1 Des sages-femmes « sous influence » : une double conformité

Nous exposons ci-dessous les parcours emblématiques de deux sages-femmes de *Femme Heureuse*, Clotilde et Véronique, ayant toutes deux une cinquantaine d'années, et présentant chacune une posture d'intégration des normes de genre.

Les subalternes des gestes techniques de l'accouchement

On observe ainsi un premier groupe de sages-femmes centrées sur la composante biologique du corps mais qui, compte tenu du processus historique de distribution professionnelle, sont des subalternes des gestes techniques. On a vu en effet que la maîtrise des outils techniques par les gynécologues obstétriciens dès le

XIX^e siècle leur a ouvert la voie au monopole professionnel. Pour autant, la dynamique du rapport de forces entre les deux professions reste toujours présente.

Les sages-femmes que nous pouvons qualifier comme « sous influence » montrent tout d'abord qu'elles ont abandonné la représentation de la sage-femme comme garante de l'accouchement normal, de l'eutocie*, de la physiologie*, pour une conception médicalisée et dominante de l'accouchement normal *a posteriori*. Cette définition française de l'accouchement implique la stabilisation de la dynamique du rapport social au bénéfice des médecins que nous détaillerons dans la deuxième partie consacrée à la biomédicalisation. Voilà ce qu'en dit Véronique :

« J'ai du mal à imaginer comment je pourrais faire un accouchement naturel vu la manière dont on nous impose le médicolégal, le monitoring en permanence, les lactates*, les troubles du rythme. Tu t'imagines, s'il se passe la moindre chose ? non, je ne veux pas être responsable de ça » (Véronique, sage-femme, Femme Heureuse).*

Dans une perspective complémentaire, Clotilde spécifie le rôle professionnel des sages-femmes : l'accompagnement technique de l'accouchement, sous couvert de représentations relationnelles du corps. Après avoir présenté une pathologie rare de l'accouchement, la technique biomédicale est décrite comme un rempart. Le rôle de la sage-femme est donc de contribuer à l'acceptation par les femmes de ce modèle spécifique :

« J'ai une sœur lourdement handicapée depuis la naissance. Le relationnel, le rapport humain, une relation d'aide aux gens, c'est important pour moi. Dans des moments difficiles pour une femme, il faut comprendre ses besoins, s'assurer techniquement que tout se passe bien, rassurer les parents, ils sont en sécurité à l'hôpital, c'est quelque chose qui me plaît » (Clotilde, sage-femme, Femme Heureuse).

La normativité du corps féminin à l'accouchement

En effet, la posture des sages-femmes que nous désignons « sous influence » se rapproche de l'intégration des normes de genre que nous avons observée chez des auxiliaires de puériculture à travers la naturalisation de l'accouchement, structurelle de la bicatégorisation sexuée. Être une « bonne mère », c'est d'abord accoucher par la voie vaginale*. Ainsi, Clotilde associe la réussite de l'accouchement à la capacité des femmes à accoucher par les voies naturelles*, la césarienne* étant un échec dont

les conséquences au niveau psychologique peuvent être majeures comme elle le raconte :

« Mon premier accouchement, je l'ai très mal vécu. J'ai fait une chorioamniotite à terme avec une césarienne* et un enfant en néonata*. Pour moi, en tant que sage-femme, je ne pouvais qu'accoucher normalement, par en bas, c'était clair. Donc une césarienne* en urgence sous anesthésie générale donc boum (pleurs +++)! J'ai fait une dépression post-natale cognée qui est passée complètement à l'as (blanc) » (Clotilde, sage-femme, Femme Heureuse).*

L'intégration des injonctions hétéronormées

Danielle Chabaud-Rychter, Dominique Fougeyrollas-Schwebel et Françoise Sonthonnax ont analysé le travail reproductif et montrent à ce propos, d'une part, la « *disponibilité permanente* » des femmes et, d'autre part, la superposition du travail productif et du travail reproductif (Chabaud-Rychter, Fougeyrollas-Schwebel, Sonthonnax, 1985). C'est ce que nous observons chez les sages-femmes pour qui la conformité à l'ordre de genre implique aussi l'acceptation d'une hiérarchisation sexuée avec le choix de fonder une famille et de mettre de côté leur vie professionnelle au profit de celle du conjoint. Ainsi, les parcours professionnels à l'hôpital sont déterminés par la construction d'une vie de famille, estimée prioritaire par rapport à la dimension professionnelle. Ces deux objectifs sont en effet jugés par Clotilde comme difficilement conciliables :

« Je suis mariée, j'ai trois enfants de quatorze, seize et dix-huit ans. Mon conjoint est agriculteur. Je suis revenue ici pour me marier. Travailler en Protection Maternelle et Infantile (PMI) ça a correspondu à un moment plus stable de ma vie parce que les vingt-quatre heures de garde à l'hôpital c'est compliqué au niveau familial. C'est plus conciliable avec une vie de famille la PMI, c'est clair » (Clotilde, sage-femme, Femme Heureuse).

Enfin, de la même manière que les auxiliaires de puériculture, les sages-femmes que nous désignons « sous influence » ont intégré la dimension hétéronormée de la profession. Faire des enfants, les aimer, s'occuper de ses propres enfants et de ceux des autres, c'est la priorité comme le raconte Véronique :

« J'avais envie de travailler avec les enfants et je voulais plutôt être puéricultrice et j'avais une copine qui voulait absolument être sage-femme, l'accouchement c'était

merveilleux, c'était fabuleux donc je me suis intéressée à la profession de sage-femme »
(Véronique, sage-femme, *Femme Heureuse*).

La résignation face aux hiérarchies sexuées

La reproduction du système de genre dans les parcours de Véronique et Clotilde se manifeste dans leur résignation devant la hiérarchie sexuée, soit quand elles plient elles-mêmes en tant que femmes, soit quand elles couvrent la violence du système de genre dans l'accouchement.

Ainsi, Clotilde malgré une position lucide face au rapport hiérarchique sexué avec les médecins qu'elle associe, d'une part, au monopole médical sur les parcours de soins et, d'autre part, à l'organisation médico-sociale de la périnatalité inhérente au monopole des médecins, cède devant la répartition du travail qui lui est imposée :

« C'est toujours compliqué la relation avec les médecins... On essaie de garder tout ce qui est physiologique pour nous mais la répartition... L'idéal ce serait qu'ils nous laissent les grossesses physiologiques mais on n'en est pas là. Les médecins veulent se garder des moments sympas avec les femmes et ne pas faire que de la pathologie. On entend les secrétaires dire aux femmes que s'il n'y a pas de place avec un médecin, on va mettre la patiente avec la sage-femme, du genre, ça ne vous dérange pas d'être suivie par une sage-femme ? (Rires) » (Clotilde, sage-femme, *Femme Heureuse*).

Le témoignage de Véronique est encore plus « terrible » selon ses propres mots. Elle est, en effet, amenée à couvrir des violences obstétricales contre son gré :

« Je pense que quand on peut, on le fait mais ce n'est pas toujours possible. Il ne faut pas se voiler la face, j'ai assisté à des forceps... (blanc) mais on n'en parle pas après, ni sur le moment, qu'on n'est pas d'accord. C'est juste terrible. Mais... est-ce qu'on peut ? sous le poids de la hiérarchie... J'ai le sentiment que non. Ça veut dire qu'un médecin a tout pouvoir sur une équipe et sur une patiente et que merde, on n'est pas capable de dire quelque chose ! » (Véronique, sage-femme, *Femme Heureuse*).

Les parcours de Véronique et Clotilde correspondent à une conception technique du corps. Cette posture les place historiquement comme des agents subalternes de la biomédicalisation. Elle est identique à celle des auxiliaires de puériculture en matière de rapport au genre et à la dynamique sociale de reproduction du genre.

2.2 Des sages-femmes citoyennes

À la différence des parcours que nous avons qualifiés de « sous influence », les sages-femmes que nous choisissons de désigner comme citoyennes ont une représentation relationnelle du corps. Ces sages-femmes ont compris que la culture technique est le lieu possible d'une contestation du monopole médical. L'accouchement est donc, pour ces professionnel.les, « normal » *a priori*. Nous rendons compte des entretiens d'Éric à *Belle Naissance*, et de Lucienne, Justine et Juliette à *Femme Heureuse*, qui présentent des parcours emblématiques de cette position.

Une mise à distance des techniques au profit du relationnel

La question de l'autonomie professionnelle est très forte dans ces parcours. L'accompagnement relationnel est conditionné par les critères techniques de la biomédecine qui encadrent la pratique. Dans l'extrait suivant, Juliette répond favorablement au souhait de la parturiente de limiter la prise en charge technique de l'accouchement en assumant de ne pas faire certains gestes qui sont pourtant fortement recommandés par des protocoles standardisés :

« Je prends ça sous mon bonnet ! Une femme qui arrive, qui ne veut pas de péridurale, qui a un travail* d'accouchement brillant, je ne vais pas lui sauter dessus pour la perfuser. J'ai eu, il y a quelques temps, une dame qui était naturopathe, alors elle ne voulait pas de perfusion, elle ne voulait pas de si, elle ne voulait pas de ça. Moi, je respecte tout ça, je vais dans le sens de tout ça en leur disant “écoutez très bien mais il faut que tout aille bien, il faut que le bébé aille bien”. Elle voulait accoucher sur le côté, je lui ai dit : “ok on fait tout ça”. On a réussi ! On l'a fait ! » (Juliette, sage-femme, *Femme Heureuse*).*

Avec Éric, on comprend que si les représentations biomédicales du corps encadrent fortement les pratiques professionnelles, elles sont mises à distance en tant qu'un ensemble de règles et d'obligations qui éloignent la sage-femme de son cœur de métier d'accompagnement relationnel. Même si dans cette posture citoyenne, les sages-femmes expriment que la culture technique est un enjeu de pouvoir et d'indépendance professionnelle, leur objectif est de créer des brèches d'indépendance professionnelle dans le dispositif médical.

« On peut apporter beaucoup de choses aux femmes, on peut accomplir notre travail de sage-femme dans l'accompagnement. On est là pour ça. On fait ce qu'on aime. Accompagner et que ça soit une bonne expérience pour le couple et puis ça nous donne la légitimité de lâcher le reste. On établit un contact plus intense avec le couple qu'une femme sous péridurale*. Là, il se passe des choses humainement parlant. Ça sollicite des compétences chez nous, ce sont des accouchements plus intenses pour nous et pour les couples » (Éric, sage-femme, Belle Naissance).

Dans cette posture, on observe la lucidité des professionnel.les quant aux enjeux interprofessionnels et à la place de la culture technique dans les rapports de pouvoir avec les médecins. Ce sont des professionnel.les qui prennent appui sur l'éventuelle demande des usagères à accoucher différemment pour asseoir leur autonomie vis-à-vis de la biomédicalisation.

Une conscience des rapports sociaux de sexes

En premier lieu, on observe que ce qui distingue cette posture citoyenne, c'est la conscience structurelle des rapports sociaux de sexe, particulièrement manifeste dans les écrits de Chantal Birman, sage-femme à Paris :

« Le constat de la violence subie par les femmes [...] a éveillé très tôt ma conscience féministe. La condition des femmes n'est plus aussi grave, mais aujourd'hui encore, ma pratique me permet d'apercevoir quotidiennement la réalité d'une situation qui n'a pas changé : le non-respect des femmes. [...] Il m'est arrivé fréquemment d'être le témoin de comportements masculins inadmissibles. A l'égard des femmes mais aussi des sages-femmes. Car les hommes violents ne font pas la distinction. Leur agressivité s'adresse à toutes » (Birman, 2003, p.101-102).

C'est d'une autre façon ce que raconte Lucienne, après trente ans d'expérience à *Femme Heureuse*, en faisant parfaitement le lien entre les rapports sociaux de sexe et le couple sage-femme/médecin :

« Ici les tensions c'est du quotidien... En plus, chacun a ses trucs. Je pars du principe que l'hôpital tel qu'il fonctionne, ce sont les seigneurs docteurs et leurs servantes. Ils ont droit à tout, ils ont le pouvoir et je pense que le fait d'avoir du pouvoir sur les

autres, tu n'en sors pas indemne et chacun à leur façon, ils sont caractériels, un peu tordus, dans leurs façons de faire... » (Lucienne, sage-femme, Femme Heureuse).

En plus de sa conscience des rapports sociaux de sexe, c'est le sentiment de mépris de classe que Justine analyse lors de l'annonce de son départ d'un poste en clinique privée :

« Je disais aux médecins que j'allais partir puisque j'avais signé un contrat à l'hôpital. J'avais trouvé que c'était correct de le faire et il y en a quand même un qui m'a dit, et j'ai eu le sentiment d'être une soubrette du XVIII^e siècle..., il me dit "ah... vous avez trouvé une meilleure place ailleurs... c'est une question d'argent n'est-ce pas ?" J'ai failli lui répondre que oui j'avais trouvé une place avec une chambre sous les toits inclus... Vous avez trouvé une meilleure place ailleurs... putain... la vache... c'est là que tu te dis... il a une haute estime des sages-femmes... Tu vois la soubrette, j'ai regretté de ne pas avoir un tablier à volants... J'en suis restée la bouche ouverte comme un poisson mort » (Justine, sage-femme, Femme Heureuse).

Être sage-femme citoyenne, c'est assumer une conscience féministe et par conséquent être à la recherche d'une autonomie professionnelle qui passe pour certaines par le travail de nuit. Pour être autonome et s'occuper des femmes, il faut en payer le prix :

« J'ai été exclusivement de nuit pendant plus de dix ans. J'étais maîtresse de mes accouchements, de ma direction du travail... toujours l'autonomie. Toujours pareil, la maîtrise de ce que je fais, ne pas être cadrée dans des protocoles. Ils existent aussi la nuit mais la gestion des patientes est quand même différente. Il y a un revers, c'est les difficultés pour faire déplacer les médecins, se justifier et comme disent les sages-femmes, il faut savoir se prostituer (blanc)... pour obtenir... pour les femmes. Il y a de nombreux exemples. L'anesthésiste qui dit "j'arrive" et qui met trois heures à arriver. Il arrive, la patiente a accouché et il lui dit qu'il était très occupé alors que tout le monde sait qu'il était dans son lit » (Juliette, sage-femme, Femme Heureuse).

Fortes de cette conscience des rapports sociaux, les sages-femmes que nous qualifions de « citoyennes » adoptent fréquemment une stratégie de contestation de la hiérarchie sexuée. Ainsi, Lucienne raconte la position d'une collègue contre un déclenchement du travail, décision technique et médicale, au vu de son expérience.

Le médecin passe en force, la sage-femme avait raison et délégitime *a posteriori* la décision médicale :

« Il y a eu le “nous ne sommes pas des exécutantes” à un gynéco par une collègue un matin. Et le gynéco de dire “peut-être, mais c’est moi qui prends la décision”. La fille a répondu : “c’est nous qui faisons le déclenchement et là on va droit à la césar”. Et bingo, ma collègue avait raison (rires). Oui, je pense qu’il y a une guerre de pouvoir entre les médecins et les sages-femmes et tout ce qu’il y a autour, les femmes, les enfants, les auxiliaires de puériculture, tout le monde s’en fout » (Lucienne, sage-femme, Femme Heureuse).

Cette contestation devient parfois une opposition frontale à la hiérarchie sexuée. Comme le souligne Chantal Birman (2003), la violence physique des hommes s’exerce contre toutes les femmes, y compris les sages-femmes. Face à la hiérarchie sexuée, une collègue d’Éric s’oppose et s’interpose physiquement entre la femme et le médecin qui veut intervenir sans raison. Dans cet extrait, on voit la violence physique se déployer sans limite, la sage-femme s’interposant entre le médecin et la patiente, l’anesthésiste devant aller calmer son collègue médecin dans la réserve de matériel :

« C’était pendant la journée, la femme avait accouché. L’obstétricien de garde arrive en gueulant “comment elle ne s’est pas délivrée de son placenta ?” Ma collègue faisait l’aller-retour dans le bureau au moment où il passait par là et il lui a tapé un scandale parce qu’elle n’était pas avec la femme qui ne s’était pas encore délivrée. Il l’a poursuivie dans la salle. La femme ne comprenait pas, elle lui disait “mais tout va bien monsieur, mon bébé va bien” et lui comme un fou, il voulait lui faire une délivrance artificielle tout de suite et ma collègue s’est interposée les bras en croix (rires) ! Heureusement ce jour-là, l’anesthésiste était dans le coin, il l’a pris dans la réserve pour lui dire “oh ! tout va bien là ! on se calme !” Il était remonté... comme un fou » (Éric, sage-femme, Belle Naissance).*

Les parcours des sages-femmes « citoyennes » ouvrent ainsi une brèche dans le système de genre en mobilisant, d’une part, la dimension relationnelle du corps comme espace d’autonomie et, d’autre part, les objets techniques comme enjeu de pouvoir entre médecins et sages-femmes.

2.3 Le retour des matrones : des biographies professionnelles différentialistes et en opposition avec la hiérarchie médicale

Nous présentons enfin les parcours très minoritaires et que nous considérons comme emblématiques de « matrones » de Jocelyne, Éva et Camille. Jocelyne est un pilier de *Femme Heureuse* qui se sent en décalage avec ses collègues par rapport à sa vision différentialiste au niveau du genre et cosmique dans son rapport au corps. Éva et Camille sont des trentenaires avec une dizaine d'année d'expérience à *Belle Naissance* où elles peuvent faire vivre ce même positionnement différentialiste ou cosmique malgré quelques heurts.

L'expérience cosmique de l'accouchement des matrones

Avant toute chose, pour Jocelyne, la salle de naissance est un lieu féminin, clos et sacré :

« La salle d'accouchement, c'est une cathédrale. Pour y rentrer, il faut la génuflexion, le signe de Croix et la permission des sages-femmes » (Jocelyne, sage-femme, Femme Heureuse).

C'est dans ce contexte qu'on observe un rapport de sororité dans l'expérience de l'accouchement, unique et partagé. C'est l'accouchement qui fait la Femme. C'est un moment intense de l'entretien de Jocelyne :

« Les échanges que j'ai pu avoir avec ces femmes (pleurs) qui sont devenues des amies... On n'a pas de compte à se rendre (pleurs+++), on a partagé des moments ensemble. En fait, dans ce métier-là, ces femmes, elles nous donnent tout si on sait être attentif à cela et les retours, par rapport à ce qu'elles ont pu vivre dans ce moment, c'est une reconnaissance qui traverse les années... elles se souviendront toujours. Celles que j'ai préparées ou celles que j'ai croisées à l'accouchement ce sont des moments forts. C'est nous qui les avons partagés avec le couple, qu'il ait duré ou pas. C'est toujours un moment partagé avec moi et le bébé à naître » (Jocelyne, sage-femme, Belle Naissance).

Plus précisément, Éva et Camille décrivent les attentes d'un accouchement que nous qualifions de cosmique : pour Éva, une naissance qui permet d'enclencher la

relation mère/bébé, pour Camille le nécessaire lâcher-prise de l'usagère dans la réussite de l'accouchement, « *la femme qui ne retient plus rien* » :

« Quand j'ai vécu mon premier accouchement, je me suis dit mais on fait des catastrophes avec les péridurales en faisant croire aux femmes qu'elles ne sont pas capables de le faire, on leur fait louper quelque chose de clé. Je m'étais préparée à un truc totalement insupportable et j'étais étonnée de me dire en fait c'est gérable, elle est à la hauteur de ce qu'on peut vivre, et pour les douleurs que je ressentais ces sensations hyper fortes, elles avaient un sens dans ma relation à mon fils » (Éva, sage-femme, Belle Naissance).*

« C'était un accouchement rapide, explosif où la femme a été rapidement submergée par sa douleur. À un moment, on a eu peur qu'elle la morde et puis on a été marqué par le calme après l'accouchement. Une fois que ce bébé est né, après toute cette violence, de cette douleur qui dépasse cette femme, elle est bouleversée, submergée par ce qui se passe dans son corps, elle ne retient plus rien et ce bébé arrive et l'instant d'après tout s'apaise, elle était perdue et ce bébé arrive et elle l'aime... » (Camille, sage-femme, Belle Naissance).

À la différence des représentations biologiques du corps liées aux dispositifs techniques, de la posture relationnelle des sages-femmes qui négocient dans le cadre de la biomédicalisation, les représentations cosmiques du corps des sages-femmes « matrones » leur font considérer que le corps sacré de l'accouchement est celui qui consacre le féminin. Concrètement, il n'y a pas de hiérarchie entre femmes et hommes dès lors qu'on laisse s'exprimer la nature féminine, « *débordée* » par la douleur, « *qui ne retient rien* » à l'accouchement pour reprendre les mots de Camille. Ce débordement émotionnel est un signe éprouvé, mystique, qui permettrait aux femmes de créer un lien spécifique à leur enfant.

Une valorisation de la nature féminine

Il s'agit, pour les sages-femmes matrones, de valoriser une conception naturaliste du genre. La personne qui est garante de cela, c'est la sage-femme, la matrone de la communauté de femmes (Azcué, Tardif, 2012). La matrone devient garante du choix de non médicalisation de l'accouchement que porte la femme. C'est seulement si l'accouchement le nécessite et uniquement pour cette raison rationnelle,

que la matrone laisse la place aux usages techniques. C'est la condition de la vérité de la relation entre les deux femmes :

« J'estime qu'une femme qui accouche elle s'exprime, en tout cas quand elle n'est pas médicalisée. Dans une grossesse, c'est un moment où les gens sont hyper vrais, elles déposent plein de choses de leur vie. Les accouchements qui se passent le mieux c'est quand les femmes sont en paix. À moins de faire une psychothérapie, la seule personne qui peut recevoir ce qu'elles ont à dire c'est une sage-femme. On est dans des rapports vrais. Ni moi ni elle, on n'est là pour se mentir » (Éva, sage-femme, *Belle Naissance*).

La place de la sage-femme est précisément de faire advenir la femme comme mère. Camille montre, dans cet extrait, à la fois, que l'accouchement peut être un évènement transformateur et que les sages-femmes sont présentes pour faire « advenir » la mère :

« Épreuve pour la maman, c'est une indispensable épreuve dans le sens du rite initiatique, c'est une étape clé par laquelle on doit passer pour être une femme et qui va dans le sens d'une transformation, tu n'es plus la même personne après et avant et c'est quelque chose qui te change profondément. C'est une étape clé de ta vie de femme... ça te fait devenir mère et c'est nécessaire pour devenir mère... Notre rôle essentiel de sage-femme, c'est de les accompagner dans cette épreuve-là » (Camille, sage-femme, *Belle Naissance*).

Une contestation différentialiste de la hiérarchie sexuée

Cette valorisation du féminin sacré (Rimlinger, 2021) consacre une contestation de la hiérarchie sexuée que nous pouvons rattacher à une posture différentialiste.

Nous qualifions le féminisme différentialiste comme un décalage partiel avec le système de genre dans la mesure où la remise en question du système de genre concerne spécifiquement la hiérarchie sexuée entre femmes et hommes. Simultanément, le féminisme différentialisme valorise la différence entre femmes et hommes notamment en honorant la maternité. C'est précisément ce que l'on peut observer dans les parcours de matrones :

« Pour une femme, c'est son rapport à son corps, à sa féminité, sa sexualité, ses capacités à être mère. Je pense que ce qui se passe à l'accouchement peut avoir des

répercussions sur la femme, autant physique, intime que profonde et spirituelle » (Camille, sage-femme, *Belle Naissance*).

« Autant il y a beaucoup de gens qui disent que l'instinct maternel n'existe pas, moi, je l'ai ressenti tellement fort que je me suis dit ce n'est pas anodin ce qui se passe au moment d'un accouchement c'est pour ça que quand on parlait d'épreuves, d'étapes ; pour moi, c'est si évident » (Éva, sage-femme, *Belle Naissance*).

Une posture cosmique minoritaire dissociée des rapports sociaux de sexe

Dans cette posture, l'adhésion à une approche différentialiste du genre est associée à une valorisation du féminin sacré. Avec l'homme sage-femme Éric de *Belle Naissance*, on observe une voix discordante qui dissocie l'expérience cosmique de l'accouchement de son incarnation féminine. Si Éric est emblématique d'une posture relationnelle, cela ne l'empêche pas d'avoir une vision spirituelle de l'accouchement, en particulier, des échanges énergétiques entre femmes, hommes et sages-femmes :

« L'accouchement, c'est d'abord une affaire à plusieurs, une femme bien sûr, un mari et une sage-femme. Après, c'est une affaire d'énergie qui se déploie ou pas. Si ça ne marche pas, ça se termine avec une péridurale ou un forceps. Si ça marche, alors c'est un souffle d'énergie pour les personnes qui sont là. Moi ça me bouffe, je me sens complétement vidé. [...] J'ai certaines collègues qui sont à fond dans le trip spirituel, du genre, les femmes sont des vraies femmes parce qu'elles accouchent. Ça vaut pour les hommes sages-femmes comme moi. Elles me tolèrent mais elles pensent que pour accoucher les femmes, il faut être une femme. Là, on nage en plein délire ! » (Éric, sage-femme, *Belle Naissance*).

Ainsi, la biographie d'Éric montre un rapprochement entre le parcours des sages-femmes « citoyennes » et de façon ponctuelle son expérience d'un espace subtil qui peut se créer durant l'accouchement. Outre le fait qu'il est lui-même décalé du système de genre en étant un homme sage-femme, cela lui permet de témoigner que l'expérience cosmique de l'accouchement n'est pas uniquement prise dans l'expérience charnelle et féminine mais une porte d'entrée, pour celles et ceux qui ont une ouverture au monde subtil. Éric pense qu'il se joue quelque chose dans l'expérience spirituelle de l'accouchement mais, que ce qui se joue, n'est pas uniquement le Féminin sacré.

On observe que le parcours des matrones se décale du genre avec un refus de la hiérarchie sexuée tout en maintenant le caractère indépassable de la maternité comme expérience centrale de la féminité et comme discours spécifique des femmes sur le monde. Le témoignage d'Éric est tout à fait minoritaire.

Trois corps, trois parcours emblématiques. La figure de la sage-femme est centrale dans la scène de l'accouchement, ce qui explique selon nous la pluralité des biographies professionnelles observées.

Un premier modèle, qualifié de subalterne, est empreint de la dynamique historique de mise sous tutelle de la profession. Cette situation de sages-femmes désignée ici comme « sous influence » s'inscrit dans la conformité au système de genre : elles ne s'opposent pas aux violences que les femmes subissent dans la scène sociale de l'accouchement. La conformité au système de genre vaut pour la sphère domestique.

Un deuxième modèle correspond à celui de sages-femmes désignées ici comme « citoyennes ». Elles valorisent les représentations du corps relationnel comme cœur de métier, comme propositions alternatives aux femmes. Ces sages-femmes ont conscience que l'espace technique issu des représentations biomédicales du corps est l'enjeu de la tension et de l'opposition avec les médecins en tant qu'espace sexué du monopole médical. Les usages techniques sont d'abord masculins. Ce parcours est celui du décalage aux normes de genre tant au niveau domestique que professionnel. C'est une contestation des trois piliers du système de genre (la différenciation sexuée, la hiérarchie et l'hétéronormativité) selon les situations individuelles. Face aux violences biomédicales, elles contestent voire s'opposent frontalement.

Enfin, nous avons observé un troisième modèle, qualifié de cosmique, celui des sages-femmes « matrones », pour qui les représentations cosmiques du corps structurent l'expérience charnelle de l'accouchement. C'est un parcours de décalage partiel au système de genre dans une posture différentialiste. Les sages-femmes sont alors garantes d'un éternel féminin sacré.

3 Les médecins : « Nous sommes l'Hôpital »

Avec la profession médicale, nous allons observer comment le système de genre « travaille » le haut de la hiérarchie hospitalière. Dans les maternités, trois catégories de médecins spécialistes collaborent, les gynécologues obstétriciens, les anesthésistes et les pédiatres. Quelle que soit la spécialité médicale et bien que les obstétriciens et les pédiatres soient majoritairement des femmes (plus de 80% dans la profession d'accoucheur), l'hôpital concentre majoritairement des hommes médecins. Pour autant, nous n'avons pu interroger que deux hommes anesthésistes et un gynécologue homme. La totalité des douze autres entretiens ont été réalisés avec des femmes. La plupart des hommes ont prétexté un manque de disponibilité, certains demandant une rétribution financière. Aucune femme ne l'a fait. Passé l'étonnement, nous avons retrouvé les mêmes arguments dans un ouvrage américain écrit en 2008 (Simonds, Katz Rothman, Norman, 2008) où aucun homme n'avait accepté de participer à l'enquête sous réserve de fonds dédiés au défraiement des messieurs.

Nous avons repris plus spécifiquement dans cette partie les entretiens que nous estimons emblématiques de la profession médicale parmi onze entretiens : Rémi, Bastien, Madeleine, Clarisse, Lucille et Jacqueline.

Rémi est anesthésiste à Belle Naissance, Bastien est obstétricien à Femme Heureuse. Les deux hommes médecins sont ancrés dans un rapport normatif au système de genre. Médecin assistant à Femme Heureuse, Lucille n'est pas reconnue professionnellement depuis le début de son internat. Elle incarne la conformité au système de genre.

Jacqueline et Clarisse incarnent un décalage dans le système de genre dans leur vie personnelle. Jacqueline est en fin de carrière. Sans enfant et sans conjoint, elle a consacré sa vie et son temps aux patientes. Clarisse est une jeune obstétricienne. Au niveau domestique, Clarisse a un rapport au genre normé mais se décale de la hiérarchie sexuée au niveau professionnel. Pour les deux, il s'agit d'un décalage partiel et ambivalent entre les sphères productive et reproductive.

Madeleine fait preuve d'une autonomie professionnelle et personnelle tout au long de sa carrière malgré les pressions.

3.1 La technique au cœur de la profession médicale

Les représentations biologiques du corps s'incarnent dans le monopole médical, celui de la technique, de la gestion du risque. L'extrait d'entretien de Rémi, anesthésiste à *Belle Naissance*, illustre ce point de vue :

« La plupart des gens qu'on voit c'est parce qu'ils sont malades. Des cancers... bref de la pathologie quoi. Le plaisir dans la maternité, c'est la mise en place des péridurales. C'est jouissif, par le simple fait qu'on sait que c'est risqué et que je vois mon liquide partir et que je me dis ça y est j'y suis, sans avoir fait de douleur, sans avoir fait d'effraction, sans risque, j'aime ça » (Rémi, anesthésiste, *Belle Naissance*).

Par ailleurs, l'enjeu de sécurité autour du geste médical fait de la conception biologique du corps une représentation omniprésente dans la modernité technique. Comme le souligne Bastien, obstétricien à *Femme Heureuse* :

« Que ce soit en chirurgie, en échographie ou en obstétrique oui le risque est très présent. C'est ce qui guide une grande partie des décisions. Il y a un fardeau médico-légal sur notre profession. On doit avoir une myriade d'attitudes et de gestes techniques prophylactiques pour la gestion des risques. Un accouchement qui se déroule normalement, on pourrait le regarder se faire et pourtant, on va le médicaliser pour gérer des risques gravissimes mais rares et infimes. Mais c'est ça qui fait qu'on abaisse de 0,1% la mortalité ou pas » (Bastien, obstétricien, *Femme Heureuse*).

À la pression du nombre de consultations par vacation⁵ qui oblige à ne traiter que la partie technique de chaque situation, s'ajoute une nouvelle organisation du travail qui subdivise la prise en charge des femmes entre plusieurs acteur.trices (psychologue, sage-femme, etc.). Ce découpage organise de fait les compétences de chacun.e autour des représentations du cœur de métier. Aux médecins la prise en charge technique, aux sages-femmes et aux psychologues l'accompagnement relationnel.

⁵ Une vacation correspond à une demi-journée de travail.

3.2 Une conception biomédicale du corps adossée à une conformité au système de genre

Les représentations biomédicales de l'accouchement entraînent généralement une conformité avec le système de genre. Cette conformité est majoritairement bien vécue pour les hommes et amène souvent une expérience de malaise chez les femmes.

Une posture « naturelle » de conformité pour les hommes médecins

Les hommes médecins s'inscrivent dans ce double rapport normatif. Ainsi, l'argumentation de Rémi est fondée sur la conception d'un corps féminin qui doit être simultanément mince et disponible pour les gestes techniques :

« L'approche est très différente avec les femmes enceintes. À mon âge, j'ai une approche très paternaliste, elles ont l'âge de ma fille. On a dû vous le dire, moi je suis obsédé par le surpoids. Plus on avance et plus j'ai l'impression que les jeunes femmes font ce qu'elles veulent de leurs kilos supplémentaires et quand on sait que ça amène des risques supplémentaires » (Rémi, anesthésiste, Belle Naissance).

Le prix à payer pour certaines femmes médecins

80% des gynécologues obstétriciens sont des obstétriciennes. Néanmoins, les femmes exercent préférentiellement en cabinet de ville alors qu'à l'hôpital, les équipes de médecins comportent relativement peu de femmes. Quant aux femmes cheffes de service en obstétrique en France, elles sont très peu nombreuses.

L'obstétricienne Lucille adhère à une conception biomédicale de l'accouchement et à une conformité au système de genre tant au niveau professionnel qu'au niveau domestique que l'on peut qualifier de conformité contrainte.

Ainsi, Lucille accepte un statut de médecin assistante à *Femme Heureuse*, la plaçant sous l'autorité hiérarchique et sexuée de ses collègues. En effet, après un internat éprouvant pour cause de cancer et de désir d'enfant difficile dans ce contexte, Lucille n'obtient pas de poste de chef de clinique hospitalier et va travailler comme médecin assistante⁶. L'obstétricienne ne compte pas ses heures même si elle a

⁶ Il s'agit d'un médecin spécialiste qui n'a pas réalisé de clinicat hospitalier et qui n'est pas praticien hospitalier.

désormais un enfant en bas âge. Elle accepte les impositions du chef de service sur les choix de garde, en particulier la garde de nuit du mardi soir alors même que Lucille a la garde de sa fille le mercredi. Voici son récit :

« On a fait le diagnostic, j'étais en deuxième semestre, ben après, ça c'est très mal passé parce que quand tu as de très gros problèmes personnels, comme un cancer, ma fertilité personnelle, qui a été remise en cause, mes collègues qui me disent "vous aurez jamais d'enfant", que tu as de tels problèmes et ben c'est sûr que tu n'es pas très disponible du point de vue boulot. Je me raccrochais beaucoup au travail mais c'est vrai que tu n'es pas très disponible, comment dire, tu ne peux pas faire un internat très brillant quand tu as des problèmes personnels. En plus l'internat, là où je l'ai fait, quand on était six à sept internes pour deux postes de chef de clinique, il y a forcément des tensions entre nous, il y avait forcément des rivalités. Moi, il y a quand même des faits qui attestent que j'ai quand même été mise à l'écart parce qu'il était clair pour les gens qui m'ont encadrée que je ne pouvais pas faire une carrière hospitalière » (Lucille, obstétricienne, Femme Heureuse).

3.3 Des représentations biomédicales du corps associées à des décalages au système de genre chez les femmes médecins

Les biographies professionnelles que nous désignons comme emblématiques des femmes médecins montrent majoritairement leur adhésion à l'accouchement biomédical. Tous les vécus révèlent néanmoins l'expérience d'un malaise que nous associons à leur position vis-à-vis du système de genre. Nous avons repéré deux variantes selon le vécu dans la sphère domestique.

Nous identifions une première forme de malaise chez l'obstétricienne Clarisse qui a pour origine sa soumission aux normes de genre dans l'espace domestique :

« Alors moi la parité, je n'y crois pas du tout... Ce sont des discours qui m'exaspèrent. On est tous humains, femmes ou hommes, mais on ne peut pas être tous pareils. Ce n'est pas possible. On ne changera pas les préoccupations d'une femme. Même si elle fait le même métier qu'un homme et qu'elle a le même emploi du temps, on ne changera

pas que la femme sera plus préoccupée par le sac de linge et c'est en cela que la parité c'est une utopie » (Clarisse, obstétricienne, Femme Heureuse).

Ainsi, le malaise vécu par Clarisse s'explique par le paradoxe entre le fait de se considérer comme une femme dans l'espace domestique tout en assurant une posture hiérarchique de médecin :

« Un docteur femme et un docteur monsieur, je trouve qu'il n'y a pas trop de différences et en plus on est payé pareil. Après physiquement, on peut avoir l'impression qu'être une femme, mince... on pourrait penser que je ne suis pas capable de tirer sur un forceps ou de faire une césarienne à une femme de 150 kilos. Tu vois, à la fin de la consultation, il y a une femme qui m'a demandé de lui conseiller un gynécologue, donc je lui ai demandé si elle pensait que j'étais ophtalmo... » (Clarisse, obstétricienne, Femme Heureuse).

Dans la situation de Clarisse, c'est l'écart entre la soumission aux normes de genre dans l'espace domestique et sa place dans la hiérarchie professionnelle en tant que femme médecin qui engendre le malaise.

Une deuxième forme de malaise est illustré par l'obstétricienne Jacqueline qui se décale des normes de genre dans la sphère domestique en faisant le choix de ne pas avoir d'enfant :

« Je n'ai pas eu d'enfants... (blanc) Pour moi ne pas avoir eu d'enfant, il me semble que ça m'a permis d'être plus neutre. Tout le monde ne vit pas les choses pareilles d'abord et puis ne pas projeter. C'est marrant parce que moi, j'ai plus eu un désir de grossesse qu'un désir d'enfant. Les enfants, pour moi, dans la mesure où c'est une famille, je n'ai pas trouvé l'homme avec qui je pouvais vivre ça » (Jacqueline, obstétricienne, Femme Heureuse).

Ce décalage est associé au besoin d'affirmation de sa position hiérarchique en tant que femme et médecin :

« *En obstétrique, ça m'arrive d'être brusque, je hausse la voix quand elles sont dans les vaps, ou de m'énerver... bon, c'est mon tempérament, donc ça peut m'arriver* » (Jacqueline, obstétricienne, *Femme Heureuse*).

Au début des années 1980, elle se destine à l'endocrinologie et fait un stage en gynécologie obstétrique. C'est la révélation. Internat, cheffe de clinique, poste de praticien hospitalier, Jacqueline va vivre pour l'obstétrique pendant trente ans, accompagnant toutes les évolutions professionnelles. Une vie consacrée à la médecine, sans enfant ni vie familiale personnelle, mais une reconnaissance des pairs. Le malaise chez Jacqueline prend la forme d'une tentative d'effacement de sa féminité. Jacqueline est un obstétricien. Cette analyse des effets des conformités et des décalages chez les femmes médecins a été menée par Nicky Le Feuvre qui le souligne que :

« *Les rares femmes qui arrivent à s'imposer dans un tel contexte sont saisies, soit dans leur marginalité par rapport aux centres de décision et pouvoir, soit en ce qu'elles révèlent la culture dominante – elles sont “plus viriles que les hommes” – du groupe* » (Lefeuvre, 2001).

3.4 Une conception relationnelle de la profession médicale

À la marge, certain.es médecins adhèrent à des représentations relationnelles du corps à l'accouchement. C'est le cas de Madeleine, obstétricienne à *Femme Heureuse*, qui est la seule personne, parmi les entretiens de médecins, à affirmer l'importance de la dimension relationnelle dans son activité professionnelle. Ainsi, Madeleine conteste le système biomédical tant au niveau professionnel que personnel.

Madeleine a, par exemple, travaillé dans des maternités pratiquant l'accouchement dans l'eau. Elle affirme toujours être à l'écoute des besoins exprimés par les femmes. À *Femme Heureuse* depuis six ans, elle regrette que le temps hospitalier ne permette plus d'être présente auprès des parturientes :

« *Autrefois on avait plus de temps avec les patientes pour prendre en compte leur statut socio-économique, psychologique, tout... Là, on te demande de faire des consultations de suivi de grossesse en un quart d'heure... Tu fais le suivi technique de la grossesse*

mais le suivi psychologique il est où ? L'échange, essayer de donner confiance à la patiente, parce que ce n'est pas rien quand tu es enceinte de te confier à quelqu'un que tu ne connais pas au départ et qui va te suivre toute ta grossesse. Quand on a des gros cas, on envoie à la psychologue, à la sage-femme qui fait l'entretien du quatrième mois... On a une telle pression de rentabilité attention ce n'est pas d'efficacité, c'est affreux » (Madeleine, obstétricienne, Femme Heureuse).

Par ailleurs, au niveau personnel, Madeleine accouche à domicile pour son troisième enfant et souligne l'importance des liens familiaux et communautaires à ce moment spécifique de la vie :

« Je me mets dans mon bain, deuxième contraction et l'envie de pousser... Je lui dis d'aller chercher une amie sage-femme qui habitait juste à côté... Troisième contraction, la tête était sur le périnée. La sage-femme est arrivée, elle est venue direct dans la baignoire, elle a juste eu le temps d'enlever ses tongs ! Et elle a fait l'accouchement... on a ligaturé le cordon avec du fil de pêche, le ciseau de la salle de bain passé au rhum (rires) et flambé ! Et j'ai eu l'accouchement à la maison et c'est génial ! Tu es là chez toi dans ta chambre avec le bébé, il y a toute de suite un lien toute la famille autour... Bon tu vas aussi faire le supermarché le troisième jour... (rires) Quand tu es à la maison, on ne comprend pas que tu n'y ailles pas » (Madeleine, obstétricienne, Femme Heureuse).

De plus, on observe chez Madeleine un double décalage au système de genre tant au niveau professionnel que personnel. Ainsi, dès son choix de spécialité, elle a compris qu'il fallait gagner le droit à faire de l'obstétrique à l'hôpital en tant que femme et qu'il faudrait faire plus ses preuves qu'un collègue interne masculin :

« Le prof d'obstétrique à Montpellier, quand on commençait la gynéco obstétrique, nous disait "Vous les femmes vous ferez gynéco-médicale, vous ne ferez pas d'obstétrique", je suis donc allée me former ailleurs. Je suis partie à la réunion où on avait deux mille trois cents accouchements par an et où on était trois internes. Quand je suis revenue à Montpellier en quatrième année, le prof m'a dit "ok, d'accord". À Montpellier, ils faisaient huit cents accouchements par an, je sortais d'une maternité à deux mille trois cents donc il m'a dit "tu as gagné la permission de faire obstétrique". Je me suis régalée à la Réunion. Tu avais du multiculturel, tu avais un relationnel autour de la maternité et de l'accouchement qui était complètement différent selon que

tu étais créole, asiatique, musulmane, j'ai trouvé ça très enrichissant » (Madeleine, obstétricienne, Femme Heureuse).

À la fin des années 1990, le jury de capacité en chirurgie lui a refusé le diplôme sous prétexte des enfants dont elle avait la charge : *« j'avais déjà quatre gosses à la maison et certainement autre chose à faire ! Que veux-tu, il faut avancer quand même malgré tous ces bonhommes »* (Madeleine, obstétricienne, *Femme Heureuse*). Par ailleurs, la praticienne est aujourd'hui divorcée et confiera durant son entretien que

« Ça tient à mon caractère de médecin, J'ai des copines médecins, c'est pareil. On a tellement de responsabilité au travail... À la maison, on ne supporte pas d'être la bonniche à monsieur. Ça se termine souvent mal. J'ai fait mes enfants et je suis partie. Mon ex ne supportait ni mon caractère ni que mon salaire soit plus élevé que le sien » (Madeleine, obstétricienne, *Femme Heureuse*).

Ainsi, le parcours de Madeleine révèle un double décalage : un décalage aux normes biomédicales et un deuxième décalage au système de genre au niveau domestique et professionnel en tant que femme et médecin.

Chez les médecins, les représentations du corps biomédical sont dominantes et sont associées à un décalage par rapport au genre dans la hiérarchie médicale. On note que les hommes médecins sont conformes au cadre normatif du genre qui est à leur avantage. Ce cadre social crée des malaises chez les femmes médecins. Elles se décalent du système de genre de manière ambivalente entre les sphères domestiques et professionnelles. Enfin, une biographie professionnelle emblématique associe un décalage du système de genre avec des représentations relationnelles du corps, ce qui vaut à cette femme médecin une forme de relégation dans l'espace professionnel.

*

*

*

Nous avons analysé les biographies professionnelles d'auxiliaires de puériculture, de sages-femmes et de médecins à partir de la modélisation ternaire du corps. Pour chaque représentation du corps, nous avons identifié une imbrication spécifique avec le système de genre et une première esquisse de dynamique sociale associée.

Les auxiliaires de puéricultures, les sages-femmes que nous avons désignées comme « sous influence » et les hommes médecins ont des représentations biomédicales du corps. Nous avons repéré que l'ensemble de ces professionnels montrent une conformité au système de genre. L'accord et l'obéissance au système de genre surplombent l'ensemble des scènes domestique et professionnelle. La dynamique est celle de la reproduction du genre. C'est le premier modèle, que nous désignons comme celui de la conformité. Certaines femmes médecins partagent ces représentations biomédicales du corps mais se décalent du système de genre de manière ambivalente entre les sphères domestique et professionnelle. Ainsi, si au niveau domestique, elles se révèlent être conformes au rapport normatif de genre, au niveau professionnel, elles se décalent de façon marginale par rapport à la hiérarchie professionnelle sexuée. Leur modèle reste néanmoins ancré dans la conformité.

Nous avons situé les sages-femmes « citoyennes » et une femme médecin dans un modèle relationnel. Ce sont des femmes qui s'opposent frontalement au système de genre dans les dimensions professionnelle et domestique. Cette deuxième situation est celle d'une contestation du système de genre tant dans l'espace domestique que professionnel. Selon les logiques individuelles, on observe une contestation partielle des différents piliers du système de genre. Il s'agit d'un modèle que nous qualifions de citoyen.

Enfin, le troisième modèle concerne les sages-femmes « matrones » qui partagent des représentations cosmiques du corps. On ne retrouve pas de différence entre les niveaux domestique et professionnel. Ces professionnelles se décalent du système de genre avec un refus de la hiérarchie sexuée. La dimension cosmique du corps dans l'accouchement s'inscrit dans la chair des femmes, c'est le féminin sacré. Il s'agit d'un modèle que nous qualifions de cosmique.

Chapitre 3

Les parcours des couples à l'épreuve de l'accouchement : une expérience au prisme du genre

*« Je ne me verrais pas accoucher à la maison et Fred non plus ! Il a besoin d'un milieu médicalisé pour être rassuré. Il vaut mieux qu'il soit à côté de moi, on ne va pas le traumatiser ! »
Magali, Femme Heureuse.*

Le corps en sciences sociales est un corps qui échappe tant il nous renvoie sans cesse à sa nature biologique. L'expérience de l'accouchement, parce qu'elle est systématiquement médiatisée par un.e professionnel.le, un.e partenaire, une famille, inscrit le corps dans le cadre matérialiste des rapports sociaux et en particulier les rapports sociaux de sexe. L'essentialisation du corps des femmes apparaît comme la résultante de l'invisibilisation des rapports de pouvoir. Ainsi, Didier Fassin pose le constat suivant :

« Si l'on s'est longuement attaché à montrer la transformation des pratiques d'inscription du pouvoir sur le corps des femmes et notamment l'atténuation des manifestations de violences socialement imposées, c'est qu'il s'agit d'une structure élémentaire de l'inégalité, la première qui s'exprime dans les corps, la plus efficacement légitimée aussi – car elle est donnée comme la plus “naturelle” » (Fassin, 1996, p.91).

Nous allons observer dans ce troisième chapitre comment les représentations du corps (biomédicales, relationnelles et cosmiques) expérimentées par les femmes lors de l'accouchement sont construites par les rapports sociaux de sexe et réciproquement, tant dans la scène médicale que domestique. La démarche méthodologique est la même que pour le chapitre précédent. Comment les rapports sociaux de sexe configurent pratiques, expériences et conceptions (normes de genre) du corps à l'accouchement ? Quelles dynamiques sociales révèlent ces configurations ?

1 Une conception biomédicale majoritaire qui invisibilise le genre

Les représentations biomédicales du corps sont dominantes dans la période contemporaine. Une large majorité de femmes, de couples, se réfère ainsi aux données techniques, statistiques et à l'expertise des professionnel.les. L'expérience de l'accouchement est ancrée dans la chair anatomique, encadrée, surveillée. Cette discipline du corps (Foucault, 1976) est largement intégrée par une majorité des femmes.

Cette première partie traite des représentations biomédicales du corps et de leur croisement avec le système de genre. Nous avons repéré dix-neuf parcours biographiques relevant de cette conception. Parmi ceux-ci, nous avons ainsi repris huit parcours que nous considérons comme particulièrement conforme à ce modèle :

Nathalie, 34 ans, aide-soignante, il s'agit de son premier enfant à Femme Heureuse.

André et Margot, 33 et 35 ans, font le choix d'un accouchement très médicalisé et donne à voir un couple très hiérarchisé où les tâches reproductives sont exclusivement dévolues à Margot. André est chauffeur routier, Margot toiletteuse pour chiens. Margot accouche de leur premier enfant à Femme Heureuse.

Pour Steven et Aurélie, 33 ans tous les deux, c'est leur premier enfant. L'accouchement à Femme Heureuse sera également médicalisé de manière classique.

Céline et Sébastien, Femme Heureuse, 35 ans et 37 ans, juriste et technicien de maintenance informatique, c'est leur deuxième enfant et une naissance très médicalisée à Femme Heureuse.

Magali, 32 ans, enseignante en collège, raconte les différents interdits auxquels elle doit faire face venant de Fred, son compagnon, renforçant ainsi les stéréotypes de genre.

Aline, 29 ans, a accouché de jumelles à Femme Heureuse. Un accouchement médicalisé. Son mari est militaire. Elle fait le choix de devenir femme au foyer.

Par ailleurs, nous avons identifié trois couples parmi ces dix-neuf entretiens emblématiques d'une ambivalence :

Anne et Nathan, Belle Naissance, 35 et 38 ans, parents d'un deuxième enfant à Belle Naissance, nous montrent qu'un autre arrangement est possible au sein des couples.

Romane, 28 ans, vient d'accoucher de son premier enfant qu'elle a eu grâce à une PMA en Espagne avec sa compagne (APGL).

Estelle et Henri, La Voix des parents, 38 et 42 ans, architectes en libéral. Estelle fait le choix d'un accouchement en type III pour ses deux enfants tout en ayant d'autres arrangements sexuels au sein du couple.*

1.1 L'expérience corporelle recouverte par l'expertise technique

L'expérience biomédicale du corps à l'accouchement est marquée par l'acquisition d'un langage médical et technique, per l'intégration de données épidémiologiques dans les choix que les femmes opèrent et enfin par l'apaisement des angoisses parentales via les objets techniques.

Il semble que les femmes n'aient plus d'autre alphabet que technique pour parler de leur expérience. Ainsi Céline maîtrise parfaitement la linguistique en usage dans les hôpitaux avec des mots comme bradycardie* ou code rouge* :

« J'étais partie pour bien accoucher, la sage-femme a même commencé à me faire pousser et d'un coup le bébé a fait une bradycardie. En quinze minutes, il était né avec une césarienne* "code rouge". J'ai eu les inconvénients de l'accouchement naturel et de la césarienne ! (Rires) » (Céline, 2^e enfant, Femme Heureuse).*

Les récits d'accouchement sont d'abord et avant tout des récits faits de termes médicaux, d'objets techniques qui s'inscrivent dans les corps, mais également d'un ensemble de statistiques techniques qui vont devenir des critères de sélection des lieux d'accouchements. Ainsi Anne raconte :

« J'ai décidé de venir ici au huitième mois parce que j'ai vu leur taux d'épisiotomie (à Belle Naissance). J'aime beaucoup ma gynéco mais chez elle, c'est super médicalisé, le taux de péridurale est de 97% » (Anne, 2^e enfant, Belle Naissance).*

Cette représentation technique du corps fait écho aux pratiques professionnelles centrées sur les objets techniques et non plus l'expérience clinique et relationnelle. Ainsi, les praticiens deviennent des ingénieurs spécialisés dans les technologies qui scrutent le corps. Le bon professionnel est celui qui ne parle pas, qui n'explique pas, c'est celui qui se concentre sur sa tâche complexe de décryptage des images plus ou moins faciles à comprendre pour le profane :

« Pour les échos, on a eu un spécialiste, c'était une consultation en urgence. Le mec hyper concentré. Je lui ai posé une question, là, gros blanc, et il me répond deux

minutes après que je cassais ça concentration ! (Rires) En attendant, très professionnel, très technique, c'est rassurant » (Henri, La Voix des parents).

Dans le chapitre précédent, on a observé chez les professionnel.les de l'obstétrique que les représentations biomédicales du corps sont majoritaires. On a mis en évidence que cette représentation s'imbrique généralement avec une conception normative au niveau du genre. Concernant les femmes et les couples, va-t-on retrouver le même type d'imbrication ?

1.2 Sous l'expérience technique de l'accouchement, les injonctions du genre

L'affirmation de la différence des sexes en matière de biographies reproductives semblerait presque aller de soi tant la maternité s'inscrit dans le corps biologique. Comme si la grossesse, l'accouchement et surtout l'enfant qui naît de ce processus, entérinaient une distinction ontologique entre femmes et hommes, une vision naturaliste très bien décrite chez Rousseau dans *Émile ou De l'éducation* :

« En tout ce qui ne tient pas au sexe, la femme est homme. [...] Ces rapports et ces différences doivent influencer sur le moral ; cette conséquence est sensible, conforme à l'expérience, et montre la vanité des disputes sur la préférence ou l'égalité des sexes : comme si chacun des deux, allant aux fins de la nature selon sa destination particulière, n'était pas plus parfait en cela que s'il ressemblait davantage à l'autre ! » (Rousseau, 2021 [1762], p.632).

Et pourtant, contrairement à Rousseau, on peut envisager que cette distinction n'est pas naturelle mais découle en réalité d'une construction sociale (Théry, 2007). Cette conception naturaliste a en effet pour conséquence de gommer les rapports sociaux de sexe. C'est cette situation qu'on peut observer dans les récits d'accouchements gouvernés par une représentation biomédicale du corps. D'une part, les femmes, les couples, expriment leur adhésion à une conception technique de l'accouchement et, d'autre part, les récits de leur quotidien mettent en évidence une conformité au système de genre aussi bien à la différenciation qu'à la hiérarchie sexuée. Comme l'analyse Elixabete Imaz, « être mère exige la soumission à un modèle de maternité qui impose la transformation des priorités des femmes » (Imaz,

2010, *traduction personnelle*). D'un point de vue global, cette situation correspond à la distinction sexuée entre travail productif (les activités marchandes) et travail reproductif (la production d'êtres humains destinés précisément à fournir cette force de travail) (APRE, 1988). Pour le dire autrement, avec Nicole Claude Mathieu, « *le caractère "trivial et fétiche" du sexe repose dans son "évidence" biologique. Les sexes comme produit social de rapports sociaux ne semblent guère jusqu'à présent faire l'objet d'interrogation* » (N.-C. Mathieu, 1973).

Avec l'accouchement médicalisé, l'évidence des rôles sexués

Le récit de Nathalie illustre combien les injonctions de genre lui paraissent « naturellement » associées à l'injonction médicale. Elle est aide-soignante dans une maison de retraite. Le couple est enclin à faire confiance à l'institution médicale. Nathalie accouchera de manière médicalisée et en sera très satisfaite :

« J'ai choisi d'accoucher ici parce que j'étais sûre d'avoir une péridurale et qu'il ne m'arrive pas de pépin au bébé ou à moi. Je connais bien le milieu médical, les médecins... C'était très bien » (Nathalie, 1^{er} enfant, *Femme Heureuse*).

Simultanément, son récit montre clairement une distinction entre les rôles de sexe. Elle voudrait se reconverter mais c'est le travail reproductif qui va primer. Elle souhaite faire un deuxième enfant et prendre trois ans de congé parental. Tant au niveau du travail reproductif que des tâches domestiques, Nathalie montre un quotidien organisé par la bicatégorisation des sexes :

« Ah les hommes (rire) ! Il m'aide, mais bon, c'est différent les femmes et les hommes. Je suis plus exigeante sur les détails mais papa, il va faire grosso modo. C'est plus souvent moi qui fais à manger mais je le laisse faire pas mal de choses parce qu'on n'a pas les mêmes goûts. Moi, c'est plus les tâches ménagères. Lui, il s'occupe du bricolage. J'ai ma belle maman qui est à la maison depuis un mois donc elle m'a soulagée pour les tâches ménagères » (Nathalie, 1^{er} enfant, *Femme Heureuse*).

Un autre exemple montre comment cette imbrication se construit comme « naturellement » dès avant la naissance au moment des échographies. En effet, la médicalisation et en particulier l'échographie concentre les attentes des hommes dans leur projection en tant que futur père d'un garçon ou d'une fille. La bicatégorisation

sexuée commence donc dès cet instant technique comme en témoigne le commentaire du couple Steven/Aurélie :

« Steven : C'est un garçon donc je vais pouvoir lui apprendre des trucs. Après on a des projets, la maison... Moi, je suis heureux. Un garçon, je peux lui apprendre plein de choses avec une fille ce n'est pas pareil. Aurélie : Les filles, ça fait les magasins (rires) » (Steven et Aurélie, 1^{er} enfant, Femme Heureuse).

L'organisation hétéronormée d'une grossesse médicalisée

Le récit de Magali et de son conjoint est particulièrement révélateur des hiérarchies sous-jacentes tout au long de la grossesse. L'organisation biomédicalisée de l'accouchement s'appuie sur une hiérarchie acceptée au sein du couple hétérosexuel. Ainsi, Magali ne peut pas envisager une forme d'accouchement qui lui conviendrait à elle et non à son conjoint. Ce qui prime, c'est que le déroulement de l'accouchement soit conforme aux souhaits de son mari comme elle l'exprime ci-dessous :

« Je ne me verrais pas accoucher à la maison et Fred non plus ! Il a besoin d'un milieu médicalisé pour être rassuré. La dernière fois on a regardé un reportage là-dessus j'ai cru qu'il allait tourner de l'œil ! Je le vois pas du tout m'aider à sortir le bébé, il vaut mieux qu'il soit à côté de moi, on ne va pas le traumatiser ! » (Magali, 1^{er} enfant, Femme Heureuse).

Le récit met en évidence comment cette posture de conformité au genre pour l'accouchement proprement dit va de pair avec la posture adoptée au niveau domestique dans la période de la grossesse. Si Magali et son conjoint ne s'imaginent pas un accouchement en dehors de la médicalisation, cette adhésion à la norme médicale s'accompagne d'une forte différenciation hiérarchique sexuée comme le montrent les pressions complémentaires du conjoint sur le corps reproducteur via des interdits de pratiques et d'alimentation :

« Mon conjoint n'a pas le temps, il a trop de travail, il est difficilement disponible. Je lui ai acheté le guide du père mais tant que le bébé n'est pas là ce n'est pas très concret. Il est hors de tout ça... Je suis en devenir de mère alors je regarde des forums, je lis

des livres et lui il rigole de me voir faire tout ça. Il ne se sent pas très concerné »
(Magali, 1^{er} enfant, *Femme Heureuse*).

On peut observer chez Magali et son conjoint un renforcement de la hiérarchie femme/homme. Ainsi, il ne faudrait pas porter des poids ou passer l'aspirateur pour ne pas nuire au bébé :

« Bon sinon (rires) il m'interdit de passer l'aspirateur pour ne pas me faire mal au ventre. La dernière fois, je me suis fait rouspéter parce que j'ai acheté une planche à repasser et que je l'ai ramenée moi-même à la maison. Il veut faire les courses mais comme c'est moi qui cuisine il tombe à côté de la plaque avec ce qu'il achète » (Magali, 1^{er} enfant, *Femme Heureuse*).

De plus, les hiérarchies sexuées s'inscrivent dans le cadre social de l'hétéronormativité. Les femmes sont enjointes à une sexualité reproductive et non récréative. Les hommes sont autorisés à les cumuler. L'essentiel étant la production d'un enfant, le conjoint de Magali refuse les rapports sexuels avec elle au motif qu'il pourrait blesser l'enfant physiquement ce qui lui laisse néanmoins la disponibilité d'une sexualité en dehors du cadre conjugal.

Un quotidien domestique obéissant aux normes de genre

Les femmes et les couples qui adhèrent à une conception biomédicalisée du corps à l'accouchement sont soumis par conséquent au cadre normatif dominant de l'hôpital. Ce cadre est construit sur les injonctions genrées dominantes, ce que nous développerons plus précisément dans la deuxième partie. Il est ainsi cohérent qu'à un accouchement médicalisé corresponde une permanence des piliers des rapports sociaux de sexe dans le contexte domestique à l'image des extraits suivants :

« J'aime bien l'organisation. C'est moi qui m'occupe du ménage, André fait à manger de temps en temps, le reste c'est moi » (Margot, 1^{er} enfant, *Femme Heureuse*).

« Je vais faire passer mes enfants en priorité maintenant. En tant que femme et mère. Plus jeune, ma priorité c'était le travail, la carrière dans le cabinet d'avocat où je suis. Clairement maintenant ce sont mes enfants » (Céline, 2^e enfant, *Femme Heureuse*).

« J'ai été instit en institut médico-éducatif, après j'ai fait un contrat de deux ans comme éducatrice à la protection judiciaire de la jeunesse. Avec les jumelles, un mari militaire,

c'est bon ! je vais faire femme au foyer au moins jusqu'à ce qu'elles rentrent en cours préparatoire. Ça sera bien pour elles et on aura un meilleur équilibre à la maison »
(Aline, 2 enfants, *Femme Heureuse*).

Femmes et hommes ayant une conception biomédicale de l'accouchement s'inscrivent dans une conformité aux normes de genre : les femmes et les hommes n'ont pas vocation à réaliser les mêmes tâches (différenciation), les hommes posent des interdictions (alimentaires ou physiques) à leur compagne pour ne pas blesser leur futur enfant (hiérarchie) et s'inscrivent de fait dans l'hétéronormativité. On peut néanmoins observer certains décalages au système de genre pour des couples se référant à une conception technique du corps.

1.3 Troubles dans le genre pour des couples hétérosexuels adhérant à la biomédicalisation

À la marge, on découvre quelques situations individuelles dans la conformité à la norme médicale mais en décalage avec le système de genre.

Une première situation correspond au cas de couples hétérosexuels dont la dynamique de genre est différenciée selon les espaces. Ainsi, dans le cadre hospitalier, la conformité au cadre biomédicale est associée à une conformité des normes de genre alors qu'elle est contestée dans l'espace domestique. C'est précisément ce que raconte Nathan. Après avoir participé à un accouchement biomédicalisé, il nous fait le récit de sa façon de vivre sa paternité en décalage avec les standards :

« Professionnellement, on ne fait plus ce qu'on veut, on a un métier... On peut m'appeler du genre "Est-ce que tu es libre pour venir bosser douze heures en début d'après-midi ?". Avant, c'était ok, on claqué la porte et en avant. Maintenant, on ne peut pas le faire comme ça. Il faut faire garder le petit. Après j'ai plus de temps libre donc je peux m'occuper de mon enfant. Je suis un rare père à avoir vu la première année de mon fils sur trois cent soixante-cinq jours. J'ai vraiment vu mon enfant grandir, il sait qui est son père. Ayant vu d'autres exemples de figure paternelle

toujours au boulot, j'ai pu profiter de la première année de vie de mon fils » (Nathan, 2^e enfant, Belle Naissance).

Le témoignage de Nathan met en évidence une dynamique vers l'égalité des sexes comme l'analyse Déborah Lupton et Lesley Barclay qui remarquent que : « *prôner la participation accrue des hommes aux services de garde d'enfants témoigne d'un mouvement vers l'égalité entre les sexes en allégeant le fardeau des femmes* » (Lupton, Barclay, 1997, p.3). À leur suite, Lynne Harne souligne également le processus de transformation du patriarcat :

« Ils sont motivés par leur insatisfaction au travail et considèrent le foyer et les soins aux enfants comme un moyen de redéfinir leur identité masculine. Cette démarche a entraîné, entre autres, la focalisation vers une paternité plus intime et plus éducative, dans laquelle l'investissement affectif de l'enfant peut correspondre à un abandon du pouvoir patriarcal permettant de transformer les relations homme/femme et homme/enfant » (Harne, 2002).

Un autre décalage concerne la hiérarchie entre les sexes du fait de la position sociale et financière des femmes, notamment dans le cas des femmes de classes supérieures ayant des revenus supérieurs ou égaux à ceux de leur conjoint. C'est le cas d'Estelle et d'Henri qui sont tous deux architectes dans un même cabinet libéral. On observe avec ce couple un respect des normes médicales et le souci d'y intégrer la démarche égalitaire du couple qui s'exprime tant dans l'accouchement que dans le reste de la vie familiale. À la différence du couple précédent, Estelle et Henri cherchent à conserver les rapports sociaux qui tendent consciemment vers l'égalité dans le contexte de la médicalisation hospitalière :

« Je suis allée accoucher dans une grande maternité pour pallier les problèmes médicaux. Je ne voulais pas être transférée si mon bébé devait être hospitalisé. Là où j'ai accouché, il y a tout sur place. Par contre, je n'attends rien des professionnels, ils n'ont le temps de rien. C'est mon mari qui a fait une bulle de protection autour de nous (rires), c'est lui qui disait à la sage-femme ce que je voulais, et comme ça j'ai eu l'accouchement que je voulais. [...] C'est notre deuxième enfant, et je fais très attention à ce qu'on soit les plus égaux possible, ce n'est pas vraiment le bon mot, disons qu'on s'occupe tous les deux des enfants, de la maison. Je n'ai pas fait des enfants pour être

mère au foyer et je lui dis souvent, que je ne les ai pas faits toute seule (rires) ! »
(Estelle, 2^e enfant, *La Voix des parents*).

1.4 Avec l'extension des bénéficiaires pour les techniques reproductives, une reconfiguration du système de genre

L'extension récente aux techniques procréatives en France aboutit à une reconfiguration du système de genre. Les situations les plus visibles concernent les femmes lesbiennes en couple et les femmes seules.

On observe que la PMA chez les couples de femmes n'est pas complètement intégrée socialement par les professionnel.les au moment de l'enquête. Le fait est que la France ouvre seulement en 2021 la PMA pour les couples de femmes et pour les femmes seules alors que cette possibilité est légale depuis plusieurs décennies dans certains pays européens. Ainsi, en Espagne, la possibilité pour les femmes de bénéficier de la PMA date de 1977¹, et la loi qui ouvre le mariage aux couples de même sexe en 2005 a permis à ces couples de faire famille comme le souligne Elixabete Imaz :

« Par la loi 13/2005, du 1^{er} juillet, connue comme la loi du mariage homosexuel, le code civil affirme l'égalité juridique des couples homosexuels face aux hétérosexuels quant à l'accès au mariage et aux prérogatives et obligations, y compris le droit à la filiation » (Imaz, 2017).

Certes, dans l'enquête, aucun.e professionnel.le n'a eu de réactions explicites de rejet de l'homosexualité féminine, c'est donc du côté du stigmat social qu'il faut plutôt porter le regard (Goffman, 1963). Néanmoins sur le terrain, la place de la mère sociale est souvent sujette à interrogation. C'est ce que montrent les réflexions de Jacqueline, obstétricienne à *Femme Heureuse* :

¹ En comparaison, « *l'Espagne est un pays pionnier en la matière puisque la loi autorise l'insémination artificielle avec donneur chez les femmes indépendamment de leur orientation sexuelle depuis la création de la première banque de sperme en 1977. [...] La loi 14/2006 du 26 mai 2006 dite loi sur les techniques de reproduction humaine assistée admet la filiation d'un enfant conçu par PMA si ses parents, de même sexe ou de sexes différents, sont mariés (art. 7)* » (Gross, 2017). La Belgique autorise également La PMA aux couples de femmes depuis la loi du 6 juillet 2007.

« Avec les lesbiennes c'est compliqué... les hommes on ne les voit pas... c'est caché... mais les femmes... les lesbiennes, on en a souvent maintenant. Tu sais, c'est mieux quand elles ont des jumeaux, comme ça il y a un enfant pour chacune » (Jacqueline, obstétricienne, Femme Heureuse).

Un peu plus loin dans l'échange, l'obstétricienne parle d'une situation où la femme enceinte a bénéficié d'un embryon de sa compagne (ROPA*) :

« Elle me demande si elle peut filmer l'échographie. Je lui dis que ça me gêne et là, elle fond en larmes. En fait, c'était super dur pour cette femme parce qu'elle avait fait plein de Fécondation In Vitro et que rien n'avait marché alors c'était sa compagne qui portait le bébé » (Jacqueline, obstétricienne, Femme Heureuse).

Toujours dans cette même réflexion de la difficulté de trouver une place à la mère sociale au lieu de l'homme attendu, la conversation se termine par cet exemple :

« Les sages-femmes et les auxiliaires ont eu un vrai souci avec un couple. Celle qui avait accouché donnait le sein et l'autre femme, qui avait accouché la première fois, c'était leur second enfant, elle voulait aussi l'allaiter parce qu'elle allaitait encore le premier. Ça a été super difficile. C'est pour ça qu'il faut des jumeaux ! (Rires) Bon au demeurant, c'est complètement absurde ce que je te raconte (tout le monde se met à rire dans le bureau) » (Jacqueline, obstétricienne, Femme Heureuse).

Par suite de leur orientation sexuelle, les femmes lesbiennes sont hors du cadre dominant de l'hétéronormativité, donc du système de genre. C'est dans cet esprit qu'on peut comprendre la célèbre phrase de Monique Wittig : *« Les lesbiennes ne sont pas des femmes »* (Wittig, 1980). Par ailleurs, dans le cas spécifique de la conception d'enfant par PMA, les femmes lesbiennes constituent une clientèle bienvenue dans un contexte de développement des techniques médicales. Et pourtant, elles restent néanmoins soumises aux injonctions hétéronormées comme le montre ce rêve confié par Romane qui a réalisé un parcours de PMA en Espagne avec sa compagne :

« Les trois dernières semaines avant l'accouchement je faisais un rêve affreux. J'étais seule dans une salle blanche en position gynéco. J'avais une femme entre mes jambes qui me demandait de pousser. Au moment d'accoucher, au lieu de sortir un bébé, elle

me donne un chaton et me dit “vous ne croyiez quand même pas que vous pouviez faire un enfant !” et je me réveillais en sursaut » (Romane, 1^{er} enfant, APGL).

Les couples lesbiens montrent le poids du système de genre dans le cadre de l'hôpital alors même que ces femmes en sont émancipées dans le cadre privé. On assiste donc à une remise en cause partielle de l'hétéronormativité selon les espaces. Ainsi, alors que le quotidien de Romane et de sa compagne correspond à une contestation de l'hétérosexualité dans le cadre privé, les normes de genre restent subies dans le cadre de l'accouchement biomédicalisé. On le voit dans la suite du témoignage de Romane qui rêvait qu'elle donnait naissance à un chaton :

« Et puis j'ai accouché d'un vrai bébé (pleurs). On est parti tous les trois le plus vite possible de la maternité. Jusqu'au bout, je me suis dit qu'il y aurait une assistante sociale au bout du couloir pour me prendre mon bébé » (Romane, 1^{er} enfant, APGL).

L'expression de ce décalage chez Romane se joue dans l'univers onirique et non dans l'analyse discursive. Ce témoignage est par ailleurs similaire à l'un de ceux mobilisé par Marianne Blidon (2011) sur l'hétéronormativité dans l'espace public :

« Moi en tant que gay, j'ai toujours le sentiment que je vais recevoir une brique en plein dans la gueule, mais je ne sais jamais d'où ça va venir. [Se tournant vers son compagnon] Si je te touche en public ou que je t'embrasse, je ne sais pas d'où va venir la brique pour m'éclater la tête et moi je ne suis pas convaincu que ce soit des gens qui habitent en banlieue qui vont tenir la brique, ça peut venir de n'importe où » (Blidon, 2011).

2 Une conception relationnelle de l'accouchement, décalée du système de genre

Nous nous appuyons sur les parcours biographiques que nous estimons emblématiques d'une conception relationnelle de six couples parmi les dix-sept entretiens identifiés comme tel :

Alexandre et Yasmine, 37 et 39 ans, c'est leur deuxième enfant. Ils arrivent en province après une dizaine d'année de vie commune à Paris. Ce second accouchement aura lieu avec une sage-femme libérale sur le plateau technique de Belle Naissance. Ils insistent sur la qualité de l'accompagnement relationnel dont ils ont bénéficié.

Oscar et Théa ont 31 et 28 ans, tous les deux accompagnés par une sage-femme libérale. Théa accouche à Belle Naissance avec les sages-femmes de l'hôpital. Oscar est très présent tout au long de la grossesse. Ils sont très heureux d'avoir accouché ensemble de ce premier enfant.

Betty et Julien, 24 et 29 ans, auxiliaire de vie et informaticien, c'est le deuxième accouchement de Betty par césarienne à Femme Heureuse.*

Cyrielle et Stéphane, 34 et 36 ans, c'est leur deuxième enfant. Cyrielle est comptable et Stéphane travaille comme cadre dans une entreprise du bâtiment et des travaux publics. C'est important pour le couple d'être consulté à chaque étape et pour toutes les décisions médicales à prendre. L'accouchement a lieu à Femme Heureuse.

Nicole et Françoise, 38 et 41 ans, en couple depuis cinq ans (APGL). Nicole est médecin, Françoise est professeure de droit. Elles décident d'avoir un enfant ensemble. Nicole a deux enfants de deux unions avec deux hommes différents et Françoise a un enfant d'un premier couple hétérosexuel également.

Éliane, Claire et Quentin, 44 ans, 32 ans et 33 ans, (APGL). Éliane est professeure en collège, Claire est greffière, Quentin est infirmier dans le privé. Éliane et Claire ont choisi d'avoir un enfant avec un donneur proche, Quentin, qui s'avère trop présent selon elles dans le quotidien.

2.1 Les récits d'expériences relationnelles de l'accouchement

Si le corps dominant reste le corps biomédical à l'époque contemporaine, certaines femmes, certains couples, ont des représentations relationnelles du corps.

L'expérience de l'accouchement, si elle s'inscrit dans la chair, est, pour ces femmes, un espace de parole et de négociation, quel que soit le lieu de naissance retenu.

Ainsi, Yasmine veut être pleinement actrice des décisions pour son deuxième accouchement qu'elle choisit avec une sage-femme libérale à son domicile contrairement au premier qui avait eu lieu à l'hôpital :

« L'impression d'apprendre beaucoup de choses, de se réapproprier la naissance. Pas que l'accouchement, la grossesse, l'après... Ce que j'ai ressenti de différent avec l'hôpital... bon c'était notre premier, on est un peu naïf... disons que quelqu'un vous dit bon ben c'est par là, votre bébé on va vous le faire naître, sans être véritablement impliqué plus que ça dans tout le projet de cette naissance » (Yasmine, 2^e enfant, Belle Naissance).

De même pour Betty, lors de son premier comme de son second accouchement à l'hôpital, chaque geste fait l'objet de discussion et c'est elle qui est à l'initiative :

« Ils ont pris la décision de faire une césarienne. J'étais contente malgré tout qu'ils aient accepté qu'on essaye l'accouchement par en bas quand même malgré ma première césarienne*. Pour le premier, ça a été pareil, ils m'ont demandé mon avis et on a discuté pas mal avant que j'aille au bloc. Par contre là, ils m'ont posé la péridurale* trop tôt, résultat elle faisait moins effet au moment de la césarienne*, ils ont essayé quand même ! J'ai hurlé, je leur ai dit qu'ils étaient malades ! Ils m'ont mis un masque et c'était un peu mieux quand même mais j'ai tout senti, quand ils tiraient sur le ventre, les points et tout » (Betty, 2^e enfant, Femme Heureuse).*

Enfin, dans une expérience similaire, Cyrielle et Stéphane livrent une analyse de leurs échanges avec les praticien.nes. En effet, ils expliquent, d'une part, qu'il faut insister dans les échanges pour être écoutés et, d'autre part, qu'il n'y a pas d'homogénéité chez les professionnel.les en matière d'écoute et de respect des droits des patients :

« Pour mon premier, j'étais assez angoissée, ils ne vous expliquent rien, je leur avais demandé de visiter les salles d'accouchement, ils m'ont dit que ça ne servait à rien,

qu'elles se ressemblaient toutes, vous vous rendez compte ! Il a fallu que j'insiste lourdement pour en voir une ! » (Cyrielle, 2^e enfant, *Femme Heureuse*).

« Oui et il faut aller rencontrer les professionnels, contrairement à ce qu'on peut penser, ils n'ont pas tous le même état d'esprit. Sur tous les points. Ce ne sont pas les mêmes » (Stéphane, 2^e enfant, *Femme Heureuse*).

Si dans le cadre d'une conception biomédicale du corps, l'expérience de l'accouchement s'inscrit majoritairement dans une adhésion aux normes de genre, que peut-on observer chez les couples qui adhèrent à une conception relationnelle du corps ?

2.2 La parentalité hétérosexuelle, une continuité de négociation entre l'espace domestique et celui de l'accouchement

À la différence des couples hétérosexuels ayant une conception biomédicalisée du corps, les couples qui inscrivent l'expérience de l'accouchement dans sa dimension relationnelle se décalent systématiquement des normes de genre de diverses façons. L'objectif d'égalité entre les sexes se vit aussi bien dans le cadre hospitalier que dans l'espace domestique comme le montrent les extraits suivants. Cet enjeu est particulièrement explicité par les hommes.

Ainsi, dans le cas de Julien, le partage des tâches domestiques ou les soins au nourrisson tendent vers l'égalité, illustrant un refus de la hiérarchisation sexuée :

« On s'organise à tour de rôle pour le ménage, la cuisine, le linge... On y est très bien arrivé avec le premier, ça sera pareil pour le second, le temps de trouver nos marques » (Julien, 2^e enfant, *Femme Heureuse*).

De même, pour Oscar et Stéphane, l'aménagement de la bicatégorisation sexuée est manifeste dans le suivi de grossesse ou le vécu de l'accouchement :

« C'est très important que Théa soit à l'écoute de son corps, qu'elle ait confiance en elle. Et que je sois à son écoute aussi. Qu'on ait ce sentiment de ne pas avoir à demander à l'autre ce dont il a besoin, on le sait. Que ça vienne naturellement, je sais

ce qui va lui faire du bien, je sais comment l'accompagner en fait. C'est un jeu de confiance mutuelle et de connaissance mutuelle » (Oscar, 1^{er} enfant, *Belle Naissance*).

« Je respecte à fond ses choix, c'est elle qui décide, c'est son corps ; ce serait mal venu que j'ai quoi que soit à dire » (Stéphane, 2^e enfant, *Femme Heureuse*).

Au sein des couples hétérosexuels, la volonté d'une alternative à l'accouchement médical en matière de choix, de négociation avec les professionnel.les, s'inscrit en continuité avec la démarche d'équilibre des tâches domestiques entre femmes et hommes. Nous faisons l'hypothèse que ce fonctionnement de couple induit une demande de négociation avec les professionnel.les autour de la grossesse et l'accouchement. Pour le dire autrement, les négociations avec la norme de genre dans le couple se poursuivent dans l'espace hospitalier. L'expérience relationnelle du corps lors de l'accouchement s'inscrit ainsi dans un aménagement des normes de genre en matière de hiérarchie et de bicatégorisation. Pour les hétérosexuels, le « prix à payer » de ce décalage social est faible dans la mesure où le cadre de l'hétéronormativité reproductive est maintenu. L'enfant naît dans le cadre classique de la bilatéralité conjugale impliquant un homme et une femme. La dynamique de genre correspond à un aménagement : il s'agit d'une permanence de l'hétéronormativité et de décalages partiels vis à vis de la hiérarchie et de la différenciation sexuées.

2.3 La maternité lesbienne, un bouleversement du genre

Nous avons observé précédemment que les couples de femmes adhérant aux représentations biomédicales du corps ont recours à des dons de sperme anonyme. C'est la situation actuellement majoritaire comme le confirment Martine Gross et Jérôme Courduriès (Gross, 2009 ; Gross, Courduriès, Federico, 2014) ainsi que Virginie Rozée :

« Chez la plupart des femmes rencontrées, la coparentalité a été d'emblée exclue du projet parental. Elles ont expliqué qu'elles souhaitaient éviter la présence d'un tiers et élever l'enfant à deux. [...] Pour certaines d'entre elles, la personnification du géniteur est garante du bon équilibre de l'enfant, ce qui les conduit à recourir à une insémination avec un donneur dont l'enfant connaîtra l'identité à sa majorité. Mais en

général, [...] les couples lesbiens rencontrés finissent par opter pour un don de sperme anonyme » (Rozée, 2012).

À l'inverse, dans les maternités lesbiennes, quand l'expérience relationnelle du corps prédomine, les décalages avec le système de genre s'accompagnent d'un aménagement de la bicatégorisation des sexes. C'est ainsi qu'on retrouve deux parcours types qui articulent corps relationnel et décalage de genre.

Dans le premier cas, il s'agit d'un don de gamètes issu de la « *bio-économie reproductive* » (Darius, Dechaux, 2012) dont l'anonymat est levé. Nicole et Françoise ont importé du sperme congelé du Danemark et ont pratiqué une insémination artisanale. Elles ont une connaissance complète du donneur qui a levé totalement l'anonymat. Nicole est médecin et il semble que cela ait facilité leur démarche. En matière de genre, leur sexualité fait décaler le couple de l'hétéronormativité mais la présence d'un tiers masculin est essentielle. Par ailleurs, cette démarche s'inscrit dans l'histoire de Nicole :

« J'ai eu deux enfants de deux pères différents, ils ont six et onze ans. La première fois, j'ai essayé de faire comme si j'étais hétéro et puis ça a capoté au bout de six mois. [...] La deuxième fois, j'avais envie d'être mère avec ma compagne de l'époque. J'ai trouvé un copain hétéro, on a fait notre affaire. Il n'a jamais su ce qu'il en était mais moi je savais qui il était. Là, je suis avec Françoise, et puis j'ai passé l'âge d'aller faire des cabrioles avec un bonhomme (rires) ! On a fait le choix de prendre du sperme congelé au Danemark, le plus cher, celui où l'anonymat est levé. Le plus important pour moi ça a toujours été de connaître le père de mes enfants, en l'occurrence leur patrimoine génétique » (Nicole, 2 enfants, APGL).

Dans le second cas, il s'agit d'une insémination artisanale avec un donneur proche. Les accouchements sont alors négociés dans l'institution comme le montre le témoignage de Monique, sage-femme à *Femme Heureuse* :

« C'était un couple, oui, je me souviens très bien de l'histoire puisque c'était un couple de femmes. L'une d'elles avait eu un enfant d'une première union hétérosexuelles. C'est petit à petit que les choses sont venues. En aucun cas, c'était stipulé dans le dossier, c'est elles qui m'ont raconté des choses au milieu de massages, dans la baignoire. Leur choix avait été déterminé car la femme qui avait eu une grossesse voulait que sa compagne qui soit enceinte. Un écart d'âge de dix ans. Toutes les deux

*des profs, une de sport, une de lettres. Un couple super ! ... C'était un ami proche à elles, voilà, c'était passionnant ! parce qu'on n'a pas l'habitude, parce que c'était un accompagnement différent. Le monsieur était avec elles en fonction des moments, il était associé à ce qui se passait. Je l'ai laissé venir à l'accouchement » (Monique, sage-femme, *Femme Heureuse*).*

Cet aménagement relatif à la dynamique des rapports sociaux de sexe avait déjà été repéré par Natacha Chetcuti. Elle avait noté par ailleurs une différenciation d'aménagement entre femmes hétérosexuelles et homosexuelles. Ainsi, l'auteure a analysé que les femmes lesbiennes

« proposent une voie de dénaturalisation de la sexualité hétéronormative qui renvoie à une indifférenciation des genres et s'incarne le plus souvent dans l'androgynie. Même l'intégration du registre butch-fem dans la sexualité témoigne davantage de l'acquisition d'un code culturel lesbien exprimant une intentionnalité érotique, que de pratiques sexuelles prescrites. Les femmes hétérosexuelles interrogées, au contraire, sont moins préoccupées d'annuler le marquage de genre que d'accéder à une égalité entre les partenaires de sexe différent » (Chetcuti, 2010).

Cette différenciation d'aménagement notée dans les pratiques sexuelles par Natacha Chetcuti se retrouvent dans les maternités lesbiennes imbriquées avec les technologies reproductives. En effet, *« les nouvelles techniques reproductives protègent les femmes et les couples des stigmates de l'infertilité, créent de nouvelles parentalités indépendantes de l'hétéroparentalité normative » (Löwy, Rozée, Tain, 2014, p. 11).*

Ainsi, la maternité lesbienne implique une remise en cause de l'hétéronormativité.

Néanmoins, ce décalage avec l'hétéronormativité s'avère complexe car il existe une tension entre deux légitimités sociales : la conjugalité et l'implication des composantes masculine et féminine de la production d'enfant.

Les femmes lesbiennes qui s'inscrivent dans une représentation biomédicale du corps privilégient de fait la légitimité sociale de la conjugalité. Elixabete Imaz souligne l'importance pour ces couples de faire famille sans que le fait d'avoir porté ou non l'enfant soit central :

« Il s'agit d'une maternité qui veut être partagée de manière égale entre les deux mères, indépendamment du rôle que l'une d'elles a pu avoir durant la gestation ou du fait que l'une d'elle a transmis ou non ses gamètes » (Imaz, 2017).

Ces couples de femmes ont le bénéfice de la reconnaissance par la médecine et l'État (en France depuis l'été 2021) de leur conjugalité. Jérôme Courduriès poursuit cette analyse en indiquant que

« dans les familles ayant eu recours à une reproduction assistée, les deux parents [...] ont été à l'origine du projet de procréation, ont accueilli et élevé l'enfant depuis sa naissance en étant reconnus comme tels par leurs entourages » (Courduriès, 2017).

La composante masculine de la production d'enfant est effacée. C'était l'histoire de Nathalie qui rêvait qu'elle accouchait d'un chaton et qui, jusqu'à la sortie de la maternité, avait peur des effets de la régulation sociale au sein de la maternité où elle a accouché.

À l'inverse, les femmes lesbiennes qui se réfèrent à une conception relationnelle du corps privilégient la légitimité sociale liée à l'implication de femmes et d'hommes dans la production d'enfants. On assiste à une reconfiguration plurielle de la parenté qui vient mettre en tension la conjugalité lesbienne. Ce qui prime, c'est la connaissance du donneur et donc le caractère indépassable des composantes masculine et féminine. La conjugalité lesbienne tend à s'effacer, ce qui peut engendrer les difficultés relationnelles entre le père biologique et la mère sociale.

C'est ce que montre le témoignage d'Éliane, mère sociale d'un nourrisson de trois mois. Elle vit très difficilement ce « troupe » composé d'elle-même, de sa compagne et du père biologique :

« C'est difficile, ça va finir au clash, moi ou lui. La dernière fois, je revenais des courses et je retrouve Quentin avachi dans le canapé à regarder un film. Il a envahi notre espace de vie tout ça parce que Claire [sa compagne] veut que notre fille connaisse son père. Pour lui, c'est cool, il vient, il squatte, c'est moi qui assure tout.

Là, le frigo est vide, il n'a pas été faire des courses, c'est moi (blanc). Je ne sais même plus où est ma place (pleurs) » (Éliane, 1^{er} enfant, APGL).

L'accouchement a été négocié. En effet, les professionnel.les ont respecté les demandes particulières du couple comme la présence du donneur proche (Quentin) en salle d'accouchement. Le retour à domicile s'est révélé très difficile pour Éliane, en tant que mère sociale, tant cette situation remet en cause la reconnaissance sociale de la conjugalité du couple de femmes. Nous faisons l'hypothèse que c'est l'importance de la conjugalité dans notre société qui détourne la plupart des couples lesbiens et gay des situations de coparentalité ou de donneur proche très présent dans l'éducation de l'enfant.

De même, dans le contexte d'achat de paillettes avec donneur connu à l'étranger, on observe également un réaménagement de la bicatégorisation sexuée mais sur un mode mineur dans la mesure où le géniteur est représenté par son patrimoine génétique. C'est le cas de Nicole et Françoise qui ont eu recours à un don de sperme avec donneur connu dans une société internationale danoise. Le tiers donneur qui permet au couple lesbien d'être parent n'est pas présent dans la vie quotidienne. On peut faire l'hypothèse que pour ce type de parcours, il s'agit pour ces femmes de préserver la dynamique conjugale tout en permettant au futur enfant un accès à ses origines.

Ces résultats sont cohérents avec ceux d'autres enquêtes. Ainsi, celle de Mérylis Darius et de Jean-Hughes Dechaux, à propos de la bio économie reproductive :

« Dans le premier cas [PMA avec donneur anonyme], le couple lesbien se définit comme couple parental exclusif. Si le géniteur peut être mentionné sur un plan symbolique, il n'a aucune existence concrète. Son effacement en tant que personne conditionne aux yeux du couple l'établissement d'une filiation strictement bilatérale. [...] On peut parler dans le second cas [insémination avec donneur non anonyme via l'entreprise Cryos] d'une bilatéralité ouverte car il rend possible l'accès aux origines. C'est moins le phénotype du donneur qui compte que le fait de pouvoir l'incarner » (Darius, Déchaux, 2017).

Laurence Tain propose une synthèse des recompositions à l'œuvre sur la scène reproductive des mères lesbiennes :

« Plusieurs nœuds ont été identifiés : la force sociale de l'hétérosexualité reproductive ; la sacralisation, d'une part, de la bilatéralité de la reproduction, d'autre part, des composantes biologiques masculine et féminine qui y sont impliquées » (Tain, 2013, p.87).

3 Une expérience cosmique de l'accouchement au prisme du genre

La pratique et l'expérience cosmique du corps à l'accouchement que font les femmes et les couples sont plurielles, socialement minoritaires et s'insèrent dans une approche magico-religieuse du monde. Nous nous appuyons sur l'approche de Max Weber, analysée par Claude Dubar et Pierre Tripier (1998). Les quatre figures de Max Weber illustrent la dynamique historique des religions : le magicien, le prêtre, le prophète et le laïc (Weber, [1921] 1971). Le prêtre dans une Église instituée s'oppose à l'influence du magicien qui est porté à attribuer à des entités la cause des malheurs humains. Le prêtre bénéficie d'une position institutionnelle et vient entraver le prophète qui vient rappeler la pureté du message divin. Les effets de rationalisation des croyances font ainsi du prêtre le seul interlocuteur du laïc « *impliquant des accommodements avec la pureté de la doctrine originelle* » (Dubar, Tripier, 1998, p.117).

Ainsi, des femmes et des couples peuvent vivre une expérience du corps subtil en lien avec le cosmos. Les entretiens sont plutôt rares en milieu hospitalier. Ceux réunis ici ont été réalisés auprès de femmes issues du monde associatif et au sein de la maternité *Belle Naissance*.

Ce dernier sous-ensemble traite du corps cosmique et de son croisement avec le système de genre dans les différents parcours biographiques observés. Nous avons ainsi repris quatre parcours qui nous paraissent emblématiques de cette expérience cosmique de l'accouchement parmi sept entretiens concernant cette conception :

Sophie, 38 ans, bibliothécaire, « Marraine » de l'association La Voix des parents. Elle anime depuis plusieurs années des temps partagés avec les adhérentes. Elle a elle-même accouché quatre fois chez elle ou dans l'eau et vit l'accouchement physiologique comme un rite initiatique de femme.

Camille, 32 ans, adhérente de l'association La Voix des parents. Camille souhaitait un premier accouchement physiologique à Belle Naissance mais son conjoint trouvait que cela était trop risqué. Camille a accouché dans une maternité classique. Nous la rencontrons dix mois après. Elle est encore très affectée par un accouchement qu'elle a très mal vécu.

Marie-Anne et Luc, 37 et 34 ans, mariés depuis cinq ans, tous les deux issus de familles catholiques, très pratiquante du côté de Marie Anne. C'est le deuxième accouchement à Belle Naissance. Leur choix s'est porté sur cette maternité pour son aspect familial et le respect des sages-femmes des choix que le couple fait notamment en matière religieuse.

Angie et Nicolas, 35 ans tous les deux, mariés depuis trois ans. Angie vit son deuxième accouchement à Belle Naissance. Issue d'une famille américaine « hippie », Angie met la spiritualité au premier plan tout comme l'accouchement physiologique et l'allaitement maternel. Elle est coach en alimentation naturelle et professeure de yoga. Nicolas est entrepreneur, issu d'une famille française bourgeoise. Les aspects spirituels de sa femme le font sourire. Ils se retrouvent sur le positionnement naturaliste de la place d'un homme et d'une femme dans le couple.

Natacha et Olivier, 38 et 40 ans, tous les deux coachs relationnels par téléphone pour une société humanitaire. Natacha a quatre enfants placés du fait des violences sexuelles reconnues par la justice que le père biologique a fait subir aux enfants. Au moment de l'entretien, elle vient de récupérer la garde des enfants. Elle accouche de son premier enfant avec Olivier. Après une vie religieuse, il a décidé de partager sa vie avec Natacha. Il poursuit néanmoins une vie spirituelle via son activité professionnelle.

L'expérience d'un accouchement que nous avons qualifiée de cosmique est protéiforme dans sa réalisation. Nous avons repéré trois types de parcours que nous esquissons dans les trois paragraphes suivants.

3.1 Un accouchement religieux valorisant le féminin en conformité avec le genre

Une première manière de vivre l'expérience cosmique du corps à l'accouchement est celle d'une pratique insérée dans l'univers religieux. Cette manière peut être rattachée à la figure wébérienne du prêtre qui est convoquée dans une approche traditionaliste. Dans ce contexte, les piliers du système de genre se voient paradoxalement renforcés par la promesse de l'égalité dans la communion et la mort.

Une maternité valorisée dans la famille hétéronormée

Dans l'entretien suivant, Marie-Anne et Luc affirment leur foi catholique imbriquée avec leur conception de l'accouchement et de la vie domestique. Cette approche s'adosse à une conformité au système de genre dans ses trois dimensions de différenciation, de hiérarchie et d'hétéronormativité. Marie-Anne est mère au foyer. Luc valorise la différenciation sexuée au sein du couple et les compétences reproductrices de sa compagne :

« C'est louable quand on voit ce que ça nécessite comme sacrifice la maternité, la femme qui accouche avec autant de douleurs, le père il n'est rien du tout. Quand on voit comment on s'occupe de nos enfants, des parents qui vont dans le même sens, qui raisonnent dans le même sens, bien ouaou tout le bonheur ! [...] Ceci dit quand l'épouse a un coup de barre, bon je suis là pour lui donner un coup de main. Cette année, ça a été très difficile pour moi au travail et quand Marie-Anne est débordée, ben je suis là pour la soutenir moralement. [...] Après la vie c'est la vie, ça se multiplie comme on dit ! C'est ce qui est beau, vous prenez deux êtres et ça se multiplie... C'est beau, comme les graines dans le jardin ! » (Luc, 2 enfants, Belle Naissance).

Un renforcement du système de genre à partir de la tension entre les dimensions temporelle et spirituelle dans la tradition catholique

Les représentations cosmiques du corps à l'accouchement mettent en lumière la tension entre les dimensions temporelle et spirituelle par rapport au système de genre :

« Au début du siècle dernier, [le père Lagrange] affirmait lapidairement que l'abolition des différences se cantonnait au domaine de la vie spirituelle des chrétiens. Si depuis l'époque de ce pionnier des études bibliques catholiques le contexte social a

évolué, force est de reconnaître que sur l'interprétation de "il n'y a pas l'homme et la femme", les positions des exégètes n'ont évolué que dans l'art de la nuance. Pour la plupart d'entre eux, une abolition des différences ne se vivrait finalement que partiellement, spirituellement ou en espérance. Le terme d'"utopie" revient souvent dans les propos » (Fricker, 2009).

On doit à l'apôtre Paul, dans l'épître aux Galates, la citation sur l'indifférenciation sexuée « *il n'y a pas l'homme et la femme* » dans un texte de portée spirituelle. Mais au-delà, ce dépassement de la bicatégorisation sexuée s'appuie sur un rejet de la reproduction sexuée dans l'espace temporel dans la droite ligne de la tradition romaine des vestales ou de la tradition catholique des moniales. Ainsi, commentant l'expression « *il n'y a pas l'homme et la femme* » dans cet épître, D. Fricker montre que la dimension spirituelle surpasse la reproduction sexuée :

« Cette citation permet de montrer que la descendance par l'adoption et la promesse surpasse la descendance biologique. Cette affirmation est en phase avec la négation de la distinction des sexes en 3,28. Cette primauté d'une filiation spirituelle sur la descendance biologique est, par ailleurs, largement exploitée dans l'épître » (Fricker, 2009).

Chez Paul, on observe que le système de genre vient mettre en tension les dimensions temporelle et spirituelle. Si dans la vie spirituelle, les rapports sociaux s'effacent au profit d'une filiation spirituelle, il n'en est rien dans la vie temporelle. Ainsi, Paul, dans la lettre aux Corinthiens (11/2-16), produit le premier écrit issu des religions monothéistes à lier le voile des femmes à leur relation à Dieu :

« Cette libération rend tous les chrétiens, sans distinction de sexe ou de statut social, égaux face à Dieu [à propos de l'épître aux Galates]. En revanche, en écrivant son texte sur le voile des femmes, Paul contredit ouvertement sa propre théologie. [...] Il ne parvient pas à franchir le pas : il récupère en effet la coutume essentiellement païenne du voile des femmes pour contrôler les chrétiennes qui auraient pu croire que la liberté leur était offerte au même titre que les hommes. Il ne peut admettre que sa théologie puisse déboucher sur des conséquences pratiques : l'égalité entre les sexes » (Lambin, 1995).

La reproduction sexuée, encadrée socialement par le système de genre, vient percuter la doctrine catholique. La promesse de l'indifférenciation sexée dans la

communion avec le Christ et la mort est justifiée par sa nature spirituelle et dans l'absence de reproduction sexuée. *A contrario*, le patriarcat sort renforcé de cette opération théologique dans l'espace temporel. En ce sens, l'expérience et la pratique de l'accouchement portés par les représentations sacrées du corps s'inscrivent dans une tradition non pas de conformité mais de renforcement du système de genre.

3.2 Un accouchement valorisant le féminin sacré et contestant la hiérarchie sexuée

Une autre façon de vivre l'expérience de l'accouchement cosmique s'inscrit dans un format différentialiste du féminin sacré.

Une expérience rituelle et sacrée de l'accouchement

Les usagères décrivent un évènement éminemment féminin que l'on peut illustrer avec Sophie qui fait référence à l'accouchement comme « *rite initiatique* ». Dans son discours, les femmes sont les actrices uniques de la scène sociale reproductive :

*« Je voulais vivre en pleine conscience la naissance de mon enfant, de mes enfants après, parce que je trouve que ça a du sens. Je mets à part toute considération religieuse, pour moi cette douleur elle a vraiment un sens, j'en suis sortie grandie et je me dis il faut que chaque femme ait cette expérience parce qu'on en sort différente. J'ai peur de passer pour une éberluée, du genre ça y est, elle est devenue spirituelle parce qu'elle a vécu un accouchement naturel ! Et puis j'ai tendance à minimiser le truc, attends les femmes avant elles faisaient comment ? J'ai toujours ça en toile de fond, nos grands-mères elles ont fait comment ? Si tu commences à dire aux gens que c'est un vrai rite de passage..., je ne l'ai dit qu'à ma meilleure amie, mon conjoint et ma mère quoi ! Je ne veux pas passer pour celle qui parce qu'elle a accouché naturellement aurait vu Dieu ! Et tant que tu ne l'as pas vécu dans ta chair, c'est un peu dur de comprendre » (Sophie, 4 enfants, *La Voix des parents*).*

Camille, pour sa part, mobilise le récit de son accouchement dans une conception rituelle du féminin sacré au sein des « Tentes rouges ». Il s'agit d'une tente, de couleur rouge, pouvant accueillir une dizaine de femmes en non mixité.

L'intérieur de la tente est composé de coussins rouges et d'un sol rouge pour symboliquement représenter l'utérus. Pour Camille, l'accouchement est un évènement fondateur de l'expérience du féminin :

« J'avais besoin d'un endroit où je puisse parler en tant que femme. Je pense que la Femme qui est en nous, on l'oublie. Dans les tentes rouges, on est entre femmes, il n'y a que nous. On ne se connaît pas forcément et il y a quand même quelque chose qui s'installe de... il y a un aspect... c'est le mot sacrement qui me vient mais ce n'est pas le bon mot... de rituel, voilà oui de rituel. On y parle essentiellement de notre vécu, de nos accouchements, du rapport avec nos filles, des règles » (Camille, 1 enfant, La Voix des parents).

Une conception féministe différentialiste de la maternité

Cette expérience peut conduire à une compréhension différentialiste de l'accouchement. Ainsi, l'accouchement, expérience du féminin sacré, correspond à une nature féminine déniée par les hommes. La spécificité féminine de l'accouchement est insupportable aux hommes et la médecine a la tâche de retirer aux femmes ce privilège. Il s'agit alors pour ces femmes de contester la hiérarchie sexuée comme l'argumente Camille qui reprend le concept de « *valence différentielle des sexes* » et de « *privilège de la maternité et domination masculine* » de Françoise Héritier (2002). Il s'agit d'un plaidoyer contre la hiérarchie entre les sexes au bénéfice des hommes :

« Mon compagnon s'est senti très en dehors de mes choix. J'ai la sensation qu'il sentait ne pas avoir de prise sur mon corps et sur celui de son bébé aussi. Avant la naissance, il s'est senti très étranger en fait même si on a partagé plein de choses. Il n'a jamais posé d'interdit très clair, mais je sentais ça très bien. C'était trop, c'était trop dur. En fait, pour nous les femmes, on a un privilège parce qu'on donne la vie et d'une certaine manière, avec la médecine, on nous l'enlève (pleurs +++). [...] Bon, je peux parler de mon conjoint parce que c'est celui que je connais le mieux, mais je sens que des fois il a envie de m'écouter mais c'est gênant et puis le regard des autres hommes, ça le coupe, est-ce qu'il ne passe pas à côté de sa virilité?... ça il me le dit très bien. Pour

ça, il est lucide. Il me dit “pour ça, le sexe féminin c’est terrifiant !” (Rires) » (Camille, 1^{er} enfant, La Voix des parents).

Une autre interprétation du féminin sacré que religieuse

Cette interprétation différentialiste s’exprime d’un point de vu académique. Ainsi, dans un texte de 1985, Luce Irigaray fait l’analyse de la tension entre les dimensions temporelles et spirituelles en matière de reproduction sexuée à partir de la citation de Paul sur l’égalité des sexes dans la mort. L’auteure, dans sa critique différentialiste, insiste sur les prémisses de cette affirmation. La différence entre les sexes serait ainsi justifiée dans la religion catholique par la reproduction sexuée (« *elle n’existe que pour et par l’enfant* ») et la hiérarchie des hommes sur les femmes :

« Un évangile apocryphe rapporte une parole du Christ à une Salomé affirmant que le bonheur ne reviendra sur la Terre que lorsque les femmes cesseront de procréer ! Ce qui peut s’entendre comme une découverte de l’Amour où l’enfant n’est plus nécessaire. Mais le texte, les textes ajoutent que la différence sexuelle alors s’effacera. Autant dire qu’elle n’existe que pour ou par l’enfant, et dans la hiérarchie : il n’y aura plus ni homme ni femme, ni maître, ni esclave » (Irigaray, 1985)².

En effet, le féminisme différentialiste affirme précisément que le féminin sacré est produit par la reproduction sexuée et que l’égalité peut s’inscrire dans la différence. Cette position est diamétralement opposée à celle de l’église catholique pour qui la hiérarchie s’exprime précisément dans la reproduction sexuée au détriment des femmes.

3.3 Un accouchement ouvrant au monde subtil hors des rapports sociaux

Enfin, il existe une autre façon, détachée des rapports sociaux, de vivre l’expérience cosmique de l’accouchement dans le dépassement de la tradition

² L’apocryphe dont il est fait mention est celui du Bain de l’Enfant. Le contexte est rapporté par le protoévangile de Jacques. Deux sages-femmes, Zelomi et Salomé, refusent de croire en l’aspect virginal de l’accouchement de Marie. Salomé l’examine et sa main se dessèche immédiatement. Dans l’extrait cité par Irigaray, la parole du Christ est une parole spirituelle dans la mesure où il renvoie la reproduction dans la matérialité du temporel. « *Ma royauté n’est pas de ce monde* » (Jean 18, 33-37) dit-il à Ponce Pilate dans le Nouveau Testament.

chrétienne et de l'idéologie féministe. C'est le récit qui est fait par Olivier. Sa femme, Audrey, est plutôt adepte des médecines douces. Pour autant, l'accouchement d'Audrey sera médicalisé de manière assez classique à *Femme Heureuse*. Olivier affirme sa spiritualité catholique. Après une vie monastique de plus de quinze ans, il est aujourd'hui coach par téléphone. Il accompagne par la parole des personnes en difficultés et qui ont besoin d'écoute. Olivier fait l'expérience d'une dimension spirituelle, énergétique, lors de la naissance de son premier enfant qu'il résume ainsi :

*« C'est mon premier accouchement et qu'on le fasse à quatre mains avec la sage-femme, c'était merveilleux. J'ai pu participer, le tenir, c'est nous qui l'avons sorti ensemble, on l'a fait à deux, on l'assume à deux, on le sort à deux. Je trouve que c'est symbolique pour le reste de la vie cette énergie qu'on a échangée ensemble. [...] Mon parcours est plus chaotique, et puis je suis d'une famille catholique pratiquante... Je suis rentré comme frère dans un comité caritatif. Donc je me suis occupé des enfants pendant dix-sept ans. En s'occupant des enfants, on s'occupe des parents, c'est le reflet de ce qui se passe à la maison. Vu que j'ai don d'empathie, comme ma maman, c'est elle qui me l'a insufflé par son lait maternel » (Olivier, 1^{er} enfant, *Femme Heureuse*).*

Dans ce récit, les représentations cosmiques du corps lors de l'accouchement sont souffle et énergie. Certaines expériences sont vécues dans une indifférenciation sexuée illustrant que la naissance peut être une scène sacrée pour les femmes et les hommes. De même, Angie, professeure de yoga, considère que l'accouchement est une porte vers le monde subtil. Une porte signifiant que l'accouchement est une des manières d'accéder à ce monde subtil. Elle n'est pas unique, elle n'est pas le privilège des femmes.

« Tu vois, les gens ils croient en Dieu, mais un accouchement, c'est magique, je ne sais pas comment l'expliquer. Ici, en France, c'est plutôt "ah... vous avez accouché sans péridurale ?", l'air triste. Mais pour moi, non, c'est normal de le faire comme ça. Et puis si on dirige bien les choses, c'est comme une méditation... le deuxième pour moi c'était plus rapide mais ça m'a plus fait travailler avec mon cerveau par rapport à l'intensité. C'était un peu compliqué, je me suis dit mais je peux le faire et c'est ça qui

fait que ça marche... C'est comme le yoga. L'accouchement, c'est une des manières d'accéder à autre chose » (Angie, 2^e enfant, Belle Naissance).

*

*

*

À l'issue de ce parcours sur l'expérience des femmes et des couples au croisement du genre, des représentations et de l'expérience du corps ternaire, nous dégageons trois résultats.

L'expérience biomédicale du corps est majoritaire parmi les couples. Elle s'accompagne d'une adhésion aux normes de genre spécifiques à l'hôpital. Le sexe de l'accouchement y est naturalisé, comme effacé, s'appuyant sur la nature biologique de l'évènement. L'adhésion aux normes de genre va de pair avec celles du corps biomédical. Nous désignons ces couples comme emblématiques du modèle de la conformité.

Les femmes lesbiennes sont prises dans une tension entre reconnaissance de la légitimité de la conjugalité lesbienne et nécessité de la visibilité des composantes biologiques masculines et féminines de la reproduction. Les couples de femmes réduisent cette tension en regard de leur représentation du corps. Les femmes dont la dynamique sociale relève du modèle de la conformité vont préférentiellement opter pour un parcours de PMA et affirment la légitimité du couple lesbien. Celles qui s'inscrivent dans une dimension relationnelle du corps privilégient le don de sperme non anonyme et sont portées par la nécessité de la visibilité des composantes biologiques masculines et féminines. Cette tension est rendue visible par la biomédicalisation et la procréation médicalement assistée.

Nous avons analysé deux types de parcours minoritaires.

Un parcours est fondé par l'expérience relationnelle du corps. Les entretiens montrent une continuité entre le décalage de genre dans la sphère domestique et à l'hôpital. Ces couples n'ont pas toujours conscience de la nature sexuée de la hiérarchie médicale. Il s'agit selon nous du modèle citoyen.

Un autre parcours, moins homogène que le précédent est fondé sur les représentations cosmiques du corps. Nous avons identifié une première dynamique de renforcement du système de genre en lien avec une croyance et une appartenance religieuse. Une seconde posture peut être qualifiée de différentialiste. Les femmes s'inscrivent alors dans une vision initiatique de l'accouchement, un accouchement entre femmes et non un accouchement dans le cadre de la médecine masculine. Il s'agit d'une dynamique partielle de décalage par rapport au système de genre. Dans ce décalage, les femmes dénoncent la nature masculine du pouvoir médical comme un frein à l'émancipation des femmes. Enfin, une dernière posture, que nous avons qualifiée de spirituelle, fait de l'accouchement un espace hors des rapports sociaux et une porte non sexuée vers le monde subtil.

Conclusion

-

Le paradoxe du système de genre dans la scène sociale de l'accouchement : à la fois omniprésent et invisible aux acteur.trices

À la fin de ce parcours de croisement entre notre modélisation du corps ternaire et du système de genre, nous retenons plusieurs résultats.

Les rapports sociaux de sexe organisent socialement la scène reproductive bien avant que la biomédicalisation ne vienne transformer l'expérience contemporaine de l'accouchement. Le premier chapitre montre qu'à chaque époque correspond une représentation majoritaire du corps associée à une institution. La modélisation ternaire du corps rend visible la transformation du système de genre à chaque moment où une nouvelle institution devient dominante dans le traitement social de l'accouchement et ce, pour les trois piliers du système de genre que nous avons identifié : la bicatégorisation, la hiérarchie sexuée et l'hétéronormativité.

Un premier modèle dominant de conformité au système de genre a été mis en évidence en relation avec une conception biomédicale de l'accouchement aussi bien à travers les logiques interindividuelles des professionnel.les et des usagères. Le système de genre est naturalisé à l'image de l'évidence biologique de l'accouchement. De différentes façons, nous avons identifié un « prix à payer » pour les femmes en tant qu'expérience d'un malaise non verbalisé par rapport au système de genre.

Par ailleurs, nous avons pu identifier deux modèles en décalage avec cette conformité.

Nous qualifions de citoyen un premier modèle qui s'inscrit dans la négociation avec la hiérarchie médicale. Dans ce modèle, nous observons des décalages avec le système de genre à la fois dans la sphère domestique et à l'hôpital.

Nous avons repéré un autre modèle que nous qualifions de cosmique. Dans ce modèle, une première posture, désignée comme religieuse, vient renforcer le système de genre. Une seconde posture, de nature différentialiste, incarne une volonté de transformation sociale avec un décalage vis-à-vis de la hiérarchie sexuée mais sans remettre en cause la bicatégorisation et l'hétéronormativité.

Dans la deuxième partie, il s'agit de poursuivre l'analyse en précisant la nature de la biomédicalisation et son imbrication avec le système de genre.

Deuxième partie

-

**Le corps de l'accouchement : trois expériences au
croisement du genre et de la biomédicalisation**

Dans le premier chapitre, nous avons montré que l'expérience biomédicale de la grossesse et de l'accouchement est dominante à l'époque contemporaine. Le concept de biomédicalisation est, quant à lui, récent (Clarke, 2000). Si le concept de médicalisation, forgé initialement par Zola (1972), montrait l'extension de la sphère médicale à des processus sociaux, leur contrôle, leur régulation, la nouvelle biomédicalisation marque l'intégration historique par la médecine des biotechnologies et la transformation des corps et des pratiques professionnelles. Ainsi, Adèle Clarke et ses collègues notent que

« la santé se trouve à la fois, plus biomédicalisée – la surveillance, les dépistages, les dosages routiniers à domicile d'indicateurs, etc. - mais aussi moins médicalisée, du fait des transferts de responsabilité du médecin à l'individu » (Clarke et al., 2000, p.25).

Le premier objectif de cette deuxième partie est d'identifier les deux piliers fondamentaux de la biomédicalisation : la culture technique et la hiérarchie médicale.

Ce passage vers la technicité est fondamental comme le note Michel Foucault dès 1963 :

« La médecine ne doit plus seulement être le corpus des techniques de la guérison et du savoir qu'elles requièrent ; elle enveloppera aussi une connaissance de l'homme en santé, c'est à dire à la fois une expérience de l'homme non malade, et une définition de l'homme modèle » (Foucault, [1963] 2009, p.98).

Autrement dit, cette dynamique concerne l'ensemble de la société, au-delà des questions de santé :

« En réalité, l'intervention autoritaire de la médecine dans un domaine chaque fois plus vaste de l'existence individuelle ou collective est un fait absolument caractéristique. Aujourd'hui, la médecine est dotée d'un pouvoir autoritaire aux fonctions normalisatrices qui vont bien au-delà de l'existence des maladies et de la demande du malade » (Foucault, 1976).

Dans une perspective complémentaire, F. Rognon analyse avec J. Ellul que ces innovations technologiques produisent un bouleversement de société :

« Les caractères de la technique moderne font qu'il n'y a aucune commune mesure entre la technique d'hier, qui était un moyen de réduire la nécessité de la nature, et la

technique d'aujourd'hui, qui instaure une technicité bien plus contraignante » (Rognon, 2012, p.21).

Ces deux perspectives nous permettent d'estimer que le phénomène de biomédicalisation est un rapport social qui structure la société de part en part et que l'on peut analyser au travers des interactions individuelles et collectives. On observe notamment une différenciation sociale dans l'accès au savoir (Fainzang, 2006) ou encore des canaux de diffusion normatifs propres à la biomédecine en particulier dans les classes populaires (Arborio, Lechien, 2019). À la suite de Roland Pfefferkorn, nous considérons que :

« Tout rapport social est, par nature, source à la fois de cohésion et de conflit. Il unit (ou lie) les sujets sociaux qu'il médiatise, il constitue un des éléments à partir desquels se constitue l'architecture de la société globale. Mais, inversement, selon des formes et des contenus à chaque fois spécifiques, tout rapport social est, au moins potentiellement, source de tensions et de conflits entre ses acteurs ou agents, individuels ou collectifs. Le rapport social est en somme une tension qui traverse le champ social et qui érige certains phénomènes sociaux en enjeux autour desquels se constituent des groupes sociaux aux intérêts antagoniques » (Pfefferkorn, 2007).

Dès lors, notre second objectif est de déplacer la focale sur le croisement des rapports sociaux entre système de genre et biomédicalisation. La question est de savoir ce que la biomédicalisation fait au système de genre et réciproquement.

Pour cela, nous nous appuyons sur l'analyse réalisée par Danièle Kergoat (1978 ; 2012 ; 2011 ; 2014) sur la consubstantialité des rapports sociaux et leur coextensivité. La notion de consubstantialité renvoie à deux objectifs : acter la complexité des mécanismes d'oppression et en faire l'analyse pour rendre visible un horizon d'émancipation (Gallerand, Kergoat, 2014). Le terme de consubstantialité permet de mettre en relation les contradictions inhérentes à plusieurs rapports sociaux¹. Danièle Kergoat donne cette définition de la consubstantialité et de la coextensivité :

¹ À l'origine du terme de consubstantialité, il s'agissait de penser le rapport social de classe et les rapports sociaux de sexe à partir de la lutte des ouvrières, voir D. Kergoat (1978).

« Les rapports sociaux sont consubstantiels : ils forment un nœud qui ne peut être séquenté au niveau des pratiques sociales, sinon dans une perspective de sociologie analytique ; ils sont coextensifs : en se déployant, les rapports sociaux de classe, de genre, de race, se reproduisent et se coproduisent mutuellement » (Kergoat, 2011, p.11).

Dans le chapitre quatre, nous analysons l'historicité de la biomédicalisation et du croisement entre biomédicalisation et système de genre à partir du modèle du corps ternaire. Les chapitres cinq et six s'intéressent aux interactions individuelles des professionnel.le.s (chapitre cinq) et des usagères (chapitre six) entre culture technique, hiérarchies et imbrication des rapports sociaux.

Chapitre 4

Le corps contemporain de l'accouchement sous l'emprise sociale de la biomédicalisation et du genre

« Le normal n'est pas un concept statique ou pacifique, mais un concept dynamique et polémique »
Canguilhem, 1966.

Dans le premier chapitre, nous avons esquissé des scènes genrées d'accouchement selon trois conceptions du corps. Nous avons alors identifié que chacune de ces trois expériences est dominante à une époque : l'expérience cosmique du corps à l'âge classique, l'expérience relationnelle du corps au moment de la construction de l'État-nation, l'expérience biomédicale du corps à l'époque contemporaine.

Dans la continuité de cette analyse, nous allons approfondir ce panorama historique en étudiant les effets de la biomédicalisation sur ces trois scènes genrées de l'accouchement. Ce chapitre quatre s'intéresse donc au corps contemporain pour lequel la dimension biomédicale est dominante et pour lequel perdurent néanmoins les dimensions relationnelle et cosmique.

Ainsi, dans la première partie, nous allons présenter le processus de biomédicalisation de la deuxième moitié du XX^e siècle qui domine la scène de l'accouchement. Nous montrerons ensuite, dans la deuxième partie, en quoi la culture technique transforme la scène genrée de l'accouchement pour les femmes et le monde professionnel. Puis, nous évoquerons, dans la troisième partie, la nouvelle émergence de la dimension relationnelle du corps dans les années 1990 dont on peut trouver les prémises dès les années 1950. Enfin, la quatrième partie met en évidence les nouvelles formes de spiritualités, l'importance du lien accordé à la nature ouvrant ainsi un renouveau des représentations et pratiques cosmiques du corps de l'accouchement.

1 La dynamique normative de la biomédicalisation de l'accouchement de l'après-guerre à aujourd'hui

Comme nous l'avons évoqué dans l'introduction de cette deuxième partie, la dynamique normative de la biomédicalisation repose selon nous sur deux piliers : la culture technique et les organisations professionnelles. De plus, la biomédicalisation comme rapport social structurant la société engendre des rapports de pouvoir entre professionnel.les et entre professionnel.les et usagères. C'est dans cette perspective

que nous allons analyser l'emprise de la culture technique sur l'accouchement, les effets de la biomédicalisation sur les organisations professionnelles et la fragilité de ce modèle.

1.1 L'emprise de la culture biomédicale sur l'accouchement

La dynamique de la biomédicalisation de l'accouchement apparaît nettement à travers l'évolution des statistiques concernant les lieux d'accouchement : si en 1952, 53% des femmes accouchaient à la maternité, elles sont plus de 99% en 1974 (Pruvost, 2016). Le passage du domicile vers l'hôpital pourrait s'analyser comme une conséquence des contraintes financières¹. Or ce facteur ne semble pas avoir été déterminant. En effet, si l'assurance maladie est devenue universelle en 1946, une majorité de la population était déjà couverte entre les années 1920 et 1930. Il nous semble donc raisonnable de penser que la question financière n'a pas été décisive dans le choix des femmes.

Selon nous, ce processus s'appuie principalement sur l'évolution des techniques obstétricales entre 1970 et 1990. Le monitoring cardio-tocographique* permet d'enregistrer et d'analyser le rythme cardiaque fœtal en regard des contractions maternelles afin de dépister ce qui était nommé « souffrance fœtale ». L'accès au fœtus par l'intermédiaire de l'échographie révolutionne le regard que porte toute la société sur la maternité. Le dépistage prénatal, permis par la pratique échographique, donne lieu à la création de services de médecine fœtale et à une nouvelle prestation : l'interruption médicale de grossesse. Enfin, l'analgésie péridurale est expérimentée dans les années 1970, généralisée dans les années 1980, remboursée par la sécurité sociale au début des années 1990. Ces évolutions techniques vont conduire à une chute drastique de la mortalité maternelle et infantile durant cette période.

Pour mieux appréhender ces bouleversements liés au développement des techniques, notre analyse va se déployer dans deux directions, celles des objets techniques, de leur usage et celle de l'organisation sociale (Topçu, Brown, 2019). Les

¹ Les usagères n'avaient pas de frais à avancer à l'hôpital contrairement à l'accouchement à domicile.

objets techniques peuvent, en effet, être appréhendés comme un concentré des rapports sociaux. C'est par exemple le point de vue de Madeleine Akrich qui précise :

« Les objets techniques peuvent être considérés comme des instruments politiques forts : dans le même temps qu'ils produisent des modes d'organisation sociale, ils les naturalisent, les dé-politisent, leur confère un contenu autre » (Akrich, 2006, p.178).

Une autre direction va rattacher la domination technique à l'organisation sociale. Ce sera le panoptique de Bentham repris par Michel Foucault :

« L'effet majeur du panoptique : induire chez le détenu un état conscient et permanent de visibilité qui assure le fonctionnement automatique du pouvoir. Faire que la surveillance soit permanente dans ses effets, même si elle est discontinuée dans son action ; que la perfection du pouvoir tende à rendre inutile l'actualité de son exercice ; que cet appareil architectural soit une machine à créer et à soutenir un rapport de pouvoir indépendant de celui qui l'exerce ; bref que les détenus soient pris dans une situation de pouvoir dont ils sont eux-mêmes les porteurs » (Foucault, 2013, p.525).

Dans les paragraphes qui suivent, nous allons approfondir ces deux axes : d'une part, les objets techniques comme objets politiques et d'autre part, l'organisation sociale liée à la culture technique.

1.2 Les instruments politiques de la gestion des risques : les usages sociaux des objets techniques

C'est l'évidence sociale du risque qui est au cœur de l'instrumentalisation des objets techniques aussi bien dans les expériences profane que professionnelle de l'accouchement.

Les femmes font l'expérience charnelle des objets techniques dans une situation de vulnérabilité. Pour le dire autrement, les outils techniques ont un effet d'attractivité très fort pour les femmes dans le contexte de l'accouchement, contexte inconnu et présenté comme potentiellement à risque.

De même, la culture du risque s'impose aux professionnel.les de santé. À l'origine de la tension entre médecine et justice se trouve la scène originelle de l'enfant

V. Foucault. Elle est rapportée par le professeur d'obstétrique Claude Sureau (2003). La scène a lieu en 1825 dans l'Orne. Mme Foucault accouche de son sixième enfant qui se présente par l'épaule, une épaule négligée*, dans le bassin maternel. D'après Claude Sureau, la sage-femme, Mme Duchesnay, soixante-douze ans, aurait fait des manœuvres qu'elle n'aurait pas dû faire. Le Dr. Helie est alors appelé et devant la situation, considère que l'enfant est déjà mort dans le ventre de sa mère. Il décide alors de l'estropier, lui arrache un bras puis le deuxième avant-bras jusqu'au coude, et arrive ainsi à l'extraire de l'utérus maternel. Stupéfaction, il est encore en vie, avec deux moignons en guise de bras. C'est le début de l'affaire Foucault. Entre 1831 et 1832, plusieurs audiences aboutiront à condamner le médecin à verser une rente au petit Victor, qui mourra d'ailleurs en 1831, à l'âge de six ans. On retient de cette affaire que le risque médico-légal est le corollaire de la culture du risque. Les praticien.nes sont responsables devant leurs patient.es et la société des soins qu'ils prodiguent. C'est exactement le même mouvement qui se produit dans le monde industriel au début du XIX^e siècle :

« du fait de l'ampleur des investissements demandés par la nouvelle industrie, les entrepreneurs exigent visibilité à long terme et garantie contre les aléas – en bref une minimisation de leurs risques. [...] Les grandes réformes de la période s'inscrivent dans ce projet » (Fressoz, Pestre, 2013, p.25-26).

Au-delà de l'expérience vécue par les acteur.trices, aussi bien les femmes que les professionnel.les de santé, cette évidence sociale aboutit à deux conséquences : toujours plus de sécurité et la croyance dans la toute-puissance de la médecine.

La première conséquence c'est, comme le note Ulrich Beck, que *« l'utopie de la sécurité reste singulièrement négative et défensive : au fond, il ne s'agit plus d'atteindre quelque chose de "bien", mais simplement d'empêcher que se produise le pire »* (Beck, 1986, p.89-90). C'est en ce sens qu'il faut voir le discours sur le risque de l'accouchement. La technique devient un bouclier de défense face à la mort.

De façon conjointe, la seconde conséquence réside dans la croyance de la capacité de la médecine à régler l'ensemble des problèmes. C'est ainsi qu'un évènement ordinaire comme l'accouchement est transformé en une pathologie comme le remarque Danièle Carricaburu à propos de l'accouchement par le siège* :

« *L'accouchement podalique* focalise l'évolution récente de l'obstétrique, structurée par le développement d'une logique probabiliste, qui se traduit non seulement par la réforme de la périnatalité, mais aussi par des frontières de plus en plus poreuses entre physiologie et pathologie* » (Carricaburu, 2010, p.46-47). C'est également vrai pour des enjeux plus généraux de l'humanité, ce qui amène certains auteurs à parler de sanitarisaiton du social (Fassin, 1998) ou de biomédicalisation de la vie (Clarke, 2000).

1.3 Les effets de la biomédicalisation sur l'organisation professionnelle

Selon Andrew Feenberg, les innovations techniques ont un impact sur les hiérarchies sociales, généralement de maintien ou de reproduction :

« *La hiérarchie sociale peut généralement se maintenir et se reproduire quand une technologie nouvelle est introduite* » (Feenberg, 2004, p.46).

Quels effets ont eu ces bouleversements technologiques sur les hiérarchies professionnelles à l'hôpital ? Nous observons que les innovations techniques et l'hégémonie de la culture du risque ont permis aux médecins français d'englober le normal dans le pathologique, de faire de toute situation obstétricale une situation potentiellement mortelle pour la mère et/ou l'enfant.

Cette stratégie est brillamment présentée par Israel Nisand² : « *Un accouchement ne peut être considéré comme normal que deux heures après la naissance et certaines complications (certes rares mais graves) peuvent survenir sans que rien ne permette de les prévoir* » (Nisand, 1994). De plus, ce processus a été accompagné par la politique sanitaire française³ qui a abouti à redéfinir la grossesse comme une situation à « *risque incompressible* » (Naiditch, Brémond, 1998).

² Professeur de gynécologie obstétrique, ancien président du collège national des Gynécologues Obstétriciens Français.

³ On peut dire avec U. Beck que « *lorsqu'il s'agit de définir les risques, la science perd son monopole de la rationalité. Les différents acteurs de la modernisation et les différents groupes exposés ont toujours des objectifs, des intérêts et des points de vue concurrents et conflictuels* » (Beck, 1986, p.52). C'est ce qui explique les différences entre deux contextes nationaux distincts comme la France et les Pays Bas comme l'ont analysé Madeleine Akrich et Bernike Pasveer (1996).

Ces changements ont pu aiguïser des concurrences entre spécialités médicales avec le développement de nouvelles techniques comme la fécondation *in vitro* (Tain, 2005) ou avec la création de la médecine fœtale (Henrion, 2011). Néanmoins, le résultat global de la montée en puissance des techniques, c'est que la profession médicale maintient son influence à l'hôpital. Ce sont en particulier les gynécologues obstétriciens qui dominent la scène sur les autres spécialités, les sages-femmes et les usagères, du fait de leur position centrale dans le processus reproductif (St-Amant, 2015).

1.4 La fragilité de la domination de la biomédicalisation

Ainsi, la demande de sécurité et la croyance en la science construisent la domination sociale du pouvoir médical. Néanmoins, la pratique des accouchements met en évidence la fragilité de cette suprématie.

En effet, les statistiques des pays de l'Europe occidentale montrent le caractère paradoxal des peurs concernant la sécurité après la naissance. Effectivement, dans notre pays, nous réalisons cet exploit jamais atteint de voir moins de 8 décès de femmes pour 100 000 naissances vivantes et moins de 3,6 décès d'enfants pour 1 000 naissances⁴. Autrement dit, moins les femmes et les enfants meurent suite à l'accouchement et plus la société se raidit sur sa crainte d'en mourir.

De plus, l'incertitude médicale demeure. Comme le note Renée Fox, dans la pratique médicale contemporaine, le raisonnement probabiliste tend à résorber les incertitudes quotidiennes des acteur.trices (Fox, 1988). Très concrètement, ce raisonnement s'appuie sur l'*evidence-based medicine*⁵. Les médecins s'appuient sur cette médecine des preuves pour établir des procédures standardisées qui encadrent

⁴ Pour la mortalité maternelle : « Pour la période 2013-2015, 262 décès maternels ont été identifiés, soit 1 décès tous les 4 jours en France d'une cause liée à la grossesse, à l'accouchement ou à leurs suites. Ce chiffre correspond à un ratio de mortalité maternelle (RMM) de 10,8 décès jusqu'à un an, et un RMM limité à 42 jours de 8,1 décès pour 100 000 naissances vivantes, stables par rapport à la période précédente 2010-2012, et dans la moyenne des pays européens » - rapport de l'enquête nationale confidentielle sur la mortalité maternelle 2013-2015.

Pour la mortalité infantile : donnée provisoire arrêtée à fin 2021. En 2021, on compte 3,6 décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 enfants nés vivants. Champ : France hors Mayotte jusqu'en 2014 et y compris Mayotte à partir de 2014. Source INSEE.

⁵ Médecine basée sur les preuves scientifiques.

les pratiques professionnelles. L'objectif est de réduire les risques des patient.es en homogénéisant les pratiques professionnelles. En obstétrique, hormis l'injection d'ocytocique juste après l'accouchement qui permet de réduire drastiquement les risques d'hémorragie du *post partum*, l'essentiel des procédures est élaboré par des accords professionnels nationaux via la Haute Autorité de Santé ou locaux via les réseaux de périnatalité.

On peut ajouter que les développements récents de la médecine tendent à aller au-delà du traitement rationnel de risques calculés comme on peut l'observer avec l'avènement de la médecine prédictive. C'est ce que note également Laurence Tain à propos des pratiques en fécondation *in vitro* :

« L'incertitude a toujours été présente dans les soins médicaux mais le traitement social des risques peut prendre diverses formes. Avec le développement du contrôle rationnel, caractéristique des sociétés industrielles, le calcul des probabilités est la réponse sociale utilisée pour transformer des risques imprévisibles en risques calculés. À l'heure actuelle, dans la société du risque, une telle réponse, en termes de pronostic, peut être dépassée et l'assurance privée peut devenir impossible » (Tain, 2003).

2 Ce que la biomédicalisation fait à la scène genrée de l'accouchement

Nous avons montré dans la première partie que la scène de l'accouchement est une scène de genre. Nous allons analyser l'impact de la biomédicalisation sur les corps sexués puis sur les rapports de pouvoir.

2.1 La naturalisation et la domestication du corps des femmes dans la scène de l'accouchement

En effet, les techniques obstétricales approfondissent le partage sexué à travers la domestication des corps féminins comme le soulignent Delphine Gardey et Ilana Löwy : *« il est possible de parler des techniques comme instrument de domestication, de disciplinarisation, de socialisation des corps féminins »* (Gardey, Löwy, 2000,

p.28). Durant la grossesse et l'accouchement, nous observons assujettissement et effacement du corps des femmes.

La culture technique et l'assujettissement du corps des femmes

Une première conséquence de l'imbrication de la biomédicalisation et du genre est le renforcement de l'assujettissement des femmes comme le montre Caroline Desprès :

« en instituant la grossesse et l'accouchement comme évènements à risque, les professionnels de la périnatalité, qui y ont pleinement participé, justifient le cadre édifié, imposant alors des contraintes, restreignant la liberté des femmes. [...] la femme enceinte apparaît en quelque sorte en liberté surveillée » (Desprès, 2010, p.139).

D'une autre façon, l'organisation biomédicale de l'accouchement tend à considérer les femmes comme mineures, potentiellement coupables de ne pas savoir prendre en charge leur futur enfant. On observe un déplacement de l'inadéquation éventuelle de l'institution ou des pratiques médicales vers la responsabilité des femmes. Dès lors que la parturiente fait des choix différents de la norme médicale ou genrée attendue, c'est sa responsabilité qui est mise en jeu, comme le souligne Anne Quéniart :

« Avec ces nouvelles stratégies de prévention, on déplace la responsabilité des structures et des pratiques médicales – cours prénataux non adaptés au vécu, salles d'accouchement traumatisantes, routines hospitalières envahissantes- aux femmes elles-mêmes. On individualise la responsabilité [...]. Les discours populaires sur le risque, tendent à faire des femmes enceintes les seules responsables du développement du bébé » (Quéniart, 1989).

L'imagerie médicale et l'opportunité de l'effacement des femmes

Enfin, une autre conséquence de l'imbrication de la biomédicalisation et du système de genre a trait à une reconfiguration de la prise en charge respective par la médecine de la mère et/ou de l'enfant. En effet, si historiquement, il était essentiel de combattre la mortalité maternelle pour préserver la capacité reproductive de l'espèce, la diminution drastique de cette mortalité contribue à une nouvelle situation.

Simultanément, la technicisation va contribuer à redistribuer les places respectives de la mère et de l'enfant. À la représentation antérieure de la passivité des femmes durant l'accouchement va succéder l'autonomisation des femmes et des fœtus. Le monde médical va continuer à se préoccuper de la santé de la mère. Néanmoins, l'apparition de l'échographie va jouer un rôle majeur en permettant l'émergence de la médecine fœtale. Le monde médical va désormais accorder une importance essentielle au fœtus.

Un pas supplémentaire va être franchi dans la distanciation entre la mère et l'enfant en dévalorisant les compétences féminines pour prendre soin du fœtus. Comme le dit Donna Haraway :

« Dans une sémiologie politique de la représentation, la nature et le fœtus ont un statut épistémologique supérieur à celui de certain.es êtres humain.es assujetti.es. L'effectivité d'une telle représentation repose sur une opération de distanciation. Le représenté doit être dégagé de l'environnement [...] pour être relocalisé dans le domaine de la représentation » (Haraway, [1992] 2012, p.195-196).

En d'autres termes, les femmes ne sont pas reconnues comme légitimes pour exprimer leur avis. C'est ainsi l'éviction des femmes au profit de l'expertise médicale dans la construction politique de la biomédicalisation de l'accouchement.

La naissance de la médecine fœtale et l'avènement des techniques obstétricales, en particulier l'échographie, mais également l'ensemble des formes de dépistages et de traitements chirurgicaux de pathologies fœtales, ont contribué à dissocier femmes et fœtus. Les femmes sont rendues illégitimes à parler de leur fœtus parce que c'est l'obstétrique qui parle au nom du fœtus, au nom de la rationalité médicale, au nom du risque, pour la société et/ou pour le médecin.

2.2 Les outils, instruments d'une division hiérarchique sexuée

La hiérarchie entre les médecins et les autres personnels soignants a fait l'objet de nombreuses publications : entre médecins et infirmières (Picot, 2005), au niveau international (Dumas, Faurand-Tournaire, 2010), entre médecins et usager.ères (Carricaburu, Ménoret, 2004). La scène de l'accouchement consacre, quant à elle, une

hiérarchie sociale entre les médecins et les sages-femmes qui est légitimée par la culture du risque par le biais d'une redéfinition des frontières professionnelles. L'agenda de recompositions professionnelles montre en effet que la dépendance des sages-femmes vis-à-vis des médecins est justifiée par la nécessité du recours au médecin en cas de situation pathologique. C'est ce qui amène Béatrice Jacques et Danièle Carricaburu à voir dans la profession de sage-femme une profession médicale « *par délégation* » (Carricaburu, 2005 ; Jacques, 2007) à la suite de Freidson (1970). Nous nous intéressons spécifiquement au rapport hiérarchique entre médecins et sages-femmes du fait de la contradiction entre le statut médical des sages-femmes et la hiérarchie qu'on observe avec les médecins.

Néanmoins, l'activité de reproduction est indissociable des rapports sociaux de sexe et, par suite, l'analyse des hiérarchies professionnelles dans ce domaine ne peut faire l'économie d'une analyse genrée. Une approche par le genre est indispensable pour appréhender la construction de cette hiérarchie invisibilisée en première instance, de même que pour d'autres rapports de pouvoir dans le champ médical comme le souligne Didier Fassin :

« du côté des professionnels de santé, [...] le discours sur la crise renvoie à des questions de légitimité et à des rapports de pouvoir. Cependant, il est rare que celle-ci soit posée en tant que telle, et ce sont généralement des considérations sur le niveau de revenus ou sur la qualité du travail qui sont mises en avant. » (Fassin, 1996, p. 188).

Pour appréhender l'analyse de la hiérarchie conjointe professionnelle et de genre entre médecins et sages-femmes, nous allons nous appuyer sur les travaux de Paola Tabet ([1979] 1998). Elle permet, en effet, d'apporter un éclairage sur la construction sociale de la division du travail à partir d'une justification sexuée de la complémentarité femmes/hommes ainsi que de la subordination des femmes à partir du contrôle de l'usage. Ce point de vue est également celui de Maurice Godelier (1982) dans son analyse de la société des Baruya de Nouvelle Guinée.

En effet, l'anthropologue Paola Tabet propose une analyse systémique de la distribution du travail reproductif qui apporte un éclairage sur la dimension hiérarchique actuelle entre médecins et sages-femmes. Selon elle :

« la notion de complémentarité est donc employée dans le sens spécifique et positif d'une division équilibrée, non orientée, de tâches d'importance égale. Mais on insiste tout de même sur le caractère naturel et biologique, donc sur la nécessité objective de cette division, et l'on accepte comme un fait établi qu'elle soit en tout cas fondée sur les "limites" que la nature imposerait aux femmes » (Tabet, 1998, p.11).

C'est ainsi qu'aujourd'hui le travail reproductif se divise entre un travail « naturel » pour les sages-femmes qui assisteraient la nature et travail technique pour les médecins qui pallieraient une nature dysfonctionnante.

De plus, l'auteure estime que l'usage des outils approfondit cette distinction. Le caractère central du système de genre comme lieu de pouvoir est invisibilisé et l'exercice des outils techniques permet la violence et la subordination des femmes :

« Le contrôle par les hommes de la production et de l'emploi des outils et des armes est confirmé comme étant la condition nécessaire de leur pouvoir sur les femmes, basé à la fois sur la violence et sur le sous équipement des femmes. Condition sans laquelle ils auraient difficilement pu atteindre une appropriation aussi totale des femmes, une telle utilisation dans le travail, la sexualité, la reproduction de l'espèce » (Tabet, 1998, p.74-75).

L'usage des outils s'avère ainsi un enjeu de pouvoir historique entre sages-femmes et médecins. L'interdit du scalpel, l'obligation de présence d'un médecin pour la pose d'un forceps en 1803, son interdiction partielle en 1846 et totale en 1892, sont centraux (Sage Pranchère, 2017). L'histoire de l'usage des outils va ainsi de pair avec l'histoire de l'autonomie professionnelle des sages-femmes et/ou du maintien de la tutelle sociale des médecins, objet du paragraphe suivant.

2.3 Une généalogie d'un ancrage technique paradoxal entre médecins et sages-femmes (1943 – 1981)

Dans la poursuite d'une approche féministe de la critique des sciences et des techniques, nous allons réaliser un bref panorama historique pour montrer comment les techniques obstétricales renforcent le système de genre, en particulier la différence sexuée et la hiérarchie et comment elles ont néanmoins des effets paradoxaux.

Le maintien de la hiérarchie et l'usage des instruments

Une première période consacre un partage sexué des tâches reproductives et un maintien de la hiérarchie du pouvoir médical sur les sages-femmes dans la continuité de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine. C'est cette permanence de la mainmise de la profession médicale sur le corps des sages-femmes qui ressort de la généalogie des textes législatifs concernant la profession de sage-femme durant une période qui va de 1943 à 1981.

En premier lieu, la reproduction est une affaire de femmes. La division sexuée des tâches dans l'obstétrique moderne est inscrite dans la loi du 17 mai 1943 qui n'autorise l'accès à la présentation au concours d'entrée d'une école de sage-femme qu'aux candidates de sexe féminin.

Ensuite, le maintien de la hiérarchie sexuée et médicale est assuré par une succession de lois qui limitent l'usage des instruments par les sages-femmes. Les lois du 17 mai 1943 et du 27 avril 1944 actent le contrôle de la formation par les médecins : l'école de sages-femmes est adossée à une maternité, dirigée par un gynécologue obstétricien expérimenté ; le diplôme universitaire est délivré par le doyen de la faculté de médecine. De plus, l'ordonnance n°45- 2184 du 24 septembre 1945 vient renforcer le pouvoir médical en précisant les conditions d'exercice des trois professions médicales de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme. Dans son article 4, l'ordonnance prévoit le contrôle médical des compétences des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes. Ainsi, la capacité de prescription médicamenteuse est limitée pour les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes. Cet encadrement est renforcé pour les sages-femmes de deux façons. D'une part, il affirme le principe d'une limitation dans l'usage des instruments. D'autre part, l'article 60 prévoit neuf membres au sein du nouveau conseil de l'ordre des sages-femmes : quatre médecins et cinq sages-femmes. Le président du nouveau conseil national de l'ordre des sages-femmes est obligatoirement un médecin. Enfin, le décret du 30 septembre 1949 consacre le premier code de déontologie des sages-femmes. L'article 28 prévoit une clause de limitation générale de l'exercice : « *faire appel à un médecin si les circonstances dépassent les limites légales de sa capacité professionnelle* ». Ce premier code de déontologie évoque cette limitation dans six articles différents (articles 23, 26, 28, 37, 59 et 60) montrant l'insistance du législateur à circonscrire

l'activité des sages-femmes. Enfin, l'article 66 confirme la limitation dans l'usage d'instruments en fixant une liste d'instruments autorisés dans la tradition du code Napoléon de 1803 et 1810 d'interdiction absolue du scalpel et du forceps sans la présence du médecin.

Les effets paradoxaux des techniques obstétricales

Pour autant, ce renforcement de la division du travail et de la hiérarchie sexuée et médicale des médecins va s'accompagner simultanément, dans les lois du 17 mai 1943 et du 27 avril 1944, d'une augmentation de la durée des études de deux à trois ans en inaugurant une première année de soins généraux ; les études sont sanctionnées par un diplôme universitaire.

En effet, la présence incontournable des technologies obstétricales a nécessité une majoration de l'acquisition des connaissances et des compétences de tous les acteurs de la scène professionnelle. Parmi eux, c'est le groupe professionnel des sages-femmes qui a été le grand bénéficiaire des nouvelles régulations interprofessionnelles actées par l'État. Les modifications de la législation professionnelle concernent l'encadrement de la pratique professionnelle des sages-femmes (le code de déontologie) et la formation (organisation, l'accès et le déroulement des études).

Le maintien de la hiérarchie paraît alors paradoxal si l'on adopte la perspective proposée par Florent Champy (2011) dans sa sociologie des professions. L'enjeu de cette approche est en effet de porter le regard sur les pratiques professionnelles, qui permet de valoriser une approche prudentielle d'activités spécifiques comme le précise l'auteur :

« Le fait de traiter de problèmes ou de situations singuliers et complexes et, partant, de devoir faire face à une irréductible incertitude quant au déroulement du travail sur ces problèmes ou ces situations ; le fait de devoir se livrer à des conjonctures sur les cas traités et à délibérations sur les fins de l'activité, pour pouvoir mener à bien le

travail dans ces situations d'incertitude ; le fait enfin, que les savoirs et les savoir-faire mis en œuvre ne soient pas formalisables » (Champy, 2011, p.149).

Cette analyse est particulièrement pertinente dans ce contexte car l'incertitude radicale en médecine confirme que « *la connaissance prudentielle s'appuie sur les savoirs et les savoir-faire spécialisés qui sont au fondement de l'identité du métier* » (Champy, 2011, p.153). En effet, nous observons que sages-femmes et médecins ont des sphères d'autonomie propre dans l'activité quotidienne et que chacun possède une autonomie de réflexion qui « *doit être clairement distinguée du pouvoir, ou de l'autonomie de décision à laquelle elle est souvent associée, mais sans que cela soit automatique* » (Champy, 2011, p.158). Nous aurons l'occasion dans le chapitre cinq de donner des exemples précis de ces sphères d'autonomie.

2.4 Une déconstruction genrée vers l'autonomie professionnelle ? (1982-2022)

Avec l'intégration des hommes dans la profession de sages-femmes, la seconde période, depuis 1982 jusqu'à nos jours, correspond à l'émancipation progressive de la profession. L'enjeu de la présence des hommes est historique. Il aura fallu un enjeu social pour l'égalité des sexes porté par l'union européenne pour casser l'exclusivité féminine de l'obtention du diplôme de sage-femme inscrite en 1943 sous Vichy et non remise en cause à la Libération.

Ainsi, la période contemporaine est marquée par une autonomisation de la profession de sage-femme, tant dans sa formation que dans son organisation. Il nous semble que cette situation a été rendue possible par la combinaison de l'ouverture professionnelle aux hommes et par le développement des techniques obstétricales. Ces éléments législatifs apportent un regard neuf sur les pratiques professionnelles et sur l'autonomie réelle des acteur.trices. Pour autant, ces transformations profondes ne doivent pas cacher les permanences de la domination des médecins sur l'organisation professionnelle et des soins pour l'accouchement qui demeurent.

La levée de l'assignation sexuée de la profession de sage-femme sera déterminante. La loi n°82-413 du 19 mai 1982 correspond à l'inscription dans le droit

français de deux directives : n°76/207/C.E.E. du 9 février 1976 et n°80/154/C.E.E. du 21 janvier 1981. La première directive porte sur la mise en œuvre du principe de l'égalité entre femmes et hommes dans l'accès à l'emploi, la seconde directive porte sur la reconnaissance mutuelle des diplômes dans l'espace européen qui impose une refonte du cadre législatif global. Ce texte de loi marque une rupture essentielle dont les auteurs sont conscients. Ainsi, le médecin et sénateur Berrier, rapporteur de la loi au Sénat dira d'une part, que « *ce n'est toutefois pas sans une certaine réticence, tout au moins mentale, que votre rapporteur se résigne à cette conséquence ultime de l'égalité entre les sexes* » (Berrier, 1982, p.7) et, d'autre part, que « *la richesse de cette relation [entre une femme et une sage-femme] ne peut naître que l'échange de deux expériences vécues ou potentielles et chez la professionnelle intéressée, d'une connaissance profonde et intériorisée de "l'être féminin"* » (Berrier, 1982, p.7). La « *conséquence ultime de l'égalité* », c'est l'explosion du schéma de la bicatégorisation sexuée entre médecins et sages-femmes. Pour autant, le sénateur considère toujours que la reproduction doit rester une affaire de femmes.

Le « verrou » de l'assignation sexuée du métier de sage-femme étant levé, on assiste, dans les années qui vont suivre, à une lente émancipation de la profession.

Les recompositions hiérarchiques qui suivront vont être liées à l'accession des femmes aux nouvelles technologies. Dès lors, on observe une progressive émancipation du groupe professionnel. Ainsi, en 1982, le sénateur Berrier acte également l'évolution technique de la profession : « *ce métier, exercé aujourd'hui par environ 10 000 femmes, a subi une évolution très sensible, liée notamment aux progrès de la technique et aux changements de mœurs* » (Berrier, 1982, p.10). La formation doit donc accompagner ces changements.

En moins de vingt ans, la formation va passer de quatre ans en 1985 à cinq ans en 2003. Le décret n°85-1046 du 27 septembre 1985 ajoute une année supplémentaire à la formation qui va durer désormais quatre ans. Le programme des études est actualisé. Le décret n° 422- 2003 du 7 mai 2003 instaure l'intégration de la formation dans le cycle des études médicales. Il faut réussir la première année des études médicales pour accéder à la formation de sage-femme. *De facto*, la formation dure désormais cinq ans.

Le contrôle de la formation va progressivement être attribué aux seules sages-femmes. Initialement, ce contrôle était une prérogative des médecins. Avec le décret n°85-1046 du 27 septembre 1985, la direction des écoles est bicéphale avec la création d'un corps de sages-femmes pour la direction des écoles. Il n'est plus fait mention d'une sage-femme assistant le directeur technique et d'enseignement médecin. L'arrêté du 11 septembre 2009 relatif à l'agrément et au fonctionnement des écoles de sages-femmes vient abroger l'article 3 de l'arrêté du 15 juillet 1986. Les sages-femmes dirigent officiellement seules leur formation.

L'ordre national des sages-femmes échappe à la présence des médecins. Par la loi 95-116 du 4 février 1995, Simone Veil abroge l'article 60 du texte de 1949 qui met fin à la participation des médecins dans le conseil de l'ordre des sages-femmes. C'est désormais une sage-femme qui préside le conseil national de l'ordre des sages-femmes.

Enfin, la pratique professionnelle évolue vers l'autonomisation partielle de la profession. La loi dite Hôpital Patient Santé Territoire du 21 juillet 2009 modifie l'article L.4151-1 du code de la santé public et inscrit la possibilité pour les sages-femmes d'assurer le suivi gynécologique de prévention et les interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse. L'arrêté du 12 octobre 2011 abroge la liste d'instruments et de matériels mais maintient, en revanche, l'article L.4151-4 qui fixe les dispositifs médicaux et les médicaments soumis à prescription. Le décret n°2021-1934 du 30 décembre 2021 autorise pour trois ans la pratique des Interruptions Volontaires de Grossesse (IGV) par voie instrumentale sous certaines conditions. Enfin, le code de déontologie de 2022 précise dans son article n°4127-325 que « *sauf cas de force majeure, la sage-femme doit faire appel à un médecin lorsque les soins à donner débordent sa compétence professionnelle* ».

1982 est donc une année pivot pour les sages-femmes. L'explosion de l'assignation sexuée de la profession avec l'entrée des hommes ouvre la voie à une recomposition de la hiérarchie médicale. Pour autant, une fois actée l'accession à la technique, une hiérarchie symbolique demeure. C'est un des résultats des enquêtes de Jacqueline Laufer (2004) ou de Chantal Morley (2010). Dans un article récent, Chantal Morley et Isabelle Collet notent à propos des informaticiennes que

« d'une part, elles ont dépassé beaucoup d'obstacles ; d'autre part, malgré leur engagement dans la technique elles sont, davantage que les hommes, confrontées à des problèmes d'évolution et de reconnaissance » (Morley, Collet, 2017).

3 Les recompositions et tensions relationnelles face à la biomédicalisation de l'accouchement depuis les années 1990

L'expérience biomédicale domine toujours la scène de l'accouchement mais on observe une nouvelle émergence de la dimension relationnelle du corps de l'accouchement entre 1990 et 2000. On peut en trouver les prémisses dès les années 1950 chez les psychiatres. En effet, l'importance accordée à l'expérience relationnelle dans l'accouchement devient à nouveau visible au début des années 1990 même, si dès les années 1950, des acteur.trices professionnel.les de la sphère psy en avaient eu l'intuition (Bowlby, 1958).

On peut estimer que l'émergence de la dimension relationnelle du corps dans l'expérience de l'accouchement au cours de la dernière décennie du XX^e siècle est une des conséquences de la crise de la biomédicalisation dont nous avons évoqué précédemment la fragilité. En effet, la réaffirmation de la dimension relationnelle du corps a lieu à partir de la fin du XX^e siècle avec les limites du tout technique. La montée en puissance de la médicalisation s'accompagne d'une critique qui va se renforcer au moment où le grand public a besoin de réponses face au contrôle de la médicalisation.

On assiste alors à une recomposition des représentations relationnelles du corps en deux espaces distincts : la sphère psychique et l'émergence de collectifs d'usager.ères. Cette critique prendra logiquement forme à la fois chez les professionnel.les, en particulier psychologues et pédopsychiatres, et chez les usager.ères du système de santé à partir de la loi Kouchner de 2002. On peut dire avec Dominique Memmi que *« ce qui semble nouveau, c'est que ce souci de soi, dans ses formes spécifiques, fait à son tour retour à l'État... mais dans des termes imposant comme une évidence une marge d'autonomie et de réflexivité importante des citoyens sur ces questions »* (Memmi, 2003, p.290).

Les paragraphes suivants illustrent la résurgence de représentations relationnelles, le réaménagement des rapports sociaux entre les professionnels dans ce nouveau contexte, les usagers et la manière dont l'État et les institutions vont s'adapter.

3.1 La culture relationnelle comme soutien ambivalent à la biomédicalisation et au genre

L'empire du psy : de la critique à la légitimation dans la sphère médicale

Comme Dominique Memmi l'a noté, on observe aujourd'hui une recombinaison à l'œuvre dans le monde de la santé à partir de l'importance accordée au psychisme :

« la combinatoire légitime entre la nature et le social s'est transformée. Elle a intégré un troisième terme : le psychisme » (Memmi, 2014, p.280).

Nous pouvons analyser ce processus en nous appuyant sur le modèle ternaire du corps que nous avons adopté : à côté des représentations biologiques, la dimension relationnelle du corps prend une nouvelle importance.

Selon nous, l'émergence d'une nouvelle importance accordée à la dimension relationnelle s'inscrit dans la continuité des critiques sur l'omniprésence du biologique développées notamment dans l'après-guerre des années 1950 par D. Winnicott :

« À écouter les pédiatres, on peut se demander si l'allaitement au sein est préférable à d'autres formes d'alimentation. Certains pédiatres croient que l'allaitement artificiel bien mené est parfois plus satisfaisant sur le plan anatomique et physiologique. Il est vrai que c'est leur domaine. Mais le débat n'est pas clos, surtout si à la fin de son discours, le pédiatre donne l'impression d'avoir oublié qu'un bébé est autre chose que de la chair et des os » (Winnicott, 1995, p.44-45).

À cette critique d'un regard uniquement centré sur le corps biologique, D. Winnicott insiste sur la nécessité de créer un espace médical qui s'intéresse à la relation :

« Faisons comprendre aux médecins et aux infirmières que nous avons besoin d'eux, même très besoin d'eux en cas de complication mais qu'ils ne sont pas spécialistes en ce qui concerne cette relation intime entre la mère et son bébé. Quand les médecins se mettent à donner des conseils, ils s'engagent sur une voie dangereuse car la mère et le bébé ont moins besoin de conseils que d'avoir un environnement qui encourage la mère à avoir confiance en elle » (Winnicott, 1995, p.47).

Une autre étape est franchie dans les années 1970 avec la légitimation de cette approche et son intégration dans les représentations internes à la sphère biomédicale. Des situations considérées jusque-là comme ordinaires relèvent désormais d'une pathologisation psychiatrique. C'est le cas par exemple des découvertes tardives de grossesse :

« Il faudra attendre 1970 pour que l'expression de "déli de grossesse" apparaisse et englobe l'ensemble des découvertes tardives. En France, cette définition arrive en 1976. [...] Le fait qu'une femme puisse ne pas se rendre compte de son état de grossesse est alors immédiatement associé à une pathologie psychiatrique » (Prigent, 2021, p.8).

Ce système est parachevé avec le rôle essentiel attribué au point de vue psychologique dans la prise de décision qui relevait jusqu'alors uniquement de la sphère médicale. Ainsi, comme le note Nicolas Dodier (1993), qu'il s'agisse d'interruption médicale ou volontaire de grossesse ou encore de PMA, à chaque fois, des professionnel.les du psychisme sont consulté.es :

« Une caractéristique du régime d'expertise est la vigilance de l'expert par rapport aux doléances des individus. L'expert considère qu'il est investi d'une mission : séparer les doléances légitimes et illégitimes, les juger. Il exerce sur elles une critique. [...] Un moyen d'exercer cette vigilance, face au flot de plaintes qui scandent les histoires de souffrances psychiques, est de les soumettre à une critique psychiatrique » (Dodier, 1993, p.181).

La décision peut être prise par un médecin seul, mais il semble que, de manière récurrente, cette décision est examinée et/ou validée par un.e professionnel.le du psychisme sur la base d'un « récit biographique minimal » (Memmi, 2003 p.33). C'est ce que note également Laurence Tain à propos des interruptions de parcours de PMA :

« Une première logique de choix semble prévaloir dans ce secteur de haute technologie : la conformité du profil psychologique des patients qui renvoie à une proximité de façons d'être au monde » (Tain, 2005,p.15).

L'expertise psy de l'enfance : un renforcement des normes de genre

Nous avons montré précédemment l'emprise des professionnel.les de la médecine sur le corps des accouchées. L'importance donnée au domaine psychologique sur l'enfance va compléter ces nouvelles attentes normatives sur les femmes. En effet, la sphère psy est devenue « *la nouvelle instance du discours expert sur l'enfance* » (Chantseva, 2021) assignant les femmes aux tâches et aux soins du premier âge (Gojard, 2010). Ce sont donc les mères qui sont le plus soumises aux nouvelles attentes normatives de la psychologie, notamment en termes de relation mère-enfant (Neyrand, 2000), de maternage proximal quand il s'agit d'allaitement maternel (Faircloth, 2013), ou d'adaptation face aux conseils contradictoires des professionnel.le.s (Gojard, 2010). C'est le point de vue, de la plupart des auteurs à l'exception de quelques articles portant sur la paternité (Marciano, 2003). Jérôme Camus note par ailleurs que :

« Du côté des usagers, les pères occupent une position marginale, ou plutôt à la périphérie des mères. Si l'institution leur accorde certains privilèges [...], il reste qu'ils se voient conférer pour l'essentiel une tâche de soutien » (Camus, 2012).

3.2 Tensions et recompositions dans le champ professionnel de la périnatalité

La crise de la biomédicalisation entraîne une recomposition à partir de l'intégration des professionnel.les du psychisme. On observe au quotidien une transformation des rapports de pouvoir dans le domaine professionnel : entre médecins et professionnel.les du psychisme, entre la hiérarchie médicale et les sages-femmes.

Les tensions territoriales entre les professionnel.les de la médecine et ceux du psychisme

Comme le note Béatrice Jacques (2007), la conséquence de l'intégration des psychiatres et psychologues dans la sphère périnatale implique deux aménagements possibles :

« L'opposition rationnel/relationnel revient souvent dans les propos des médecins interviewés. Je distingue deux pôles de pratique : le premier caractérisé par la volonté d'affirmer la primauté du rôle scientifique, technique du praticien ; le deuxième, plus préoccupé d'accompagner un projet parental, valorisant le bien être psychologique de la patiente » (Jacques, 2007, p.70).

Ainsi, soit les médecins font appel aux professionnel.les du psychisme tout en conservant leur légitimité scientifique, soit les médecins estimant avoir une compétence suffisante dans ce domaine intègrent eux-mêmes cette dimension dans leurs pratiques. On observe par conséquent une concurrence entre les deux stratégies pour asseoir éventuellement un nouvel équilibre. Autrement dit, les médecins ont besoin des psychiatres et les psychiatres doivent prouver leur légitimité sans pour autant que les médecins les laissent prendre une place prépondérante.

L'éthique du care, une posture clivante dans la pratique professionnelle des sages-femmes

La réémergence de la dimension relationnelle implique aussi une nouvelle cartographie des territoires professionnels entre médecins, psychiatres et psychologues. La prise en compte de ces représentations a aussi une importance sur les différentes postures adoptées dans la pratique professionnelle des sages-femmes. En effet, avec la résurgence de la dimension relationnelle, l'éthique du *care* (Paperman, 2006) est devenue une référence incontournable pour une majorité de sages-femmes. On peut en souligner la trame différentialiste et considérer avec Caroline Ibos (2019) qu'il s'agit à travers l'expérience morale des femmes de valoriser leurs activités reproductives. Ainsi, l'auteure note que

« le féminisme constitue une attache théorique et politique transversale puisque la perspective du care vise à faire résonner des voix socialement étouffées, au premier rang desquelles celles des femmes. Le champ du care est donc celui d'une revanche de

l'expérience des femmes, injustement enfermées dans la sphère privée et associées à des valeurs tenues pour insignifiantes » (Ibos, 2019).

Fabienne Brugère (2006), pour sa part, complète ce point de vue et montre à partir d'un raisonnement psychanalytique⁶ l'enracinement dans la petite enfance des comportements féminins :

« Cette description psychanalytique de la constitution du féminin et du masculin sert à expliquer combien la production de la différence des sexes est vouée à la répétition permanente puisque le partage du féminin et du masculin, en fonction de l'attachement à la mère, se fait dès les premières années, de manière non volontaire. Dès lors, les perspectives féministes des éthiques de la sollicitude répondent d'un projet précis et ambitieux : développer la valeur des conduites morales, généralement dévalorisée car liées aux femmes » (Brugère, 2006).

Néanmoins, cette posture majoritaire ne fait pas consensus chez les sages-femmes comme on le verra à partir des témoignages du chapitre cinq. En effet, certaines sages-femmes qui se réfèrent à la dimension relationnelle du corps ont intégré les enjeux de l'accès à l'usage technique comme nous l'avons détaillé dans le chapitre deux.

Les sages-femmes dont les représentations dominantes s'inscrivent dans la dimension biologique du corps se conforment aux injonctions de la hiérarchie médicale et du système de genre. Dans ce contexte de double conformité qui fait obstacle à leur promotion professionnelle, elles vont chercher dans le souci de l'autre, le *care*, un espace féminin, une spécificité professionnelle pour répondre à leur sentiment de malaise. C'est ce qui explique une partie des observations de Béatrice Jacques :

« Plus qu'une activité précise, c'est la défense d'une philosophie de la maternité qui est mise en avant par les sages-femmes, pour se distinguer des médecins. [...] Libérée de la prise en charge de la pathologie, la sage-femme se concentre davantage sur le

⁶ Si certains psychanalystes affirment que la différence des sexes est constitutive des relations sociales et indépassable comme semble l'expliquer Fabienne Brugère, d'autres psychanalystes affirment que « *l'inconscient n'a pas de sexe* » (Lacan, 1966). On peut citer à ce propos le travail récent de Miquel Bassols : « *Il n'y a rien dans l'inconscient qui nous assure que la différence sexuelle entre un être-homme et un être-femme y soit inscrite. L'inconscient se comporte comme s'il n'existait qu'un sexe, et le problème, c'est de savoir lequel. Il faudra le répéter pour que ce soit plus clair, après l'avoir cherché et recherché : de cette différence sexuelle, aucune trace dans l'inconscient freudien, littéralement, rien de rien* » (Bassols, 2020), <https://asreep-nls.ch/la-difference-des-sexes-nexiste-pas-dans-linconscient>.

versant relationnel du suivi qu'elle revendique comme une véritable spécialité » (Jacques, 2007, p.75).

Dans le paragraphe suivant, nous développerons l'idée de l'émergence d'un espace de parole organisé par l'État.

3.3 Ambivalences des interactions entre femmes et professionnel.les

Dans un contexte où l'expérience biomédicale du corps est toujours majoritaire, certaines usagères se réfèrent néanmoins à une expérience relationnelle de la grossesse et de l'accouchement. On observe l'émergence d'un espace de parole dans un cadre singulier ou collectif à partir des années 2000. Ce cadre est asymétrique ce qui justifie une régulation par l'État.

Un espace de parole singulier et asymétrique

On note que cet espace de parole est un enjeu comme le montre Nicolas Dodier (1993) à propos de la médecine du travail et comme nous l'avons constaté dans certains récits d'usagères. Il y a ainsi des dérives possibles car la relation entre expert et profane reste une relation asymétrique et parce qu'elle révèle un enjeu de pouvoir. Dans ce contexte, cet espace de parole va faire l'objet d'une régulation par l'État⁷ à la demande des professionnel.les et des usagères. L'une des conséquences de l'usage du discours des professionnel.les du psychisme, c'est la transformation de la relation entre les femmes et l'hôpital à partir de la « traduction » de leur expérience de l'accouchement.

Par ailleurs, il y a différents modes d'asymétrie. Avec Nicolas Dodier (1993), on peut dire que s'il existe une concurrence entre médecins et psychiatres, l'essentiel de leur relation consiste en la délégation des premiers vers les seconds de situations pour lesquelles les médecins ont besoin d'une caractérisation autre que biologique. Or, cette « traduction » ne tient pas compte de la demande initiale des personnes :

⁷ Avec les projets de naissance notamment qui feront l'objet d'une analyse dans le chapitre 8.

« Alors que la sollicitude va, dans la limite des contraintes imposées par les autres acteurs, dans le sens des doléances, l'expertise psychiatrique a pour caractéristique, au contraire, d'agir à côté de ces demandes. Lorsqu'un salarié se plaint d'une injustice, ou qu'il proteste contre des collègues et des chefs, l'expert tire les leçons diagnostiques de la démesure de ces demandes, et agit en retour sur la personne. L'expertise psychiatrique des plaintes corporelles sans support objectif crée des situations dont l'ironie peut sans doute paraître amère au salarié : celui-ci recherche une restriction d'aptitude pour un motif organique, et ressort de l'affaire avec une inaptitude, mais pour un autre motif, psychiatrique cette fois-ci » (Dodier, 1993, p.185).

D'une autre façon, la « traduction » en terme médicaux d'une expérience vécue peut faire l'objet d'une euphémisation. Ainsi, l'expérience de Noémie est révélatrice de l'asymétrie entre professionnel.les et usagères dans la relation de soins psychiques :

« Ils ont dû faire la césarienne très vite parce que le bébé souffrait. Le médecin a commencé et j'ai dit que j'avais mal, je leur ai dit plusieurs fois (pleurs). L'anesthésiste m'a dit que c'était ça ou l'anesthésie générale et que je ne verrais pas mon bébé (pleurs). J'ai serré les dents mais ça a été horrible (blanc). Je ressens encore quand il a mis la main dans le ventre (blanc). [...] En maternité, on m'envoie la psy comme si j'étais dingue, elle commence à me dire que c'était le traumatisme de l'accouchement, que j'allais aller mieux avec le temps ! (pleurs). Putain, ils m'ont juste fait une césarienne à vif comme une vache ! (parle très fort) » (Noémie, 1^{er} enfant, *Femme Heureuse*).

Le point de vue usager.ères : de la reconnaissance des droits à la création d'une fédération associative

Si l'État tente de réguler un espace de parole singulier entre professionnel.les et usagères, la loi du 4 mars 2002 inscrit à l'agenda des politiques publiques un nouvel équilibre à partir d'un espace de parole collectif avec l'institutionnalisation de la représentation des usager.ères.

Ce nouvel espace de parole collectif s'appuie ainsi sur la récente reconnaissance de l'expertise apportée par les patient.es dans le débat sur les questions de santé. Officiellement, elle est instituée par loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Selon Martinent (2002), il s'agit de rééquilibrer la relation médecin/malade et d'organiser les prises de paroles des

usagères dans les institutions. Ce texte est en grande partie issu des dialogues initiés en 1998 lors des États Généraux de la Santé.

Concernant la périnatalité, le point de vue des usagères va s'affirmer à l'occasion des premiers États Généraux de la Naissance⁸, convoqués par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF). D'une part, là où le rapport Papiernick de 1994 déjà cité ne faisait que peu état de la place des femmes, le texte final des états généraux acte un changement de regard. À la différence des productions professionnelles habituelles, on assiste à un véritable retournement :

« Les usagers sont amenés à être de vrais interlocuteurs des structures de santé, des professionnels de la naissance et des décideurs politiques. La politique périnatale ne pourra pas évoluer positivement, dans le sens d'une plus grande satisfaction de tous les acteurs, si l'on persiste à ne pas considérer que les usagers sont détenteurs de projets personnels de naissance et que ces projets sont porteurs de solutions efficaces en vue du bon déroulement de ces naissances » (CNGOF, 2003).

D'autre part, à la suite de ces États généraux ayant rassemblé différentes associations, le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) sera créé à l'automne 2003⁹. Il se donne pour objectif d'être un interlocuteur de qualité pour les autorités et les professionnels :

« Il contribue activement à la transformation de la périnatalité, notamment au travers de la participation de ses représentants aux principales instances de réflexion et de décision en la matière : en trois années de participation, le CIANE a fait la preuve de son sérieux et des compétences de ses représentants, et démontré sa réelle volonté d'entrer dans un dialogue constructif avec les autres acteurs de la périnatalité ; tout ceci lui vaut d'être sollicité sur la quasi-totalité des dossiers relatifs à la périnatalité » (Didierjean-Jouveau, 2007).

Cette affirmation du point de vue des usagères se poursuit avec les États Généraux de la Naissance qui seront convoqués en 2006. Ils aboutissent notamment à la création d'une plateforme « Périnatalité » en 2007 dont les contributions sont axées

⁸ Source : http://www.cngof.fr/D_PAGES/MDIR_31.html.

⁹ Source : <https://ciane.net/ciane/histoire/>.

sur la demande de pluralités de lieux de naissance, de prises en charge respectueuses des femmes¹⁰ et d'un accès à une information transparente dans les maternités.

4 La permanence de représentations et pratiques cosmiques de l'accouchement

Même si la biomédicalisation est triomphante au sortir de la seconde guerre mondiale, la dimension cosmique, sacrée, spirituelle, du corps est toujours présente. Jeanne Favret-Saada (1977) l'a brillamment illustré dans ses travaux sur la sorcellerie dans le bocage normand tout comme Jacques Gélis, à propos des enfants mort-nés qui étaient présentés sur l'autel des églises jusque dans les années 1970 afin qu'ils ne rejoignent pas les limbes (Gélis, 2006).

Concernant l'exercice de la médecine clinique, François Laplantine a lui aussi montré une distribution entre médecins dits positivistes, qui inscrivent leur pratique dans des représentations biologiques, et ceux qui s'inscrivent dans une approche relationnelle du corps, intégrant différents domaines de la vie sociale à leurs consultations. À ces deux catégories de praticien.nes, François Laplantine ajoute les médecins qui

« n'arrivent plus à répondre aux demandes tous azimuts qui leur sont adressées à l'aide du strict modèle hospitalo-universitaire dans lequel ils ont été formés, un certain nombre de médecins se tournent, les uns vers les médecines que l'on dit parallèles, les autres vers les sciences humaines. [...] Ils sont profondément convaincus des failles de la biomédecine telle qu'ils l'ont apprise » (Laplantine, [1986] 1992, p.274).

Ce sont ces pratiques professionnelles que nous intégrons au modèle du cosmos.

En matière d'accouchement, les professionnel.les ont été nombreux à parler de demandes de certains couples à réaliser un baptême en urgence en cas d'annonce de

¹⁰ Le terme de « violences obstétricales » n'est pas présent dans le texte à cette époque mais le contenu des contributions se rapproche des textes qui seront écrits dans la décennie qui suit sur cette thématique.

risque majeur pour la vie de l'enfant. Quelques sages-femmes ont évoqué le fait d'être elles-mêmes marraines de certains nouveau-nés qu'elles ont vus naître¹¹.

La période contemporaine voit aussi l'émergence publique de conceptions cosmiques du corps ancrées non plus forcément dans les Églises traditionnelles mais dans de nouveaux mouvements religieux comme par exemple le mouvement Évangélique¹² ou dans des quêtes spirituelles, *New Age* ou néo-chamaniques. Les paragraphes suivants ont pour objectif de présenter une esquisse des représentations cosmiques du corps de la période contemporaine alors que les représentations biologiques du corps sont dominantes.

4.1 Les techniques de l'invisible

Les tenants des représentations biomédicales de l'accouchement excluent de la pratique médicale celles et ceux qui se réclament d'une approche cosmique du corps. C'est ce qui explique en grande partie pourquoi, sur les terrains d'enquête, nous trouvons si peu de professionnel.les en exercice à l'hôpital qui relèvent de ce paradigme. François Laplantine ([1986] 1992) a relevé également cette exclusion :

« [La pensée médicale] Son discours, coextensif à son objet, est le biomédical et elle n'en connaît ni n'en reconnaît pas d'autre. Et tout ce qui pour elle n'entre pas dans ce champ du savoir est soit abandonné aux élucubrations de la pensée non scientifique, soit appelé à s'y soumettre » (Laplantine, [1986] 1992, p.266).

On observe dans les pratiques, tant des femmes que des professionnel.les, des usages de techniques du corps en complémentarité ou en rejet de la biomédecine. Ainsi Sophie Gamelin-Lavois, *coach* en périnatalité, dit ceci : « *De vous à moi, de parents à parents, redonnons du sens à la Vie, sans tout miser sur la technique médicale* » (Gamelin-Lavois, 2005, p.185). Dans les pratiques en complémentarité avec le modèle médical (Faure, 2002), on trouve par exemple l'acupuncture, l'homéopathie ou l'ostéopathie même si certaines de ces pratiques font l'objet de

¹¹ Dans un cas comme dans l'autre, nous avons retrouvé ces anecdotes dans la biographie d'Adeline Favre, sage-femme, qui a exercé pendant la seconde guerre mondiale au domicile des femmes (Favre, 2000).

¹² Il y aurait près de 460 000 pratiquants selon le conseil national des Évangéliques de France.

régulation par le corps médical¹³. D'autres techniques du corps s'inscrivent en opposition à la biomédecine. Angie, par exemple, a intégré la pratique du yoga périnatal associé à de l'*hypnobirth*¹⁴. Il s'agit d'un apprentissage de relaxation profonde qui lui permet de ne pas avoir recours à une analgésie lors de son accouchement à *Belle Naissance*.

4.2 Les ambivalences de la présence de l'expérience cosmique de l'accouchement à l'hôpital

Les représentations et pratiques cosmiques du corps au cours d'un accouchement peuvent être repérées de plusieurs manières contradictoires à l'hôpital.

Nous pouvons observer tout d'abord une forme d'intégration correspondant à l'attribution d'un pouvoir donné aux médecins. De manière générale, Dominique Schnapper (2003) observe que les médecins comme les prêtres partagent « *une relation d'ordre charismatique avec leurs malades* » (Schnapper, 2003, p.205). Le statut de leur profession est lié à leur personne, « *permettant d'instaurer entre le médecin et son malade une relation de nature presque religieuse* » (Schnapper, 2003, p.206). Avec François Laplantine ([1986] 1992) et Laurence Tain (2009), nous pouvons faire l'hypothèse que « *le médecin, à la suite du prêtre, détienne le pouvoir d'absolution* » (Tain, 2009, p.58). En effet, dans le contexte de la PMA comme dans celui de l'accouchement, les femmes ne célèbrent pas seulement leur réussite à avoir accouché mais surtout le fait que la médecine leur ait permis d'accoucher d'un enfant en bonne santé :

« La teneur des courriers semble montrer que l'institution dispose d'un autre levier dans sa mainmise sur les couples, le pouvoir d'absolution en contrepartie d'une soumission aux exigences médicales. Tout se passe comme si devoir de médecine et

¹³ Ainsi inscrites dans leur décret de compétence, on retrouve certaines limitations à la pratique faites aux ostéopathes de pratiquer des soins sur les nourrissons. Décret n°2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes.

¹⁴ Source : <https://www.blog.happy-chantilly.com/preparation-a-laccouchement-hypnobirthing-relaxation/>.

devoir d'enfant se confondaient, comme si le "succès" escompté n'était pas la naissance d'un enfant mais la réussite biomédicale » (Tain, 2009, p.57).

Une autre forme d'intégration consiste à accepter la conflictualité de professionnel.les ayant des représentations cosmiques au sein des établissements biomédicaux. En obstétrique, il s'agit de doulas¹⁵ qui sont des accompagnatrices de la naissance choisies par les parents pour leur expérience de mère. Elles interviennent en libéral selon les besoins du couple. L'association des doulas de France rappelle sur son site internet la légende de Galanthis, la servante ayant permis la naissance d'Hercule en manipulant la déesse de l'enfantement Ilythie. Elles sont actuellement cent trente-six à être référencées sur l'annuaire du site des doulas de France. Ces doulas sont rarement bien accueillies. Néanmoins, à la maternité *Belle Naissance*, les doulas se sont vu interdire l'accès à la salle d'accouchement après s'être opposées aux pratiques des professionnel.les dans des situations pathologiques.

Enfin, de manière secrète, les sages-femmes hospitalières évoquent régulièrement des « tours de main », des manières de faire, non codifiées dans la théorie obstétricale, mais transmises d'une ancienne sage-femme à une plus jeune. Ces pratiques se font la plupart du temps la nuit, dans l'intimité de la parturiente et en confiance avec la sage-femme.

* * *

*

La biomédicalisation en tant que rapport social est ainsi constituée d'inégalités de savoirs, de canaux de communications normatifs propres et de hiérarchies professionnelles et sociales. C'est en ce sens que nous avons analysé dans ce chapitre le croisement entre ces deux rapports sociaux que sont le système de genre et la biomédicalisation.

¹⁵ Cf. chapitre 2, p.62, nous évoquons la nature sexuée du métier de doula.

La biomédicalisation est dominante au XX^e et au XXI^e siècles. Nous avons identifié deux points saillants : la culture technique qui est dominante, l'organisation hospitalière et professionnelle qui est hiérarchique au profit des médecins. La biomédicalisation entre en crise sous l'effet de la réémergence des représentations relationnelles du corps à partir des années 1990 (avec un aménagement social de la domination) et des représentations cosmiques du corps dans les années 2000.

Le croisement du système de genre et de la biomédicalisation montre que tout conforte la suprématie de la biomédicalisation. A chaque fois qu'il y a confrontation entre les deux rapports sociaux, la biomédicalisation reste le rapport social dominant la scène de l'accouchement qu'il s'agisse de la conformité au régime de genre avec l'effacement des femmes derrière la technique ou de l'aménagement des représentations relationnelles et cosmiques du corps.

Enfin, on observe que le croisement de ces deux rapports sociaux rend visibles les tensions à l'œuvre dans la scène sociale de l'accouchement. En premier lieu, on relève le paradoxe de l'émancipation progressive des sages-femmes malgré la hiérarchie professionnelle et sexuée. En second lieu, l'émergence des usagères qui revendiquent des droits et qui mettent en tension l'hégémonie des savoirs professionnels.

Chapitre 5

Les modèles professionnels au prisme de la biomédicalisation et du système de genre

« J'ai travaillé dans une petite maternité de la périphérie lyonnaise où pour le coup c'était très médicalisé, péridurale, rupture de la poche des eaux, syntocinon, tagamet, emla, à toutes les femmes qui arrivaient. C'est très confortable parce que tu accompagnes moins les femmes et tu n'as pas besoin de réfléchir quand c'est le systématique »

Marie, sage-femme, *Belle Naissance*.

Dans la première partie, nous avons esquissé trois scènes d'accouchement à partir de trois conceptions du corps : un premier modèle majoritaire, conforme aux normes de genre, correspondant à une conception biomédicale du corps que nous avons désigné comme modèle de la conformité ; un deuxième modèle, contestant partiellement le système de genre, donnant la priorité à la dimension relationnelle des scènes où le corps est mobilisé, que nous avons qualifié de citoyen ; enfin un troisième modèle, que nous avons désigné comme cosmique correspondant à une posture soit naturaliste soit différentialiste au niveau du genre et à une conception cosmique du corps.

L'objectif de ce chapitre est de préciser ces différentes esquisses grâce à l'expérience de la biomédicalisation dans l'univers professionnel. Comment cette expérience configure-t-elle ces trois modèles ? Que se joue-t-il au croisement de la biomédicalisation et du genre ?

Ce chapitre aborde tout d'abord la posture de la conformité autour des deux pôles biomédicaux que sont la culture technique et la hiérarchie professionnelle (parties un et deux). Nous montrerons ensuite dans une troisième partie les ambivalences de ce premier modèle. La dernière partie fera l'objet d'une analyse des décalages chez les professionnel.les, très minoritaires dans l'univers hospitalier.

Seules les professions de sages-femmes et de médecins font l'objet de l'analyse dans ce chapitre. Nous considérons que les auxiliaires de puériculture ne participent pas à la production de la décision médicale hormis dans son volet genré tel qu'il a été analysé dans le deuxième chapitre. Leur activité est concentrée sur des tâches de nature domestique au sein de la salle d'accouchement qui en font des spectatrices du travail médical. Par ailleurs, ces femmes ne disposent pas de structures collectives organisées qui leur permettrait de se mobiliser pour une amélioration de leurs conditions de travail au sein des hôpitaux.

Nous avons repris plus spécifiquement dans ce chapitre vingt-et-un entretiens professionnels que nous considérons comme emblématiques de nos trois modèles :

Martine, Élodie, Véronique et Catherine sont sages-femmes à Femme Heureuse. Bastien, Lucille, Jacqueline et Clarisse sont obstétricien.nes, Rosalie et Rebecca sont internes en obstétrique. Ce sont des médecins de Femme Heureuse. Rémi et Hervé sont anesthésistes, Sylvie est obstétricienne. Ils pratiquent à Belle Naissance Leurs postures relèvent du modèle de la conformité.

Armel, Lucienne, Justine et Juliette sont sages-femmes à la maternité Femme Heureuse. Madeleine est obstétricienne à Femme Heureuse. Leurs postures relèvent du modèle citoyen.

Éva et Camille travaille à Belle Naissance. Leurs postures relèvent du modèle cosmique.

1 Un premier modèle majoritaire de conformité à la biomédicalisation

La conformité à la biomédicalisation repose sur deux piliers, la culture technique et la hiérarchie professionnelle. Dans cette partie, nous allons mettre en évidence comment l'expérience professionnelle, les pratiques et les représentations professionnelles sont reconfigurées par la diffusion de la culture technique et comment le processus de décision médicale est impacté par l'imbrication entre culture technique et hiérarchie professionnelle.

1.1 La diffusion de la culture technique et ses effets

Le risque incompressible : arguments pour la légitimation du tout technique

C'est la peur de l'accident qui pousse les acteur.trices du champ médical vers la culture technique. Cette peur est entretenue et largement diffusée dans le milieu professionnel par la notion de « *risque incompressible* » défendue par I. Nisand (1994). C'est ainsi que dans les deux structures hospitalières enquêtées, l'ensemble des professionnel.les ayant une posture de conformité partagent le rejet de l'usage de la salle « nature ». Il s'agit d'un espace d'accouchement que l'on a désigné comme

low-tech dans l'introduction générale et qui fera l'objet d'une analyse spécifique dans le chapitre huit. Cette salle apparaît à la majorité des professionnel.les comme un épouvantail synonyme de drames et de catastrophes. C'est ce qu'illustrent les représentations développées par les deux sages-femmes Élodie et Véronique qui, pour autant, n'ont jamais fait l'expérience de situations dramatiques dans leur exercice professionnel au sein d'une salle « nature ». Parmi les craintes évoquées, la principale a trait à l'imagination du pire et à l'inadaptation qu'Élodie et Véronique ressentent pour y faire face dans une salle « nature » :

« On sait bien qu'il y a une sécurité par rapport à la durée d'action, chaque minute compte pour la mère ou pour l'enfant. On n'est jamais à l'abri de quelque chose qui se passe mal. Quand on part sur de la physiologie, on ne pense pas au forceps mais si on doit appeler en urgence pour une extraction*, que ça se passe mal dans la salle nature... c'est le scénario catastrophe... derrière la femme saigne... ce n'est pas adapté » (Élodie, sage-femme, Femme Heureuse).*

Quant à Véronique, elle évoque sa peur à l'idée d'une telle situation même si elle évoque la proximité des autres salles d'accouchement :

« Je n'ose pas imaginer la dystocie des épaules ou l'hémorragie de la délivrance* en salle nature, bien que ne soit pas très loin des autres salles mais quand on a connu ces situations... moi ça me flanque la trouille. Décrire une situation d'urgence en salle nature, c'est une mise en danger de la patiente et du bébé » (Véronique, sage-femme, Femme Heureuse).*

Les usages techniques : la transformation de la pratique professionnelle

Avec l'intégration de l'omniprésence du risque et les usages des outils techniques qui en découlent, l'expérience professionnelle se trouve bouleversée de différentes façons, pour l'accompagnement de la grossesse comme pour l'accouchement proprement dit.

Concernant le suivi prénatal, Jacqueline, obstétricienne à *Femme Heureuse*, indique que désormais, l'usage de l'échographie a totalement transformé le rapport au fœtus autant dans sa pratique professionnelle que dans ses interactions avec les femmes, contrairement à la tradition clinique de l'obstétrique à laquelle elle a été formée et qu'elle semble regretter. Avec l'imagerie médicale, l'embryon devient un

bébé, le fœtus, un garçon ou une fille. Si la perte d'un fœtus entre cinq et six mois de grossesse a toujours été difficile, aujourd'hui l'investissement des parents est tel que la perte est devenue incommensurable. Cette situation a produit dans les faits la nécessité d'un accompagnement psychologique pour « *faire le deuil* » (Memmi, 2015) et a profondément bouleversé le code civil dans la mesure où les parents sont désormais demandeurs d'une déclaration dans le livret de famille de leur bébé mort avant cinq mois de grossesse¹.

« J'ai été obligée de faire de l'écho... vraiment l'écho a acquis beaucoup d'importance dans le suivi de la grossesse. J'ai quand même gardé ma clinique... l'investissement des grossesses est tout à fait différent. À partir du moment où on a un tout petit embryon à douze semaines, pour les femmes c'est un bébé, alors qu'avant ce n'était pas concret. À vingt-deux semaines, elles savent le sexe, donc c'est plus le bébé mais un petit garçon ou une petite fille qui a déjà un prénom, la perte devient énorme en comparaison avec à mon époque » (Jacqueline, obstétricienne, *Femme Heureuse*).

L'obstétricienne Jacqueline confirme la transformation des représentations des femmes et des couples. L'échographie a permis aux femmes de voir non pas un fœtus où le médecin recherche des anomalies morphologiques mais leur futur bébé, garçon ou fille. Pour Jacqueline, à propos des grossesses de jumeaux spécifiques (les monochoriales*), « *soit ça se passait bien soit on les perdait à vingt-deux, vingt-trois ou vingt-quatre semaines... On pleurait cinq minutes et en avant...* ».

En outre, concernant la pratique de l'accouchement, la péridurale* est certainement un des outils techniques centraux qui reconfigure en profondeur la pratique thérapeutique. Comme le note l'obstétricienne Jacqueline, « *la péridurale* fait qu'on médicalise beaucoup plus* ». En effet, cet outil permet une technicisation plus importante de l'accouchement car le corps des femmes, en partie anesthésié par la péridurale*, facilite la multiplication des interventions techniques qui seraient douloureuses sans péridurale. Simultanément, Hervé, 70 ans, qui exerce à *Belle Naissance* en tant que vacataire, et Jacqueline, sont des vétérans de l'accouchement et font part de l'usage ambivalent de cette technologie. Ainsi pour Jacqueline :

¹ Le délai de vingt-deux semaines d'aménorrhée est central dans la possibilité de déclaration à l'état civil. Ce qui était autrefois un produit de fausse couche tardive est devenu un bébé mort.

« Je pense que c'est un bénéfice pour les femmes. Mais moi qui ait connu les deux, je dirais qu'à l'époque, il y en avait toujours 10% qui accouchent comme des fleurs, 80% qui avaient du mal mais qui était contentes et fières d'elles et 10% qui disaient que c'était horrible et qu'elles ne voulaient plus d'enfants. Donc maintenant ces 10% là, elles ont un meilleur vécu quand même et les autres elles sont contentes mais elles auraient pu s'en sortir autrement. Je pense qu'avant, elles étaient fières d'elles d'y être arrivées toutes seules » (Jacqueline, obstétricienne, *Femme Heureuse*).

C'est aussi le constat d'Hervé, qui considère qu' « il n'y a que 30% des femmes qui devraient avoir une péridurale* , comme en Angleterre. Chez nous, on en fait autant parce que ça facilite la vie des gynécos » (Hervé, anesthésiste, *Belle Naissance*).

Résoudre l'incertitude : l'hégémonie technique sur la pratique clinique

Comme le rappelle l'obstétricien Bastien, l'incertitude est le quotidien de la salle d'accouchement : « le risque c'est présent, c'est là tous les jours et c'est aussi ce qui fait qu'on est des professionnel.les... ». Si cette gestion du risque a toujours été constitutive de l'exercice professionnel en obstétrique, aujourd'hui le regard technique a tendance à supplanter la pratique clinique. L'irruption d'une médecine épidémiologique, construite à partir des *gold standards**, est relativement récente en obstétrique². On peut la dater du début des années 2000 avec la création des réseaux de périnatalité qui contribuent à un nouvel équilibre entre deux conceptions de la pratique professionnelle : les praticien.nes qui appliquent les standards de la pratique et ceux qui interrogent la distribution entre médecine épidémiologique et médecine clinique. Cette tension a été décrite en particulier dans le cas de l'épidémie du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) (Dodier, Barbot, 2000).

Or, pour le personnel médical ayant adopté une posture de conformité face à l'incertitude, la technique tranche le processus de décision. Ainsi, l'interne Rosalie fait le récit d'une décision médicale de césarienne*. On constate une tension entre un choix émanant de la pratique clinique (réaliser une césarienne* sur un critère clinique) et un choix technique (évaluation biologique de la vitalité du fœtus par des lactates*). C'est le choix technique qui prime :

² En effet, hormis des outils techniques comme l'échographie, la description de la mécanique obstétricale date des XVII^e et XVIII^e siècles et n'a pas été modifiée depuis.

« On a été appelé par la sage-femme sur une bradycardie* qui a duré dix bonnes minutes sans hypertonie* à neuf centimètres, avec un bébé qui ne récupérait pas bien. Donc on était partagé entre la césarienne* et attendre. La dame comprenait bien que c'était pour son bébé qu'on interviendrait et que ça n'allait pas si bien que ça. On est resté dans la salle et on a expliqué à la dame qu'on allait faire le prélèvement de lactates* pour voir sa vitalité » (Rosalie, interne, *Femme Heureuse*).

Par ailleurs, cette hégémonie technique sur la clinique se trouve encadrée socialement par la standardisation des soins, la référence aux statistiques et la limitation des risques médico-légaux due aux respects du bon usage technique. C'est la construction même du cadre social qui organise l'usage technique en lieu et place de la clinique. Ainsi, l'obstétricien Bastien montre que le respect des *gold standards** implique de réaliser de nombreux gestes ou examens techniques. L'examen clinique a désormais une place minimale dans la construction des diagnostics :

« On doit avoir une myriade d'attitudes prophylactiques* pour la gestion des risques, parce qu'un accouchement qui se déroule normalement, on pourrait le regarder se faire mais on va médicaliser pour gérer des risques gravissimes, rares et infimes » (Bastien, obstétricien, *Belle Naissance*).

Une autre façon de supplanter la pratique clinique est de se référer aux statistiques épidémiologiques et/ou aux procédures collectives. C'est ainsi que Bastien raconte :

« Que ce soit en chirurgie, en échographie ou en obstétrique, le risque est très présent. C'est une discipline à fort risque médico-légal. Le risque ou la gestion du risque guide une partie des décisions, des pratiques et une partie de l'activité. Il y a un fardeau médico-légal sur notre profession. Mais c'est ça qui fait qu'on abaisse de 0,1% la mortalité ou pas, on est dans un pays développé donc si on veut avoir de meilleurs résultats encore et bien il faut travailler sur tous ces risques » (Bastien, obstétricien, *Belle Naissance*).

Enfin, l'obstétricienne Sylvie de *Belle Naissance* fait part de la généralisation de l'usage des protocoles qui limitent, selon elle, d'une part, la responsabilité médico-légale des équipes soignantes et, d'autre part, les conflits potentiels avec les parturientes :

« Il faut trouver un bon équilibre entre la physiologie et les risques qu'on accepte de prendre. C'est moins fréquent les situations comme ça maintenant parce qu'avec les protocoles on sait qu'on est plus couvert » (Sylvie, obstétricienne, Belle Naissance).

Encadré 4. Une mise en scène par les médecins de l'inutilité de la médecine clinique.

Note de terrain, Femme Heureuse.

Nous parcourons le service avec la sage-femme et l'obstétricien de garde pour passer en revue l'ensemble des dossiers et faire une visite auprès de l'ensemble des patientes. Plusieurs internes viennent écouter les avis du médecin sur telle ou telle pathologie de la grossesse. Personne ne s'étonne mais le médecin explique alors que mesurer la hauteur de l'utérus des femmes ne sert à rien, l'échographie est bien plus performante. Par contre, « ça montre aux femmes qu'on les touche, elles sont contentes » selon ce médecin. L'exercice clinique devient un théâtre, un passage obligé mais qui n'a plus aucune utilité.

1.2 La décision médicale : une imbrication de la hiérarchie professionnelle et de la culture technique

La décision médicale est un moment décisif dans la biomédicalisation de l'accouchement. Nous observons chez les sages-femmes et les médecins des pratiques hiérarchiques dont voici deux exemples.

Un premier exemple a trait à un processus clairement hiérarchique : les médecins décident, les sages-femmes appliquent. Ainsi, les procédures de décisions internes établies par les médecins s'appliquent à l'ensemble des professionnels de l'établissement. Dans la maternité *Femme Heureuse*, les décisions de modification de procédures médicales produites dans des réunions à huis clos entre médecins s'imposent aux médecins comme aux sages-femmes. Ainsi, les usages de la salle « nature » qui concernent quasiment exclusivement la pratique des sages-femmes ont été décidés dans ces réunions sans l'avis des principales concernées. Ces usages ne font pas l'objet d'un protocole écrit et leur mise en œuvre reste confuse. Ainsi, personne ne sait ce qui est autorisé ou pas de faire dans cet espace.

Encadré 5. Quand les médecins s'affranchissent de leurs propres règles au détriment des usagères.

Note de terrain, Femme Heureuse.

Nous observons le travail d'un médecin qui suture une épisiotomie. Il demande alors à l'auxiliaire de puériculture un fil de suture particulier, ce qui étonne cette dernière. Après être sortis de la salle d'accouchement, elle explique son incompréhension, le fil de suture en question étant utilisé dans des cas de suture de la muqueuse anale. Pourtant le médecin avait consigné dans le dossier qu'il avait réalisé simplement une épisiotomie*. Nous en rediscutons avec la sage-femme de garde qui ne semble pas étonnée. Elle nous explique que cette patiente est une patiente privée du médecin en question et qu'il n'a simplement pas voulu lui avouer qu'il lui avait fait un périnée complet*, d'où l'usage d'un fil de suture spécifique. Elle sourit et nous dit que ce n'est pas la première fois qu'il falsifie les dossiers médicaux : « J'ai une affaire avec lui. Il avait falsifié le dossier pour me faire porter le chapeau. Depuis à la fin de chaque garde, j'imprime les dossiers médicaux des situations délicates pour garder une trace de ce que j'y avais écrit. » (Lucienne, sage-femme, Femme Heureuse).*

Un deuxième exemple met en scène une dévalorisation implicite de la compétence des sages-femmes relative au diagnostic clinique d'une situation pathologique. L'appréciation de cette situation ne peut pas dépendre d'un protocole technicisé et relève de la pratique du diagnostic des sages-femmes comme des médecins. Concrètement, du fait de la présence continue des sages-femmes en salle de naissance, il leur revient de poser ces diagnostics. Cette première prise de décision des sages-femmes s'avère être, souvent, un prétexte pour les médecins de dévaloriser la compétence professionnelle des sages-femmes et de justifier leur position hiérarchique. Ainsi, Bastien fait le récit d'un appel par une sage-femme qu'il juge tardif et qui va causer selon lui une situation délétère pour l'enfant. Bastien considère ce motif comme justifiant son contrôle hiérarchique sur les sages-femmes :

« Avec les sages-femmes, ça arrive qu'on soit dans l'embarras parce qu'une sage-femme n'a pas fait son travail. Être appelé à quatre heures du matin par la sage-femme pour un rythme qui est hautement pathologique depuis plusieurs heures et sortir un enfant en hypoxie ... Jamais je grogne quand on m'appelle pour un rythme ou du genre*

*j'ai un doute viens voir. Jamais je ne grogne pour ça... C'est dur à gérer parce qu'il ne faut pas aller au conflit » (Bastien, obstétricien, *Femme Heureuse*).*

Ainsi, au quotidien, le rapport entre sages-femmes et médecins que nous classons dans le modèle de la conformité est un rapport hiérarchique, contrairement à l'autonomie professionnelle des sages-femmes inscrite dans leur code de déontologie :

« La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie » (code de déontologie des sages-femmes, 2021)³.

Mais, dans la pratique clinique, le rapport social est plus puissant que la loi et permet à la profession médicale de peu tenir compte des aspects de la législation⁴ favorables aux sages-femmes.

2 Un modèle professionnel majoritaire coextensif du genre et de la biomédicalisation

Cette partie s'intéresse aux effets des usages sociaux des techniques sur le renforcement du système de genre et réciproquement.

2.1 La culture technique renforce le système de genre

Nous avons ainsi repéré que, dans les expériences qui se réfèrent selon nous à une posture de conformité, la culture technique est mobilisée par les professionnel.les pour infantiliser les femmes. C'est ainsi que l'idéologie technique et son emprise sur les parcours d'accouchement reposent sur des récits professionnels d'accouchements dramatiques qui ont un rôle de catharsis. Les femmes qui refusent une pratique standard de soins sont qualifiées d'irresponsables. Nous avons pu observer des pressions faites par ces professionnel.les sur les futures mères : à une femme qui ne

³ Article R.4127-318 du code de la santé publique.

⁴ On peut y voir une analogie avec la dialectique du maître et de l'esclave chez Hegel (1807) : deux consciences de soi qui se reconnaissent et qui sont partagées par une dysmétrie naturalisée. Le paradoxe est que c'est le travail de l'esclave pour son maître qui porte sa potentielle liberté.

souhaite pas de péridurale*, le.la praticien.ne lui oppose le risque de vivre une anesthésie générale* pour son accouchement s'il doit avoir lieu en urgence vitale⁵. Le risque est infinitésimal dans le cadre d'une grossesse normale mais il est utilisé dans les discours professionnels contre la liberté de choix de la patiente.

Par ailleurs, l'expansion technologique et l'accouchement hospitalier ont provoqué une transformation des relations entre praticien.nes et parturientes. L'analgésie péridurale* a, par exemple, permis aux femmes de ne plus souffrir des douleurs de l'accouchement mais au prix d'une insensibilisation du corps ce qui les rend totalement dépendantes de l'équipe soignante. Dès lors, les professionnel.les peuvent se concentrer sur son objet, à savoir la naissance d'un enfant en bonne santé. La future mère ne vient plus perturber le déroulement du processus. La priorité est donnée au fœtus. L'incertitude peut être mobilisée au bénéfice de l'enfant contre les intérêts de sa mère. L'obstétricienne Jacqueline nous explique que « *pour les situations limites, les femmes de plus de 40 ans, les Fécondations In Vitro, il faut être plus interventionniste* ». Par interventionniste, Jacqueline entend la pratique de la césarienne sans motif réel : « *en théorie, ce n'est pas bien, parce que tous les enfants sont précieux, mais en pratique, l'incertitude est ingérable. La césarienne* règle le problème* ». L'aspect « précieux » de certains enfants justifie ainsi de faire fi des risques que le.la praticien.ne fait prendre à la mère⁶.

Enfin, les professionnel.les, dont les représentations du corps de l'accouchement sont biomédicales, font des procès en rationalité aux femmes. Ainsi, l'obstétricienne Sylvie explique qu' « *elle ne comprend pas ces femmes* » qui font le choix d'un accouchement sans usage technique et qui refusent l'administration d'un médicament protecteur de l'hémorragie de la délivrance après l'accouchement : « *Je ne vois pas en quoi ça peut les déranger qu'on injecte du syntocinon. Du moment que la délivrance est plus rapide et qu'elles prennent moins de risque hémorragique* ». Pour Sylvie, agir selon la rationalité médicale implique une injection qu'elle considère sans risque et qui évite le risque d'une hémorragie de la délivrance. Elle ne devrait pas être refusée par une patiente. Ces femmes sont donc irrationnelles pour elles-mêmes, les

⁵ Ce type de césarienne représente entre 0,9 et 1,7% des césariennes selon l'académie nationale de médecine, Bull. Acad. Natle Méd., 2014, 198, n°6, 1123-1140, séance du 24 juin 2014.

⁶ Une césarienne étant une chirurgie, elle comporte plus de risques d'infection et d'hémorragie qu'un accouchement par les voies naturelles.

médecins auraient donc raison de les contraindre à faire de meilleurs choix pour leur enfant car elles seraient dans l'opposition systématique. La culture technique a ainsi permis l'effacement des femmes au motif de leur irrationalité liée à l'émotion de la maternité, subjectivité qui ne concernerait pas les praticien.nes.

Au terme de ce paragraphe concernant les professionnel.les que nous avons identifié.es comme relevant du modèle de la conformité, nous concluons à un usage performatif du langage de la culture technique qui vient renforcer le système de genre.

2.2 Le système de genre renforce la hiérarchie médicale

L'objectif du développement qui suit est de montrer comment le système de genre contribue à construire la hiérarchie professionnelle.

Le processus de distinction entre sages-femmes et médecins au cours de la formation

Une façon de renforcer la hiérarchie médicale en s'appuyant sur le système de genre repose sur un processus de distinction entre les professionnel.les durant leur formation.

Celui-ci se joue en plusieurs étapes : les motivations différenciées entre médecins et sages-femmes, le temps de la formation puis la pratique technique comme fondement de la hiérarchie. Comme le notent Claude Dubar et Pierre Tripier (1998), dans leur synthèse des travaux de E. Hughes (1958) à propos du processus de construction d'un médecin, la culture médicale est technique et sociale. C'est un apprentissage de compétences et surtout un changement de représentations du monde et de soi :

« Cette culture médicale, celle des médecins, s'acquiert par l'éducation médicale qui doit être à la fois un apprentissage, une initiation et une conversion. Il ne suffit pas d'étudier les disciplines qui entrent dans le cursus universitaire de médecine, il faut

aussi et surtout être initié au rôle médical et se convertir à la vision du monde et de soi qui permet la pratique de ce rôle » (Dubar, Tripier, 1998).

Or, ce processus est loin d'être aléatoire. Il se fabrique dans chaque séquence du parcours en référence à des injonctions genrées.

Dès la première étape, les choix d'orientation entre les professions de sage-femme et de médecin diffèrent. Or, ces choix reposent sur des injonctions sexuées. Les extraits d'entretiens mettent en évidence une motivation technique pour les médecins et une motivation émotionnelle pour les sages-femmes. L'obstétricienne Clarisse indique qu'elle

« voulait faire de la clinique, de la chirurgie, de l'échographie et garder le volet cancéro. C'est la seule spécialité qui me permettait de faire tout ça à la fois, le côté clinique et l'aspect chirurgical » (Clarisse, obstétricienne, Femme Heureuse).

Les sages-femmes, quant à elles, entrent dans la profession à partir d'un prisme relationnel comme le note la sage-femme Martine :

« Ça va te paraître stupide mais mon père allait à la chasse et il avait plusieurs chiens. J'ai assisté plusieurs fois à la naissance de chiots. Après, je suis allée voir ma cousine qui avait accouché, je me suis dit c'est ça que je veux faire, être là au moment où les êtres viennent au monde, j'ai fait mon métier par vocation je pense » (Martine, sage-femme, Femme Heureuse).

Durant la formation, le processus de différenciation se poursuit entre les médecins orientés sur des compétences techniques et les sages-femmes confrontées émotionnellement à une pratique professionnelle dès le plus jeune âge. En effet, l'entrée à l'école de sages-femmes a lieu en moyenne autour de vingt ans, alors que les médecins intègrent l'internat et font leur choix de spécialité vers vingt-cinq ans. La sage-femme Armel en garde un souvenir encore difficile :

« L'école, j'ai trouvé ça dur et compliqué, j'ai eu beaucoup de mal à gérer mes émotions. Mon premier stage infirmier, c'était l'époque où les gens mouraient du sida. Je sortais du bac et j'étais en stage en médecine interne. Ça a été très dur d'être

confrontée à la mort chez des gens jeunes. Je pleurais souvent. Je pensais que je ne tiendrais jamais le coup » (Armel, sage-femme, *Femme Heureuse*).

C'est ainsi que le devenir professionnel est conditionné par le choix de la profession et par l'appartenance de sexe. Le processus de fabrication d'un médecin s'inscrit dans une dimension genrée des techniques tandis que les sages-femmes sont conditionnées à accompagner relationnellement les femmes tout en réalisant des gestes techniques invisibilisés. On peut dire ainsi que

« pour devenir médecin, il ne suffit vraiment pas d'apprendre les matières au programme et de réussir les examens (ni même de suivre des stages). On ne tient le coup que si l'on parvient, tout au long du cursus, à effectuer cette conversion identitaire consistant à "se changer soi-même" et à incorporer des "idées" sur les quatre domaines suivants : ce qu'est le travail (tasks), ce qui doit être son rôle (role), ce que sont les carrières (careers) existantes, possibles et souhaitables et ce que l'on est soi-même (self), en tant que professionnel » (Dubar, Tripier, 1998).

Il y a ainsi à la fois un temps individuel et un temps collectif de construction professionnelle. Le temps de formation à l'école de sages-femmes est mal vécu car les personnes qui y sont admises s'attendent à un apprentissage sur l'accompagnement des femmes, comme le note la sage-femme Véronique de *Femme Heureuse*. Elles y trouvent un milieu *« très strict et déshumanisé, l'impression de faire le service militaire. Il fallait travailler, que le boulot soit fait, parfois tu n'avais même pas d'encadrement »*, un milieu dans lequel l'apprentissage technique est omniprésent mais invisibilisé.

Enfin, la maîtrise différenciée des techniques va construire une distinction dans les choix d'exercice professionnel. La maîtrise des outils techniques par les médecins leur font considérer que leur activité recouvre l'ensemble de la spécialité de gynécologie obstétrique⁷. C'est ce que confirme l'interne Rosalie à *Femme Heureuse* qui considère que *« l'obstétrique, c'est les bons moments de la vie d'une femme. Il n'y a pas que des patientes malades. Moralement, c'est quand même plus agréable de s'occuper des grossesses normales »*. La maîtrise des outils techniques leur permet de

⁷ Source : https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees (2016). On observe que malgré les injonctions récurrentes des organismes de l'État comme la Haute Autorité de Santé pour mieux répartir les compétences entre médecins et sages-femmes, les obstétriciens considèrent que leur spécialité recouvre toute la pratique.

choisir leur mode de vie à l'instar de Rémi, qui a préféré l'anesthésie pour la liberté que la discipline lui procure :

« Possibilité de voyager et pas de clientèle. Et en maternité ponctuellement parce que ça me faisait plaisir. J'ai débuté à [l'hôpital X] il y a très longtemps ça me faisait plaisir si ce n'est que je n'ai jamais voulu faire de la maternité parce que j'allais être déranger la nuit jusqu'à ma retraite » (Rémi, anesthésiste, *Belle Naissance*).

L'argumentaire technique d'une hiérarchie professionnelle sexuée

Une autre façon de renforcer la hiérarchie médicale en s'appuyant sur le système de genre consiste pour les médecins à mobiliser un argumentaire technique.

Les médecins qualifient la hiérarchie avec les sages-femmes sous les traits d'une complémentarité sexuée et naturalisée. Les extraits qui suivent sont ceux de femmes médecins qui ont intégré les codes masculins de la profession médicale. La relation entre sages-femmes et médecins est ainsi présentée par ces médecins comme une complémentarité entre accompagnement relationnel versus traitement de la pathologie. Sylvie, obstétricienne à *Belle Naissance*, estime ainsi que

« cet accompagnement, c'est le point fort des sages-femmes, pas des médecins. Nous, on est moins impliqué qu'elles, je suis là quand ça ne va pas pour le volet médical, ce n'est pas moi qui reste auprès de la dame pour la soutenir » (Sylvie, obstétricienne, *Belle Naissance*).

Le monopole médical de certains outils comme le scalpel et le forceps fabrique une hiérarchie de pratiques professionnelles. Les sages-femmes étant interdites d'utiliser certains objets techniques, elles se situent ainsi *de facto* sous la hiérarchie des médecins⁸. Ainsi, Sylvie poursuit son analyse de la relation entre sages-femmes et médecins :

« Je leur donne beaucoup de liberté, elles font ce qu'elles veulent, il faut juste qu'elles reconnaissent le moment où il y a la pathologie. Je leur donne beaucoup de liberté, peu

⁸ Cf chapitre 4, § 2.2, p. 145.

de contraintes, il faut juste reconnaître la pathologie et m'appeler » (Sylvie, obstétricienne, *Belle Naissance*).

L'interne Rebecca complète cette réflexion. La distinction et la hiérarchie implicite s'inscrivent également entre expérience clinique et connaissances théoriques et scientifiques. Pour Rebecca, les sages-femmes sont limitées par leur formation⁹ :

« On a une dame qui est venue avec une pathologie, bon j'ai plus de ressources que la sage-femme c'est clair. Tout de suite j'ai été cherché sur pubmed¹⁰ ; elles n'ont pas cette formation qui fait qu'elles peuvent aller aussi loin que moi. Après, elles ont tellement de choses à nous apporter... Les médecins m'apportent de la théorie, les sages-femmes m'apportent de l'expérience... » (Rebecca, interne, *Femme Heureuse*).

L'intégration d'une dévalorisation professionnelle des sages-femmes

Ainsi, la hiérarchie des médecins par rapport aux sages-femmes s'appuie sur une division sexuée du travail : aux médecins la compétence technique ; aux sages-femmes, la compétence relationnelle. Cette division s'appuie aussi sur l'intégration de cet ordre hiérarchique.

Cet ordre hiérarchique correspond tout d'abord à une assignation sexuée. C'est ce que nous observons avec les commentaires de l'anesthésiste Hervé concernant son épouse qui est sage-femme. Il raconte en effet une anecdote dans laquelle il soutient la posture du médecin et non celle de sa propre femme. Il s'agit de l'annonce d'un diagnostic d'une sérologie positive au VIH. L'obstétricien du service où travaille la femme d'Hervé refuse que les sages-femmes donnent le résultat de la sérologie alors même que la sage-femme le prescrit¹¹. La raison avancée est que si la sérologie est positive, la femme qui reçoit le résultat pourrait *« se jeter par la fenêtre de désespoir »* et l'obstétricien ne souhaite pas que les sages-femmes vivent des événements de cet ordre. Hervé soutient cette démarche :

⁹ Au demeurant, il s'agit de représentations et d'absence de connaissances de la formation initiale des sages-femmes. L'intégration à la première année de médecine en 2002–2003 puis les modifications substantielles du programme de formation de 2011 ont permis une montée en compétences scientifiques non négligeable. Cf. chapitre 4, § 2.3 et § 2.4.

¹⁰ Il s'agit du moteur de recherche de publications médicales.

¹¹ Une fois encore, nous sommes en dehors de tout cadre juridique dans la mesure où le prescripteur annonce les résultats de sa prescription et que les sages-femmes ont le droit de prescrire cette sérologie.

« Les médecins sont là pour ça, on peut encaisser. Les sages-femmes sont trop fragiles pour supporter ces chocs-là. Quand on est en salle d'accouchement, elles ne sont jamais seules finalement, il y a toujours un médecin pour aider en cas de pathologie. Mais en consultation on est assez seul. Je ne veux pas de ça pour ma femme. Alors évidemment quand on en a discuté à la maison, ça a chauffé ! (rires) Elle comprend pas pourquoi je m'inquiète pour elle comme ça » (Hervé, anesthésiste, Belle Naissance).

Néanmoins, cette soumission peut aussi résulter de la croyance d'incompétence technique de la part de certaines sages-femmes. En effet, la biomédicalisation conduit à l'effacement des femmes dans des rôles subalternes. Les usages sociaux des techniques sont des instruments de renforcement du système de genre à travers la hiérarchie sexuée. Ainsi, Marie-Blanche Tahon analyse l'enfermement des femmes dans la croyance en leur incapacité à manier la technique :

« L'accès socialement construit aux techniques définit les tâches masculines et les tâches féminines, avec la reconnaissance sociale attachée à chacune et notamment l'écart salarial, et, de plus, les femmes constituent dans le champ du travail une catégorie construite à partir de leur moindre maîtrise technique. D'où l'intériorisation de la norme qui conduit les femmes à admettre qu'elles sont moins capables que les hommes » (Tahon, 2004, p.73).

Nous observons l'intériorisation de l'aspect subalterne de leur rôle sur le terrain chez les sages-femmes à qui les médecins demandent exceptionnellement d'être aide-opératoire en cas d'urgence. Il semblerait qu'il s'agisse presque d'une montée en grade symbolique dans la hiérarchie propre des sages-femmes.

Encadré 6 L'intégration de la dévalorisation professionnelle des sages-femmes.

Note de terrain, Femme Heureuse.

Une césarienne va avoir lieu, chaque professionnel est à son poste. J'arrive devant le sas qui permet l'accès à la salle d'intervention. La porte s'ouvre automatiquement. Stupéfaction, je tombe nez à nez avec trois sages-femmes en culottes et soutien-gorge en train de s'habiller. Ma présence ne les fait pas dévier de leur occupation de changement de tenue. Cela a l'air habituel. L'une d'elle va servir l'obstétricien de manière exceptionnelle, elle semble être ravie. Une autre sage-femme va récupérer le bébé après la naissance. L'enfant naît et elle commence à s'en occuper. J'observe ces gestes. Un pédiatre fait irruption. La sage-femme s'étonne de sa présence. Il me voit et se met alors à pousser fortement la sage-femme qui était affairée autour de l'enfant. Elle manque de tomber au sol. Un peu abasourdie, elle s'en va en l'insultant. Le pédiatre fait mine qu'il n'a rien entendu.*

De même, cette auto-dévaluation peut s'illustrer à travers une enquête réalisée en 2004 par le conseil national de l'ordre des sages-femmes pour connaître leur avis sur un usage potentiel de la ventouse obstétricale*. Il s'agit d'une technique aidant à l'expulsion lors d'un accouchement difficile. Actuellement, les sages-femmes n'ont pas le droit d'utiliser cet instrument sauf accord territorial dans le cadre de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (2009) qui permet des délégations de compétences après formation. C'est le cas dans le département Français de Mayotte¹² où les sages-femmes font usage de ventouses. À la question de savoir si les sages-femmes seraient d'accord pour que la ventouse fasse partie de leurs compétences professionnelles, les deux tiers des sages-femmes répondent non. Ces répondantes ont intégré leur présumée incapacité à manipuler les objets techniques.

3 Les tensions au sein de cette double conformité

Cette troisième partie s'attache à montrer les ambivalences de ce premier modèle professionnel. Les acteur.trice.s sont en partie conscient.es à la fois des tensions et des contradictions propres à l'idéologie biomédicale sans remettre

¹² ARS Océan Indien, Projet de Santé Réunion-Mayotte 2018-2028, <https://www.mayotte.ars.sante.fr/le-prs-2018-2028-reunionmayotte>. Pour approfondir le sujet, on peut lire le mémoire de fin d'études de sage-femme de Julia Perazio. *L'utilisation de la ventouse par les sages-femmes*. 2020.

réellement en question les fondements de la biomédicalisation au niveau de la culture technique comme de l'organisation professionnelle de l'hôpital.

3.1 Les contradictions et les tensions dans la mise en œuvre de la culture technique

Nous avons relevé des contradictions et des tensions dans la mise en œuvre de la biomédicalisation des corps.

On observe tout d'abord des contradictions entre le récit fictionnel de l'accouchement à risque incompressible et la réalité qui correspond à une mortalité maternelle et infantile infime. C'est ce que nous développerons dans un premier paragraphe.

Par ailleurs, nous avons repéré plusieurs types de contradictions et de tensions entre praticien.nes et usagères qui adhèrent à la biomédicalisation de l'accouchement. L'exemple de l'échographie comme d'autres outils techniques sont emblématiques de cette situation avec des attentes divergentes entre les acteur.trices. C'est ce que nous exposerons dans les deux paragraphes suivants.

Enfin, ces divergences peuvent aboutir à des dérapages comme nous le verrons dans le dernier paragraphe. En effet, l'industrialisation des procédures de soins dans des maternités qui réalisent plus de trois mille naissances produit statistiquement plus d'erreurs médicales (HAS, 2022) alors même que ce modèle est plébiscité par les médecins hospitaliers universitaires et qu'il est le corollaire de la baisse structurelle du nombre de maternité à volume d'actes constants.

Les décalages du tout technique avec l'expérience de la pratique des accouchements

Les professionnel.les que nous avons identifié.es comme relevant du modèle de la conformité biomédicale mettent en lumière des contradictions inhérentes à la systématisation de l'usage des outils techniques. Certains médecins analysent la situation tandis que d'autres non.

Nous repérons une contradiction entre la pratique médicale concrète et l'idéologie technique qui consiste à s'appuyer sur des récits catastrophiques dans une salle « nature » pour justifier la supériorité de l'interventionnisme technique. En pratique, aucun.e professionnel.le ne peut faire de récit mortel dans la mesure où les femmes peuvent passer facilement d'une salle « nature » à une salle « technique » dans laquelle elles recevront les soins adaptés à un accouchement pathologique. Ainsi, l'anesthésiste Rémi à *Belle Naissance* débute son entretien en montrant la photo d'un petit enfant qui, d'après lui, aurait été sauvé grâce à son intervention et aux outils techniques mobilisés. La parturiente a bénéficié d'une prise en charge intense mais efficace dans un espace technique *ad hoc*. Son argument est paradoxal dans la mesure où il présente son intervention comme exceptionnelle alors même qu'elle fait partie de ses prérogatives. Selon lui, la rationalité médicale vient sauver les femmes de leurs choix irresponsables :

« On a la photo de l'enfant par là... Une délivrance qui ne s'est pas faite et elle est partie en réanimation adulte et en hémolyse. C'était un 31 décembre... c'était catastrophique... Transfusion sanguine massive, hystérectomie d'hémostase*... J'ai été appelé après l'accouchement et j'ai imposé la sortie de la salle nature. Il y a eu une hémorragie massive avec consommation de tous les facteurs de coagulation... c'était hard, ça a duré toute la nuit de 23h à 8h le matin. C'est une physiologique qui aurait pu mal tourner si on l'avait laissée sur son lit à vingt centimètres du sol¹³... » (Rémi, anesthésiste, *Belle Naissance*).*

L'obstétricienne Jacqueline à *Femme Heureuse* souligne la contradiction entre le discours technique et la réalité concrète. Jacqueline prend l'exemple des grossesses de jumeaux pathologiques et montre que « *les traitements qu'on propose dans les congrès c'est merveilleux mais dans la vraie vie c'est épouvantable. On ne peut pas revenir en arrière pourtant* ».

Une autre contradiction a trait à la construction d'immenses pôles de maternité. Ils concentrent jusqu'à plus de cinq mille naissances sur le même site, ils sont associés à un haut niveau technologique des prises en charge obstétricales et à un volume important de professionnel.les aux cultures différentes. Ce contexte conduit à des

¹³ À cette époque, il n'y avait pas de table d'accouchement dans la salle « nature » mais un lit double bas.

erreurs liées à l'environnement selon un rapport récent de la HAS (2022)¹⁴. La sage-femme de *Femme Heureuse*, Armel, en donne un exemple avec une sonnette d'urgence débranchée par erreur alors qu'une sage-femme avait besoin d'aide pour un accouchement où la vie immédiate de l'enfant était en jeu :

« *La femme a poussé, la sage-femme a demandé de l'aide et il y avait une dystocie des épaules**. Elle a sonné une première fois et quelqu'un a éteint la sonnette sans intervenir. Personne n'est venu et elle a demandé au mari d'aller chercher quelqu'un. Je suis arrivée avec le mari, elle était seule avec le couple et une dystocie des épaules*, donc elle a fait un Jacquemier*. Une fois qu'elle a eu attrapé la première épaule, j'ai sauté sur le téléphone pour prévenir tout le monde. Le pédiatre a examiné l'enfant pour vérifier la clavicule et l'obstétricien... disons que la sage-femme avait fait le job (rires) » (Armel, sage-femme, *Femme Heureuse*).

L'échographie obstétricale, des ruptures entre les attentes des médecins et des usagères

Nous avons identifié une tension entre médecins et usagères qui est la conséquence des effets de la culture technique : attentes différentes ou résultats techniques aléatoires. L'échographie est un exemple régulièrement mis en avance par les professionnel.les que nous avons identifié.es comme relevant du modèle de la conformité.

En effet, cet outil technique illustre des tensions entre la recherche par les professionnel.les d'images standardisées et obligatoires et l'attente des futures mères sur le sexe de l'enfant (ou leur demande d'images échographiques en trois dimensions). L'obstétricienne Clarisse à *Femme Heureuse* le note avec ironie :

« *J'aimerais faire de l'écho avec une dame qui n'a pas le droit de parler parce que le rapport des gens à l'échographie, il est insupportable. On attribue à l'écho des vertus qui n'existe pas. L'écho, ce n'est pas voir son gosse à la télé trois fois pendant la grossesse et qu'à peine tu as posé la sonde sur le ventre, on te demande le sexe et que ma sœur elle a été dans un centre où si le bébé était une fille, l'écran devenait rose...*

¹⁴ Sur la question des événements indésirables liés aux soins, voir Azcué, M. (2015). *Analyse des causes profondes en Revue de Morbi-Mortalité et culture de sécurité en obstétrique*, Mémoire de Master 2 en santé publique, Université de Bourgogne. La Haute Autorité de Santé a publié un rapport en novembre 2022 sur ce sujet. Les experts qui ont fait l'analyse des risques en maternité recommandent désormais de « *respecter une logique de sécurisation via des volumes minimum et maximum d'accouchements* » (HAS, 2022).

que “ vous ne faites pas la 3D ? ah bon... ben c’est nul on va pas pouvoir voir notre gosse... ”, il faut qu’on voit s’il ressemble à tonton Robert” ou encore “mais combien il pèse ?” » (Clarisse, obstétricienne, Femme Heureuse).

D’autre part, si l’obstétricienne Clarisse inscrit sa pratique dans des représentations biologiques du corps, elle constate que la réduction du tout technique au corps biologique touche là sa limite. Dans son récit, elle note la distorsion entre les attentes immenses des personnes de savoir que leur enfant sera indemne de toute pathologie et la réalité de l’échographie qui ne permet pas un dépistage de toutes les pathologies. Clarisse questionne alors les ambivalences de la culture technique :

« L’écho, ça demande à renoncer à la perfection. De toutes les saloperies qu’un gosse peut avoir à la naissance, la trisomie 21 c’est un des plus simple, c’est le mieux... C’est des gens qui peuvent être autonomes, c’est des gens qui transmettent des émotions... Regarde le syndrome du cri du chat. Ces gamins, dans la plupart des cas, on ne voit rien. Écho normale, nuque normale, poids normal. La gamine de mes amis, elle a un retard mental majeur, elle commence à dire ces premiers mots, elle a trois ans. Après j’ai des convictions, je suis catholique, disons que je ne sais plus où j’en suis dans ma foi. Me concernant, faire une interruption médicale de grossesse pour trisomie 21, je ne sais pas si je le ferais » (Clarisse, obstétricienne, Femme Heureuse).

Avec les outils techniques, les contradictions du passage de la patiente à l’usagère

Une autre tension au sein du modèle de la conformité concerne la réinterprétation, la retraduction par des usagères de la culture technique à laquelle elles adhèrent : nouvelles représentations autour de la mort périnatale, demandes de compréhension des dispositifs utilisés, voire refus de certains actes techniques devant l’avalanche de gestes que doivent réaliser les praticien.nes¹⁵. L’anesthésiste Rémi montre en quoi le changement de paradigme de la patiente à l’usagère ébranle les fondements de la culture technique, tant dans ses représentations que dans la hiérarchie médicale :

« Quand j’ai commencé, c’était la confiance des sages-femmes et des patientes infantilisées. Maintenant, les femmes sont devenues des personnes donc je le conçois

¹⁵ Les experts du rapport de novembre 2022 de la HAS sur la sécurité de soins recommande de « s’assurer que les maternités respectent mieux la volonté des patientes dans le cadre des accouchements physiologiques » illustrant la nouvelle donne entre praticien.nes et usagères.

très bien mais ça pose plein de problèmes dans la mise au monde, c'est quand même un moment particulier dans la vie d'une femme. Ce qui se passe me choque, je l'accepte parce que je n'ai pas les cartes maîtresses » (Rémi, anesthésiste, Belle Naissance).

L'obstétricien Bastien a conscience de la différence de regard entre l'incompréhension des femmes devant le volume de gestes techniques à réaliser et la réalité épidémiologique et statistique des prises en charge standards imposées. Il s'agit pourtant d'usagères qui adhèrent à la culture technique. Là où la clinique intégrait plusieurs dimensions de l'expérience corporelle, la culture technique réduit l'expérience des femmes à une expérience biologique de l'accouchement. Ainsi, pour Bastien, il n'y a pas de discussion à avoir sur l'extension du modèle technique à toutes les femmes. Celles qui le questionnent sont renvoyées vers l'irresponsabilité ou la psychiatrie comme le notait François Laplantine (1986)¹⁶. Bastien fait le récit suivant :

« [la systématisation des usages techniques] ça induit des incompréhensions avec les femmes qui disent : "mais je ne comprends pas pourquoi il faut mettre une perfusion, pourquoi vous massez mon utérus, pourquoi vous faites des manœuvres mais laissez-moi accoucher normalement". Et c'est difficile d'expliquer aux gens que, à un niveau individuel, elle va accoucher normalement mais qu'à l'échelle d'un groupe, on perd trop de bébés et trop de mamans. Il y a clairement une scission entre les médecins et les femmes, on a du mal à faire passer une gestion des risques à un niveau épidémiologique pour une femme lambda qui n'a aucun problème et qui veut un accouchement comme ceci ou comme cela. Elle arrive avec un accouchement fantasmé et nous on arrive avec nos aiguilles et nos cathéters » (Bastien, obstétricien, Femme Heureuse).

Les dérapages hiérarchiques et institutionnels d'une pratique technique

Enfin, ces tensions peuvent conduire à des dérapages. Il s'agit du traitement des évènements indésirables liés aux soins et des faits de violence non reconnus par l'institution. Comme dans les autres situations de tension, les praticien.nes comme les usagères cité.es dans cette partie adhèrent à la culture technique.

La rupture de confiance entre médecins et usagères est rendue visible par la pratique de gestes non nécessaires sans que la parturiente en soit informée. En la

¹⁶ Pour François Laplantine, cité au chapitre 4, tout ce qui est rejet de la biomédecine est renvoyé vers des « *élucubrations* ».

matière, l'interne Rebecca explique que cette absence d'information et de consentement préalable est répandue, qu'elle concerne des gestes considérés inutiles et réalisés par les internes lors d'accouchements pour s'entraîner :

« Je n'ai rien fait parce que c'était un Vermelin mais c'était magnifique. C'était mon premier parce qu'au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'habitude, il faut s'entraîner donc on fait systématiquement des manœuvres. C'est pareil pour les jumeaux, on n'est pas obligé de faire systématiquement des versions grandes extractions (elle parle à voix basse) ... J'en ai déjà fait deux, il faut bien s'entraîner ! » (Rebecca, interne, Femme Heureuse).*

La sage-femme Martine à *Femme Heureuse* a eu l'occasion à de nombreuses reprises de signaler des situations déraisonnables, mais aucune réponse n'est donnée par l'administration. En ce sens, Martine, qui adhère pourtant à la culture technique, observe que l'institution ne prend pas en charge les problèmes liés à la hiérarchie médicale, néanmoins visibles comme tels dans ce type d'évènements. Elle prend l'exemple des anesthésistes :

« Les fiches d'évènements indésirables, c'est l'encyclopédie en huit volumes (rires) ! On n'a jamais de retour de ça (blanc). Ça sert à quoi de se battre ? L'anesthésiste qui dit qu'il vient et puis trois heures après toujours personne. La dame doit être installée. Elle ne serait pas mieux allongée en attendant que le médecin arrive ? Ce sont des personnes comme les autres, ce ne sont pas des dieux, ils sont là au service des personnes... et pas le contraire » (Martine, sage-femme, Femme Heureuse).

Dans certains cas, une application rigoureuse par un.e praticien.ne d'un protocole de soin, en urgence ou non, entraîne des formes de violence non traitées dans l'institution sauf si les usagères font des recours auprès de l'administration ou la justice. L'obstétricienne Lucille à *Femme Heureuse* affirme ainsi que sans le vouloir, elle aurait violé une patiente lors de la pose d'un forceps du fait de l'impérieuse nécessité de faire naître l'enfant :

« On m'appelle pour une primipare qui gémit beaucoup, qui ne voulait pas pousser. La patiente serrait les jambes. Elle montait sur la table, je n'arrivais pas du tout à la raisonner, elle hurlait, ça partait en vrille. Ça a duré une heure, et, à un moment donné, le gamin a commencé à bradycarder*. J'ai pris un forceps et j'ai vraiment eu le sentiment de violer cette patiente. Elle s'est mise à hurler. Il y avait une aide-soignante pour lui tenir chaque jambe. Elle s'est mise à hurler, hurler mais vraiment ce cri..., je*

l'ai violé en fait. J'ai sorti un gamin qui n'était pas trop mal. Je l'ai revue le lendemain, elle ne m'a pas décroché un mot. Je lui ai dit que je regrettais la manière dont l'accouchement s'était passé, que je ne voulais pas lui faire mal mais qu'il fallait que j'y aille pour son bébé. La seule phrase que j'ai entendue c'est le mari qui m'a dit qu'il aurait fallu lui faire une césarienne » (Lucille, obstétricienne, Femme Heureuse).

3.2 Les contradictions entre assignations sexuées et profession médicale

Nous avons souligné dans le deuxième chapitre la position ambivalente des femmes médecins adhérant au modèle de la conformité. Ainsi, il existe une hiérarchie sexuée au sein même du groupe de médecins entre femmes et hommes du fait de la division sexuée du travail et du travail reproductif intimement adossés au système de genre (Tain, 2013). Le concept de division sexuée du travail décrit par H. Hirata et D. Kergoat (1998) et D. Kergoat (2000) comprend la bicatégorisation entre femmes et hommes et la hiérarchie entre eux. Chaque groupe réalise des tâches spécifiques selon son sexe. Les exemples suivants nous en montrent les contradictions et une incompatibilité sociale à être femme et médecin.

Cette incompatibilité se manifeste dans les yeux des usagères. Il est impensable qu'une femme soit médecin. L'obstétricienne Clarisse donne deux exemples dans lesquels elle a dû se repositionner auprès des patientes qui ne la reconnaissaient pas comme médecin :

« La dame qui dit "l'infirmière ne veut pas qu'on me déclenche", tu vois ça c'est un peu dur. C'est de moins en moins le cas parce qu'avec les années j'ai gagné en assurance » (Clarisse, obstétricienne, Femme Heureuse).

Cette reconnaissance par les usagères de la légitimité des femmes médecins va de pair avec la légitimité de leur place au sein de l'équipe de travail. C'est pourquoi Clarisse insiste sur la nécessité d'être respectée en tant que médecin et donc, pour elle, de supérieure hiérarchique :

« Je veux qu'on me prenne pour qui je suis. Disons qu'à partir du moment où les responsabilités sont juste pour soi, enfin on n'est pas épicier quoi ! Ça passe par le

respect que les gens doivent t'accorder, que ce soit les patients ou les collègues avec qui tu travailles » (Clarisse, obstétricienne, Femme Heureuse).

Concernant sa position hiérarchique, l'obstétricienne Clarisse évoque un autre exemple relatif à son autorité vis-à-vis des sages-femmes. Pour ce faire, elle imite les stéréotypes militaires et virils, « *c'est un problème personnel de physique rajouté au fait que je sois une fille. Alors je dois avoir une attitude stricte, je suis certainement un peu militaire* ». Clarisse met sa posture sur le compte de sa formation et de son corps professionnel :

« Je sors d'un clinicat où on m'a imposé d'être hyper carré et ça ne laisse pas de place à l'oisiveté, ils m'ont construit une personnalité militaire... C'est pour ça qu'on m'a caricaturée pour mon départ de cheffe, ils ont fait un petit film avec des sages-femmes qui font un salut militaire en rang d'oignon avec des bottes qui font un bruit de cowboy et je ne suis pas vexée parce que c'est nécessaire... sinon je suis une petite souris » (Clarisse, obstétricienne, Femme Heureuse).

Cette incompatibilité sociale d'être femme et médecin peut même aller jusqu'à des humiliations exercées par des hommes médecins sur leurs consœurs. Ainsi, à *Femme Heureuse*, deux obstétriciennes sont mises en concurrence pour être de garde en salle d'accouchement le mercredi, jour de garde des enfants. Les tensions ont été telles que lors d'une observation, une des obstétriciennes est partie en pleurant du bureau. Une des sages-femmes l'a suivie de peur qu'elle ne fasse une tentative de suicide depuis son bureau du premier étage. On retrouve cette obstétricienne dans un des récits de l'interne Rosalie qui ressent les fortes tensions entre cette obstétricienne et l'un de ses collègues. Rosalie confirme ce que nous avons remarqué à propos de la construction des protocoles et du huis clos qui l'entoure. À la hiérarchie médicale se superpose une hiérarchie genrée :

« Mme X bosse bien, je ne comprends pas pourquoi le M. Y. ne la supporte pas. Ça reste un conflit entre eux. Je sens que c'est un peu lourd notamment dans leurs petites

réunions où on n'est pas convié, ils parlent de leur planning de garde et des protocoles » (Rosalie, interne, Femme Heureuse).

3.3 Les tensions et les stratégies dans le quotidien du couple sage-femme/médecin

Nous repérons que le fonctionnement du couple sage-femme/médecin dans le quotidien de la hiérarchie hospitalière s'apparente à la logique d'un couple hétéronormé. Au médecin le travail technique valorisé, à la sage-femme la charge mentale constante à propos de la gestion quotidienne. Cette gestion concerne la propreté des locaux, la bonne réception du matériel, les patientes qui consultent en urgence et celles qu'il faut accoucher, le médecin qui ne vient pas et celui qui est trop présent. Auteure du concept de « charge mentale », Monique Haicault note que

« l'enjeu consiste à organiser, donc faire tenir ensemble, les successions de charge de travail, de les imbriquer, de les superposer, ou au contraire de les désimbriquer, de fabriquer des continuités. [...] Travail de montage des pratiques, plongés dans l'immanence et l'histoire, pour lequel les femmes acquièrent au fil du temps une qualification sociale silencieuse et sans prix, la charge mentale de cette gestion très ordinaire nous paraît toujours au bord de la rupture » (Haicault, 1984, p.272-274).

C'est dans ce contexte genré que nous allons appréhender les interactions et les stratégies internes à la hiérarchie d'une salle d'accouchement.

Les tensions professionnelles face aux procédures et à la hiérarchie

La prise de décision médicale est un moment essentiel du travail au sein de la salle d'accouchement. On a pu observer plusieurs situations de tensions face aux procédures standardisées et/ou à l'autorité médicale parmi les sages-femmes qui adhèrent à la culture technique qui vont du sentiment d'injustice face à des reproches jusqu'à une mise en examen au niveau judiciaire.

Une première tension entre sages-femmes et médecins a trait au sentiment d'injustice. Certaines sages-femmes expriment un malaise relationnel concernant le contrôle de certains médecins sur leur activité courante. Elles vivent mal les reproches qui peuvent leur être faits comme le raconte Véronique : « *ce qui me perturbe, c'est*

de me faire engueuler parce que j'ai oublié un mot-clé sur la consultation, des choses futiles ». Les reproches peuvent concerner leurs pratiques professionnelles alors même qu'elles respectent les procédures internes. Véronique précise que :

« ce qui est difficile pour moi, c'est d'être confrontée à des supérieurs hiérarchiques qui ne sont pas toujours intègres et constants dans leurs décisions, qui ne mettent en danger personne, mais qui peuvent être très déstabilisants au niveau relationnel avec les personnes qui me font ces réprimandes et qui pourrait perturber mes pratiques professionnelles » (Véronique, sage-femme, *Femme Heureuse*).

Une autre tension concerne le sentiment des sages-femmes de ne pas avoir de poids dans les décisions et de subir les décisions médicales. Ainsi la sage-femme Élodie se trouve démunie face aux hésitations d'un médecin ou un environnement médical conflictuel auprès de la patiente :

« Ça met mal à l'aise les hésitations d'un médecin. On se doit de prendre les bonnes décisions au bon moment... Si je passe le relai, c'est que je compte sur le médecin pour qu'il fasse les choses. Un forceps avec un médecin qui n'attend pas que l'anesthésie fasse effet, les conflits entre médecin et anesthésiste qui s'injurient, le forceps sans anesthésie, la femme qui hurle... On n'a aucun contrôle sur ce qui se passe en tant que sage-femme » (Élodie, sage-femme, *Femme Heureuse*).

Ce conflit implicite peut aller jusqu'à mettre potentiellement en cause la responsabilité professionnelle d'une sage-femme, devant appliquer une décision imposée par un médecin et contraire à son avis. En effet dans certains cas, l'interprétation d'un médecin peut conduire une sage-femme à devoir mettre en œuvre une prescription médicale contraire aux bonnes pratiques ou aux procédures internes. Ainsi, Martine nous relate l'exemple d'une prescription contre-indiquée dans les bonnes pratiques qu'une jeune sage-femme n'oserait pas refuser. Pourtant, son accord l'engage devant un juge en cas de procédure administrative ou pénale :

« Dire à une jeune sage-femme d'aller poser un gel de Prostines sur un utérus cicatriciel*... C'est dur de dire non, ça ne se fait pas, elle va s'en ramasser plein la tête et puis le propre de notre profession, c'est d'avoir toujours le cul entre deux chaises.*

Si on ne dit pas qu'on n'est pas d'accord avec la conduite à tenir devant un juge, ça veut dire qu'on est d'accord » (Martine, sage-femme, *Femme Heureuse*).

Enfin, un cas particulièrement aigu de tensions a trait aux accouchements pathologiques qui aboutissent parfois à une judiciarisation des relations. L'intervention de l'expertise médico-légale dans ces cas limites se généralise alors à l'ensemble des accouchements par le biais de procédures. C'est ainsi qu'on comprend peu à peu, au cours de l'entretien de la sage-femme Armel, l'origine de son ressenti et de la transformation de sa pratique. Elle nous explique en effet, dans un premier temps, qu'elle a « *toujours en tête le médico-légal, ce qui fait que parfois [elle a] des tocs (rires)* » et que « *toutes ces années de pression [l']ont conduit[e] parfois à l'extrême technique...* ». Devant notre étonnement, elle fait le récit de l'accouchement d'une femme avec utérus cicatriciel* et de sa mise en examen avec non-lieu à l'origine de ses comportements ultérieurs :

« J'ai été mise en examen pour ça. Patiente utérus cicatriciel, dans une clinique privée. Il y a eu expertises, contre-expertises. Dans tous les rapports, il est noté qu'il n'y avait pas de tocométrie interne*. Et que c'est une surveillance médico-légale. Au final, un non-lieu pour tout le monde. Sa rupture utérine était corporeale*, donc utérus cicatriciel* ou pas, surveillance technique ou pas, elle l'aurait faite quand même sa rupture »* (Armel, sage-femme, *Femme Heureuse*).

Les stratégies paradoxales d'autonomie des sages-femmes

Si le travail des médecins est organisé par la gestion des risques, les sages-femmes semblent paradoxalement plus autonomes face à la technique biomédicale. La sage-femme Armel montre que de nombreuses situations peuvent être résolues de différentes manières et que la technique n'est pas omniprésente mais fait partie d'un éventail de solutions dès lors qu'aucune pathologie n'est diagnostiquée :

« Ce n'est jamais la même situation, c'est toujours nouveau. Pour faire ce métier, il faut de la rigueur, savoir faire des gestes techniques et toujours se demander ce qu'on peut améliorer. Ça peut être la femme qui arrive et qui stagne pendant le travail, qu'est-ce que je vais faire ? Est-ce que je me précipite ? Ça amène à réfléchir... Est-ce que je lui laisse du temps et on verra en fonction de la clinique ? Est-ce que j'interviens et je médicalise tout de suite ? ou l'apparition d'une pathologie qui nous amène à nous

questionner sur telle ou telle conduite à tenir » (Armel, sage-femme, *Femme Heureuse*).

Armel rend également visible la capacité des sages-femmes à « tordre » la vérité biomédicale. Quand elle dit que « *la femme sans péridurale**, je vais faire comme si la dilatation du travail d'accouchement ne s'était pas arrêtée, je l'envoie marcher et puis on verra », elle souligne qu'elle peut se permettre de mentir sur la dilation d'une patiente pour se laisser plus de temps dans sa prise en charge avant d'appeler un médecin. La sage-femme Catherine à *Femme Heureuse* le dit également. En fonction du médecin de garde, Catherine prend plus ou moins d'initiative hors de ses compétences légales :

« Pour les médecins, c'est médecin dépendant. Ne pas se lever, donner une conduite à tenir au bout du téléphone la nuit. Si c'est une personne avec qui je suis moins à l'aise, je prends plus de choses sous mon couvert parce que je n'ai aucune confiance dans tel médecin de garde, ce n'est pas bien parce qu'au final en cas de pépins, ils ne me couvriront pas du tout » (Catherine, sage-femme, *Femme Heureuse*).

L'interne Rosalie raconte également que les sages-femmes n'attendent pas qu'une décision soit prise par le médecin mais qu'au contraire, une des clés de résolution liée à leur capacité de charge mentale est l'anticipation. Dans les faits, ce sont bien souvent les sages-femmes qui prennent les décisions du quotidien :

« La sage-femme a pris de l'avance au cas où on parte au bloc en code rouge. Un sondage vésical à demeure*, si césarienne*, ça fait gagner du temps. On est parti après que le bébé ait récupéré et la sage-femme avait déjà fait les lactates*... L'auxiliaire de puériculture est venue nous donner le résultat. Dix minutes après, la patiente sentait que ça poussait, elle était à dilatation complète avec une présentation engagée. Avec mon chef, on est entré dans la salle et on allait demander à la sage-femme de s'installer mais là, pareil, elle était déjà en train de s'habiller »* (Rosalie, interne, *Femme Heureuse*).

Enfin, au-delà de l'autonomie professionnelle, certaines sages-femmes s'affirment dans l'opposition face à certaines décisions médicales. Tout en acceptant de prendre en charge la patiente, Martine prévient la filière administrative de son refus de suivre le médecin dans sa décision :

« Il m'est arrivé l'année dernière d'appeler la cadre de garde pour qu'elle note que je n'étais pas d'accord avec la conduite à tenir et que je ne serais qu'exécutante dans le dossier » (Martine, sage-femme, *Femme Heureuse*).

4 Tensions, résistances et dépassement face à la technique et la hiérarchie biomédicales

« Dans les années 1980, on a médicalisé l'accouchement, c'était la nouveauté. Il n'y avait pas cette dualité entre médecins et sages-femmes et leur conseil de l'ordre depuis vingt ans, ça pose des problèmes. Mais ça ce sont les gynécologues de CHU qui ont accepté ça. Ça pose plein de problèmes relationnels maintenant » (Rémi, anesthésiste, *Belle Naissance*).

Malgré le discours de l'anesthésiste Rémi, les modèles citoyen et cosmique peinent à se rendre visibles tant les normes biomédicales sont hégémoniques.

4.1 Les résistances du modèle de la citoyenneté face à la biomédicalisation

Cette sous-partie s'intéresse plus particulièrement aux formes de « violences dans les organisations » (Herrerros, 2010) issues des résistances aux normes biomédicales. Gilles Herreros souligne qu'avec ce choix d'énoncé :

« L'organisation apparaît comme une enveloppe [...] au sein de laquelle s'exerce de la violence. Dès lors, quelques questions s'imposent : quels sont les vecteurs de cette violence, ses supports, ses auteurs, ses figures, ses relais, ses laudateurs, et ses victimes bien sûr ? » (Herrerros, 2012)

Dans l'extrait suivant, l'homme sage-femme Éric à *Belle Naissance* explicite ce qui fonde pour lui la base relationnelle du modèle citoyen, à savoir l'écoute et le respect du choix des patients : « Notre but, c'est que les parents aient le choix. Ce que je veux, c'est que tout le monde ait la naissance qu'il souhaite ».

La spécificité du modèle de la citoyenneté est la remise en cause de la biomédicalisation à travers la résistance aussi bien à la culture technique qu'à la hiérarchie professionnelle qui l'incarne. Cette contestation s'enracine très tôt dans les parcours professionnels comme le montrent les prises de conscience de sages-femmes alors qu'elles étaient encore étudiantes.

Dès les études de sages-femmes, des prises de conscience de la violence de la biomédicalisation

La résistance aux contraintes de la biomédicalisation prend naissance dans l'apparition de la violence des normes inculquées dans l'apprentissage du métier. En effet, la formation des sages-femmes est révélatrice des violences propres à l'obstétrique en particulier et à l'hôpital plus généralement (Nasi, 2021). Dès les années 2000, le journal *Libération* se fait l'écho de la situation des étudiantes à l'école de sage-femme de Toulouse où l'ancienne directrice de l'école

« avait des attentions pour ses étudiantes : “Ayez autant de Jules que vous voulez mais avalez d'abord la boîte de pilules”. Au motif que leurs études étaient “incompatibles” avec la vie de famille, elle ne voulait pas voir de grossesses dans son établissement » (Laval, 2002).

Dix ans plus tard, le journal *Le Monde* publie un article qui révèle la maltraitance des étudiantes sages-femmes (Cottin, Tournier, 2010). Dans les entretiens rapportés par l'enquête, les étudiantes expliquent se sentir déconsidérées, les sages-femmes leur demandent de nettoyer des traces de sang dans les salles d'accouchement, on leur reproche d'avoir mal nettoyé telle ou telle salle d'accouchement. Juliette, sage-femme à *Femme Heureuse*, relate également ses difficultés durant sa formation :

« [À propos des études de sages-femmes]. Je suis tombée de haut. On ne m'apprenait que des gestes techniques, beaucoup de violences, beaucoup de lumière avec le scialytique, beaucoup de personnes, peu de respect de l'intimité, j'ai vu des femmes passives avec beaucoup de violences faites aux femmes, des sages-femmes qui parlaient mal, verbalement, des violences physiques, il y a des touchers vaginaux qui sont mal*

vécus. Ce sont des études où on n'est pas considérée comme des êtres humains, avec un harcèlement moral constant » (Juliette, sage-femme, Femme Heureuse).

Violence de l'apprentissage des normes, mais également violence envers les parturientes. Dans le récit suivant, la sage-femme Justine était encore étudiante. Elle nous raconte les violences subies par une jeune femme de dix-huit ans en raison de son origine rom tout au long de son accouchement :

« J'étais en troisième année, j'ai voulu faire une déclaration à SOS racisme. Il y a eu une arrivée massive de rom à cette époque. J'ai vu une petite primipare de dix-huit ans qu'on a laissé hurler devant le couloir, en salle d'attente et puis après, dans sa chambre. Elle s'est mise à pousser toute seule dans son lit. Là branle-bas de combat, ils l'ont jetée sur une table et c'était vraiment ça... attachée sur les étriers et je dis bien attachée... Ils lui ont hurlé dessus parce que, évidemment, il fallait lui poser une perfusion en urgence alors qu'elle était en train de pousser avec le bébé qui allait sortir tout seul... Je me mets des gants stériles et là la sage-femme me dit "tu peux le faire celui-là d'accouchement, ce n'est pas un problème et t'embête pas à mettre des gants stériles, c'est gâché" » (Justine, sage-femme, Femme Heureuse).*

Dans l'expérience professionnelle, des contestations de la culture technique et des hiérarchies

Dans l'exercice professionnel, ces prises de conscience se concrétisent par une contestation de la culture technique et de la hiérarchie hospitalière.

Ainsi, les professionnel.les que nous avons identifié.es comme relevant du modèle citoyen remettent en question la culture technique, la systématisation des actes afin de réduire les risques. L'obstétricienne Madeleine met en évidence dans son récit la contradiction de l'obstétrique française. Elle explique ses doutes quant à l'utilité de l'ensemble des actes techniques à partir d'une comparaison avec les résultats épidémiologiques des Anglais qui ne mobilisent pas tout l'arsenal technique français :

« Entre les Anglais et nous, les études disent qu'on a les mêmes résultats mais sans faire tout ce qu'on fait chez nous, c'est très troublant quand même. Parce qu'avec nos monitorings et nos lactates*, on a l'impression qu'on sauve des bébés donc au final,*

on a le sentiment qu'on n'est pas bon, en fait. C'est quand même c'est très troublant... »
(Madeleine, obstétricienne, *Femme Heureuse*).

Les résistances concernent également les rapports entre professionnel.les. En effet, dans certaines situations, les sages-femmes répliquent aux médecins malgré le contexte hiérarchique. Les tensions sont telles que le conflit s'engage. C'est ce que rapporte la sage-femme Lucienne :

« Les médecins nous gênent, ils sont néfastes. Je me suis surprise, il n'y a pas très longtemps, j'ai pété les plombs et non, moi, je ne veux plus que l'on nous parle comme ça. Chacun sa place, je sais où s'arrête mon rôle, je pense savoir mais là, les médecins nous parlent comme si on était le larbin du coin ! Ce sont des gens auxquels parfois tu n'oses pas dire parce qu'il y a la hiérarchie » (Lucienne, sage-femme, *Femme Heureuse*).

Des violences en retour des résistances

Comme on va le voir dans les deux entretiens qui suivent, la violence que ces sages-femmes décrivent est la résultante directe de leur résistance. La sage-femme Juliette nous montre le niveau d'exaspération dans lequel elle se trouve. À la suite d'un appel au médecin de garde pour une de ses patientes, le médecin arrive dans le service et l'injurie devant l'ensemble de ses collègues sans aucune raison :

« Je me suis faite insulter l'autre jour parce que j'ai bipé le médecin de garde ! Il est venu quarante-cinq minutes après, il m'a incendiée, insultée, que lui, il avait autre chose à faire, que c'était inadmissible que je l'appelle. Je lui ai répondu "désolée, mais tu es de garde, tu n'as qu'à me dire écoute, je suis occupé, je te rappelle dès que je peux". Mais là je me suis pris une soufflante devant les aides-soignantes, devant ma collègue sage-femme, devant un autre médecin qui était en train de bouffer sa purée, j'ai cru que j'allais lui balancer la purée dans la gueule... » (Juliette, sage-femme, *Femme Heureuse*).

Le stade suivant est celui des violences physiques. Dans un contexte de procédure judiciaire, la sage-femme Justine est interpellée par un médecin qui défend à l'évidence son collègue aux prises avec la justice et qui veut intimider Justine :

« [À propos d'un procès]. Faute disciplinaire, c'est dans ton dossier, ça marque ta carrière. La collègue auxiliaire était très mal aussi. Le lendemain de l'annonce qu'il y aurait un procès, un des obstétriciens m'a plaquée contre le mur pour me dire (pleurs

+++ . L'entretien est interrompu quelques minutes, la sage-femme n'est plus en mesure de parler.) Il me dit : " Ne t'inquiète pas, tout va bien ; mais c'est comme ça, on n'a rien à te reprocher". L'obstétricien qui était responsable était au bout du couloir il n'a rien dit. (Pleurs++) » (Justine, sage-femme, Belle Naissance).

4.2 Le dépassement du modèle biomédical avec une posture cosmique

L'exercice hospitalier et l'hégémonie technique qu'on y observe rendent la présence de professionnel.les que nous avons identifié.es comme relevant d'un modèle du cosmos quasiment improbable.

Pour autant, une posture de résistance à la biomédicalisation peut permettre à certaines sages-femmes adhérant à une conception cosmique de l'accouchement de se bâtir un espace professionnel d'exercice à l'intérieur même de l'hôpital. C'est le cas de la sage-femme Éva illustré par le récit de l'accouchement « *incontrôlable* » d'une femme ayant un utérus cicatriciel*, potentiellement à risque de complications. Dans une situation similaire, l'obstétricienne Lucille à *Femme Heureuse* a décidé un passage en force et la pose d'un forceps avec les conséquences physique et psychique qu'on a observées pour la patiente¹⁷. Éva, quant à elle, montre qu'une autre manière de faire est possible dans une posture d'opposition frontale à la biomédicalisation. Elle assume de prendre sur elle les risques potentiels sans prévenir la hiérarchie médicale.

« *Cet accouchement, c'était du grand n'importe quoi ! (Rires). Elle ne sentait rien, le petit à la vulve, tu voyais les cheveux, tu essayais de la faire pousser, que dalle, elle ne sentait rien du tout. Je lui dis "Écoute Déborah, la péridurale*, ça suffit, il faut que tu accouches". Ça faisait juste une heure et demie qu'elle était à dilatation complète avec son utérus cicatriciel*. On n'allait pas lui faire un forceps juste parce qu'elle ne pousse pas. Du coup elle me dit "ok, coupe la péridurale*, en plus au début je voulais tout sentir et accoucher sans péridurale*" ... En fait, elle ne poussait pas parce qu'elle avait peur et donc du coup on est passé de "je ne sens pas" à "je hurle" mais des hurlements incontrôlables du genre "ahhhhhhh" (Éva mime le hurlement) ! Elle s'est mise donc à hurler, à devenir complètement hystérique, je ne savais plus ce que je captais ce que je*

¹⁷ Cf. § 3.1, p.191.

ne captais pas. J'ai essayé de l'engueuler pour la recapter. À un moment elle a attrapé Amandine (l'auxiliaire), elle l'a griffée, elle a essayé de la déshabiller, je voyais les boutons qui pétaient, elle a fini perpendiculaire à la table en train d'étrangler l'auxiliaire, un pied sur moi et un pied par-dessus l'épaule de la copine. La scène est apocalyptique ! » (Éva, sage-femme, Belle Naissance).

De plus, ce rejet de la biomédicalisation se double d'une expérience de l'accouchement entre une expérience vécue relevant du Féminin sacré et de la Destinée. Sans le dire expressément, Éva rappelle la figure mythologique des trois Parques de la mythologie romaine et plus particulièrement la Parque Nona qui tisse le fil du Destin et préside aux naissances. Ainsi, la sage-femme Éva note qu'« *il faut arrêter de se flageller... Cette fragilité de la vie, te dire que toi tu es là et que tu as cette responsabilité là...* ». Concrètement, cela signifie qu'il faut faire confiance à la destinée, quand une situation d'accouchement devient incontrôlable. La suite de l'accouchement dont Éva a débuté le récit illustre sa confiance envers les femmes :

« On s'est regardées toutes les trois avec sa copine et on s'est pris le fou rire du siècle. Du coup tu avais Myriam, la copine et moi, on pleurait de rire, elle qui hurlait et le bébé qui était juste là. J'ai senti qu'il fallait qu'elle me fasse confiance. Je lui ai demandé de toucher la tête du bébé donc elle l'a touchée, elle s'est calmée et elle a poussé... une fois. En fait, elle ne me croyait pas ! (Rires) » (Éva, sage-femme, Belle Naissance).

Ainsi, l'aspect mécanique est mis de côté, ce qui compte, c'est qu'il s'agisse de « *naissances sacrées* ». La sage-femme Éva ajoute ainsi que « *pour que la naissance ait cet aspect sacré, il faut que les parents participent et toi, tu es là pour les aider à aller sur ce chemin à eux. Le côté spirituel, c'est la conscience que ce n'est pas qu'un bébé qui arrive* ». Elle est certainement la sage-femme que nous avons rencontrée qui est la plus précise sur cette définition des représentations cosmiques du corps. Une de ses collègues à *Belle Naissance*, Camille, qui se reconnaît également dans ce modèle, explique en quoi consiste l'accompagnement auprès des femmes qui sont en demande de cette approche spécifique. Cet accompagnement fait circuler les énergies. Le témoignage de Camille n'est pas sans rappeler le discours d'Olivier à *Femme Heureuse*¹⁸ :

¹⁸ Cf. chapitre 3, § 3.3, p.124.

« Certaines femmes nous pompent de l'énergie, des fois c'est difficile pour ça... accompagner des femmes en salle nature, ça nous demande une disponibilité physiquement mais aussi émotionnellement c'est parfois lourd à supporter. Ce qui est le plus difficile c'est toute l'énergie que ça prend et arriver à se protéger... ça peut être violent... on nous aspire notre énergie » (Camille, sage-femme, Belle Naissance).

Pour conclure ce paragraphe sur les tensions, les résistances et les formes de dépassement du modèle biomédical, on note que la crise de la biomédicalisation conduit dans certains cas aux conflits et à la violence. Il reste néanmoins des formes cosmiques de dépassement, le destin et la vie sont plus forts que la culture technique.

*

*

*

L'époque contemporaine se caractérise par l'hégémonie des représentations technique, biomédicale et biologique du corps. Dans la première partie, nous avons montré que cette hégémonie est associée à une conformité avec le système de genre. Avec ce chapitre, nous affirmons que la conformité au système genre se double d'une conformité à la culture technique et à la hiérarchie sociale, sexuée et professionnelle à l'avantage des médecins comme en témoigne l'analyse des biographies professionnelles et individuelles.

L'hégémonie de la culture technique a mis en lumière la spécificité de l'imbrication du système de genre et de la biomédicalisation.

Cette imbrication se manifeste tout d'abord dans les rapports des médecins avec les parturientes. Nous avons observé leur effacement comme sujet, effacement associé à la priorité donnée au fœtus par les professionnel.les. De plus, les professionnel.les, que nous avons désigné.es comme conformes, condamnent à l'infantilisation par le biais de procès en irrationalité les femmes qui souhaitent refuser ou négocier les normes biomédicales.

Au-delà, dans le champ professionnel, cette imbrication est rendue invisible renforçant ainsi l'effet de domination. En effet, cette domination exercée par les médecins sur l'activité des sages-femmes n'a pas de fondement légal. Cette autorité s'est inscrite historiquement dans une prétendue complémentarité naturelle entre sages-femmes et médecins. C'est ainsi que s'est bâtit la limite de la portée émancipatrice du cadre légal de la pratique professionnelle.

Chapitre 6

L'expérience des femmes et des couples à l'épreuve de l'imbrication du système de genre et de la biomédicalisation

« Dans notre entourage, on a des gens qui nous disent qu'on les a super bien entourés. À leur place j'aurais acheté une kalachnikov ! J'hallucine que ça, c'est considéré comme être bien traitée... »

Joëlle, La Voix des parents.

Comment les femmes, les couples font face à la biomédicalisation de l'accouchement ? À partir des trois modèles que nous avons esquissés dans la première partie, nous poursuivons l'analyse des effets de l'imbrication du système de genre et des normes biomédicales. Le modèle de la conformité, majoritaire, est celui de l'adhésion au système de genre et aux représentations biomédicales du corps. Le modèle citoyen est celui du décalage au système de genre et correspond aux représentations relationnelles du corps. Enfin, le dernier modèle, celui du cosmos, correspond soit à une approche naturaliste soit une approche différentialiste du genre et aux représentations sacrées du corps.

À l'exception du paragraphe sur les paradoxes propres au modèle de la conformité, chaque paragraphe aura pour enjeu de rendre visible l'expérience emblématique de la biomédicalisation des femmes et des couples en fonction du modèle que nous avons identifié. Nous nous attacherons également à analyser la spécificité de l'imbrication de ces deux rapports sociaux afin d'en dégager une dynamique propre pour chaque modèle.

1 Un modèle majoritaire de double conformité au genre et à la biomédicalisation

Nous illustrons notre propos par dix-sept entretiens que nous considérons comme emblématiques du modèle de la conformité parmi dix-neuf entretiens de femmes et de couples.

À Femme Heureuse, nous avons mené des entretiens avec Carole et Nicolas, Maryline et Régis, Angélique, Jenna et Yves, Natacha et Olivier, Sandra, Marjorie et Sébastien, Nathalie, Céline et Sébastien, Aline. À Belle Naissance, nous avons interrogé Asma, Florence, Josiane. Au sein des associations, La Voix des parents et l'APGL, nous avons échangé avec Élise, Camille, Émilie et Charlotte, Estelle et Henri. Enfin, nous ajoutons trois entretiens avec des professionnel.les : Dorine, sage-femme et Viviane, interne, à Femme Heureuse et Rémi, anesthésiste à Belle Naissance.

Dans le chapitre trois, nous avons repéré une conformité au système de genre pour les femmes et les couples adhérant à une conception biomédicale de

l'accouchement. L'objectif de cette première partie est d'approfondir comment se joue la conformité à la biomédicalisation en miroir avec la conformité au système de genre. De même que dans le chapitre précédent sur les professionnel.les, nous appréhenderons tout d'abord le rapport social de biomédicalisation à partir des deux piliers de ce processus, la culture technique et la hiérarchie professionnelle. Puis nous nous intéresserons aux effets de l'imbrication du système de genre et de la biomédicalisation.

1.1 Une expérience renforçant la conformité à la culture technique

L'expérience de l'accouchement en contexte biomédical est majoritairement celle de la conformité à la culture technique qui correspond au discours professionnel du « *risque incompressible* » (Nisand, 1994 ; Naiditch, 1998). De plus, il s'agit d'une expérience performative qui aboutit à un renforcement de l'emprise technique sur les corps dont la suppression de toute sensation physique semble être un corollaire.

La conformité à la biomédicalisation

La conformité à la biomédicalisation, c'est tout d'abord l'adhésion à la culture technique, fondée sur une évidence sociale du risque, couplée à une recherche de sécurité et à une croyance en la toute-puissance hospitalière. Or ces différentes caractéristiques vont se trouver renforcées par l'expérience.

En premier lieu, on note, à l'instar de Carole et Nicolas, que le choix du lieu de naissance est orienté vers le plus haut niveau de sécurité perçu par les parents, non pour la sécurité de la mère, mais pour celle de l'enfant à naître. Ainsi, Carole précise :

« *À la clinique, c'est le niveau zéro pour le bébé. À l'hôpital, il y a une néonata* donc la question ne se pose pas. C'est l'hôpital* » (Carole, 2^e enfant, *Femme Heureuse*).

En ce sens, les futurs parents contribuent à l'extension du tout technique par le biais d'une organisation des soins déséquilibrée au profit d'établissements hospitaliers de

type II et III* dont l'objet est le traitement de la pathologie de la grossesse et la prise en charge des nouveau-nés prématurissimes¹.

D'une autre façon, l'expérience de l'accouchement, le sien comme celui des autres femmes de l'entourage, vient confirmer la nécessité de la médicalisation du corps. Élise, en couple avec une femme, raconte après son premier accouchement :

« Heureusement que j'étais à l'hôpital ! J'ai perdu deux litres de sang, j'ai cru que j'allais mourir. Ils m'ont sauvé la vie. Vraiment » (Élise, 1^{er} enfant, APGL).

L'expérience vient ainsi attester le discours médical du risque incompressible. Maryline et Régis font également l'expérience de la violence manifestée par les corps lors de l'accouchement. Après l'accouchement de Maryline, il leur a fallu partir immédiatement pour laisser la place à une femme en grande difficulté :

« Maryline : Je ne suis pas restée très longtemps même pas deux heures parce qu'il y avait une grosse activité, les femmes accouchaient toutes ! Régis : Il y a une dame aussi qui est entrée en hurlant qu'elle voulait mourir, ils l'ont endormie complètement d'ailleurs » (Maryline et Régis, 1^{er} enfant, *Femme Heureuse*).

En ce sens, l'expérience vécue, tout comme les observations du candide dans la salle de naissance, concourt à construire une vision apocalyptique de l'accouchement, qui justifie une intervention systématique du système médical.

Une conception biomédicale performative

De façon plus radicale, la conception biomédicale de l'accouchement met en route un circuit d'auto-renforcement de cette conception. En effet, l'adhésion à la technicisation de l'accouchement fait évoluer les représentations que les femmes se font de leur propre corps, conduisant à une absence de perception, de sensation de leur corps et par conséquent à un renforcement de l'emprise technique. C'est ce que montrent les exemples suivants.

¹ Les auteurs d'un récent rapport de l'Académie Nationale de Médecine (Ville, Rudigoz, Hascoët, 2023) s'appuient notamment sur la demande des couples pour demander au gouvernement la fermeture de toutes les maternités qui réalisent moins de mille accouchements par an.

Ainsi, plusieurs femmes interrogées sont demandeuses d'une technicisation supplémentaire en particulier au début de la grossesse. C'est le cas de Marjorie qui déclare :

« Le fait de n'avoir une échographie qu'à deux mois et demi, ça m'a perturbée. J'ai fait mon test urinaire puis un test sanguin et puis après on ne sait pas ce qui se passe dans notre corps. On ne peut pas voir si tout va bien, si le cœur bat bien » (Marjorie, 1^{er} enfant, *Femme Heureuse*).

L'expérience de l'usage technique remplace l'incarnation de la chair, selon les mots de Henry (2000). La technique parle du corps sans que les femmes n'en éprouvent l'expérience. Jenna fait une expérience similaire :

« J'avais de la chance parce que mon gynécologue me faisait une échographie à chaque fois. Normalement, c'est trois, mais avec moi, à chaque fois, il fait dix minutes d'écho pour voir qu'il grossit et ça fait toujours plaisir de voir le bébé » (Jenna et Yves, 4^e enfant, *Femme Heureuse*).

L'échographie vient remplacer la perception que les femmes ont de leur corps. Quand Jenna parle de son bébé qui grossit, elle en a la perception physique car son utérus grandit, le poids est plus lourd à porter. Pour autant, c'est l'échographie qui fait foi. C'est le même ressenti pour Asma :

« Je suis allée voir le généraliste, je pensais que j'étais malade. Il m'a demandé de faire des examens et une échographie et là j'ai appris que j'étais enceinte de quatre semaines » (Asma, 1^{er} enfant, *Belle Naissance*).

Quand la culture technique transforme les représentations mêmes du corps

La perception même du corps gestant et le corps gestant lui-même sont transformés par l'expérience biomédicale. Durant les observations à *Femme Heureuse*, nous avons rencontré plusieurs femmes qui occupaient des lits de « grossesses pathologiques » dans l'unité de suites de couches. Nous avons été frappés de voir les utérus déformés de femmes qui gardaient la marque des capteurs externes de monitoring*. Certaines ont eu, en effet, trois enregistrements par jour du cœur fœtal et de leurs contractions. L'une d'elles dit également être soulagée de bénéficier d'une césarienne* le lendemain de notre entretien car « *j'empoisonne mon bébé* ». Cette

femme a développé une pathologie, l'allo-immunisation*, qui fait que son corps produit des anticorps qui visent les globules rouges du fœtus et qui conduit à une potentielle mort fœtale ou néonatale. Cette représentation du sang féminin empoisonné n'est pas sans rappeler les discours d'une partie du corps médical au XIX^e siècle sur les menstrues qui justifiaient scientifiquement les préjugés populaires. Ainsi, Jean-Yves Le Naour et Catherine Valenti constatent que

« Bien des thèses de médecine consacrées à la menstruation font une large part aux traditions, aux croyances superstitieuses, voire aux interdits religieux entourant la femme indisposée. Il est frappant de constater que les préjugés médicaux rejoignent les préjugés sociaux, et que les médecins entérinent le plus souvent les injonctions des théologiens » (Le Naour, Valenti, 2001).

Au-delà, la technique va être mobilisée par les femmes comme un moyen de supprimer toute sensation du corps, volontairement. Florence relate la pose de la péridurale* :

« Je ne supporte pas d'avoir mal. L'anesthésiste est arrivé, j'ai eu ma piqûre et au bout d'un quart d'heure, je ne sentais plus mes jambes et je voyais mes contractions sur le monitoring monter à soixante-dix. Je ne sentais plus rien. Génial. On rigolait, on se fendait la gueule et on attendait le bébé »* (Florence, 2^e enfant, *Belle Naissance*).

Cette fois, il ne s'agit pas d'utiliser la technique pour comprendre ce qui se passe dans le corps, pour éclairer des sensations, y mettre des mots, mais bien de faire taire le corps, la douleur, les sensations.

1.2 Une obéissance à la hiérarchie médicale

Un autre pilier de la conformité aux normes médicales consiste en une obéissance à la hiérarchie hospitalière et à ses contraintes organisationnelles. Dans les exemples qui suivent, nous observons que celle-ci peut prendre plusieurs formes.

« Céder n'est pas consentir » (N.-C. Mathieu, 1991)

La première forme d'adaptation aux contraintes de la hiérarchie et de l'organisation médicale consiste en un consentement partiel des femmes du fait de

leurs connaissances lacunaires de l'hôpital et des rapports de pouvoir intrinsèques à l'organisation hospitalière. Nous reprenons en ce sens l'analyse de N.-C. Mathieu :

« La question du prétendu “partage” par les femmes des représentations, idées et valeurs de la société, dont on montre qu'il ne saurait s'agir, dans nombre de sociétés dont la nôtre, que d'un partage inégal, au rabais, canalisé et mystifié. L'opprimée n'a de “sa” (?) société, de l'idéologie des puissants comme du fonctionnement réel du système des sexes, qu'une connaissance partielle, fragmentaire ; et c'est une conscience contrainte, médiatisée et limitée qu'elle va appliquer à des champs tout aussi limités » (Mathieu, 1984).

Dans les récits de Nathalie et d'Angélique, les femmes cèdent. Elles se soumettent même si ce n'est pas leur désir initial comme elles le racontent dans les entretiens ultérieurs à leur accouchement. Ainsi, Nathalie souhaitait une péridurale* pour son accouchement mais le choix du moment de la pose de l'analgésie a été défini par les contraintes organisationnelles, l'acte médical étant lié à la disponibilité ou non de l'anesthésiste² :

« La sage-femme m'a demandé si je voulais une péridurale et elle m'a dit “on la pose maintenant parce que vous n'en aurez peut-être pas après”. Je lui ai demandé pourquoi et elle m'a dit qu'elle ne serait pas disponible après, la péridurale. Sinon ça allait, j'étais à quatre. Après en salle, on m'a allongée sur le lit avec un truc au doigt, une perfusion, des électrodes pour la tension et le rythme cardiaque. Je ne risquais pas de partir (rires) ! » (Nathalie, 1^{er} enfant, Femme Heureuse).*

De même, Angélique souhaitait une césarienne* compte tenu des douleurs intenses qu'elle ressentait mais l'équipe médicale voulait qu'elle accouche par les voies naturelles*. Elle s'est pliée aux desiderata des professionnel.les qui se disaient « *fâchés parce qu'ils ont tout fait pour que ça marche* ». Elle n'a finalement bénéficié d'une césarienne* qu'au bout de deux heures d'attente :

« J'avais tellement mal que je ne voulais plus rien qu'une césarienne. La sage-femme m'a dit que le col ne bougeait plus et qu'elle allait voir avec le médecin pour une césarienne*. Le médecin est venu, il a essayé de tourner le bébé et il a réussi donc on s'est laissé une heure de plus et entretemps la péridurale* ne marchait plus. Je pleurais*

² On peut lire dans la fiche d'informations sur la péridurale* à la maternité Femme Heureuse : « le choix définitif et la réalisation de l'acte relèvent de la décision du médecin anesthésiste-réanimateur et de sa disponibilité ».

*tellement j'avais mal. En fait, c'est ma cicatrice qui ne supportait pas du tout. La sage-femme a tâté et quand elle a vu que c'était à la cicatrice que j'avais si mal, elle m'a dit qu'elle allait voir le médecin. Elle m'a rasée, elle m'a mis la sonde urinaire et on est allé au bloc, il y avait tout le monde » (Angélique, 2^e enfant, *Femme Heureuse*).*

Dans d'autres situations, les parturientes sont comme sidérées, co-spectatrices de leur accouchement sans possibilité de négociation. C'est le cas de Céline qui fait l'expérience d'une césarienne en urgence* pour détresse fœtale*. Le cordon ombilical du fœtus est coincé entre le vagin et la tête de l'enfant entraînant une asphyxie de ce dernier. C'est un geste médical qui a causé la pathologie. Céline raconte : « *le médecin m'a trifouillée, la poche des eaux s'est percée et la machine s'est emballée* ». À partir de cet instant, le corps maternel devient un réceptacle entravant la naissance et la capacité à vivre de l'enfant à naître. Il n'est donc plus question de choix éclairé ou de discussion sur l'attitude à adopter :

« Ça va super vite, on ne comprend plus rien. Il y a une sage-femme qui est arrivée et là tout d'un coup il fallait que je respire de l'oxygène et que je pousse et je ne comprenais plus rien. Le médecin a gardé la main dedans. D'un coup, le rythme a baissé, ça commençait vraiment à faire peur... Ils ont changé de tête. Une gynéco est arrivée et là, code rouge, ils criaient tous, moi je ne comprenais plus rien. La gynéco ne m'a même pas examinée, elle s'est habillée pour l'intervention... » (Céline, 2^e enfant, *Femme Heureuse*).*

La régulation médicale de certains comportements sociaux

Enfin, dans d'autres situations, ce sont les femmes elles-mêmes qui sollicitent l'autorité médicale. Pour les femmes qui adhèrent à la conformité biomédicale, le médecin ou la sage-femme sont les garants de la sécurité de la mère et de l'enfant à naître. Cette garantie vaut pour le volet médical mais également en matière de régulations des comportements sociaux jugés à risque. Dans le chapitre trois, nous avons observé que les femmes se conformaient aux interdictions imposées par leurs conjoints hétérosexuels pour la sécurité de l'enfant à naître³. Face au pouvoir médical, elles anticipent les avis. Ainsi, Marjorie raconte :

« Je demandais des choses par rapport à mon métier pour ne pas me mettre en danger comme soulever des gens, même dans ma vie quotidienne, les charges lourdes des

³ Cf. chapitre 3, § 1.2, p. 102.

choses comme ça, ce que je pouvais manger ou pas » (Marjorie, 1^{er} enfant, *Femme Heureuse*).

Céline, quant à elle, interpelle son praticien pour savoir si elle peut partir en vacances :

« Par exemple est-ce que je peux aller à Toulouse pour les fêtes ? Bon jusqu'à présent on ne m'avait pas dit si je ne devais pas faire certaines choses, donc il fallait demander mais ça a été notre grande question. Et on n'y est pas allé, le gynéco nous l'a déconseillé... » (Céline, 2^e enfant, *Femme Heureuse*).

1.3 Une coproduction de la conformité au genre et à la biomédicalisation

Nous avons décliné, dans la première partie et dans les paragraphes précédents, les caractéristiques d'une double conformité au système de genre et aux normes de la biomédicalisation. Ce paragraphe vise à appréhender comment l'imbrication de ces deux rapports sociaux contribue à les co-construire et notamment à inscrire le système de genre tant au niveau de la bicatégorisation que de la hiérarchie sexuée dans la scène de l'accouchement.

La mise en scène de la hiérarchie sexuée

À partir de son expérience personnelle de la maternité, la sage-femme Dorine s'inscrit dans une généalogie de transmission entre femmes des rôles sexués à la manière des matrones de l'âge classique (*« tout ça je l'ai vécu et je peux apporter mon expérience »*). Dorine est ancrée dans une pratique biomédicale et une soumission aux normes de genre. Son discours apparaît comme une courroie de transmission des normes de genre qui implique l'apprentissage conjoint des rôles sociaux de mère et de femme :

« Avoir pu donner à la patiente tout ce qu'elle mérite pour un accouchement, les entourer au mieux. Peut-être qu'en vieillissant je suis plus maternelle, je pourrais être leur mère... qu'est-ce que ce sera quand je pourrais être leur grand-mère ? (Rires) [...] Quand tu es enceinte c'est toi le centre du monde mais quand le bébé arrive c'est lui le centre du monde. Et toi tu te retrouves avec tes saignements, ton gros bide, ton épisiotomie douloureuse, éventuellement tes hémorroïdes, tes seins comme des

pastèques, tu n'es plus le centre du monde. Il faut te regarder en tant que femme sinon tu n'es plus que la mère » (Dorine, sage-femme, Femme Heureuse).

Les femmes elles-mêmes participent au théâtre du genre et à la mise en scène de la bicatégorisation sexuée. Ainsi, la gestion des tâches reproductives leur échoit sous couvert d'une liberté à disposer de leur corps. Le couple Jenna et Yves, conforme à la fois à la biomédicalisation et au système de genre, discute, dans l'extrait suivant, du choix de l'avortement au début de la grossesse face à des contraintes économiques :

« Yves : moi je n'avais pas spécialement envie de le tuer et ma femme n'aurait pas été capable. Jenna : Yves me soutenait quoi qu'il en soit. Mais c'est moi qui ai pris la décision. Et si Yves ne voulait pas le garder, je l'aurais gardé quand même. Yves : c'est son corps...(blanc) » (Jenna et Yves, 4^e enfant, Femme Heureuse).

Avec Marjorie et Sébastien, on observe que le respect de la hiérarchie sexuée est rendu visible par le choix du lieu et les modalités de la naissance qui doivent être approuvés par le conjoint. S'il est à l'initiative des femmes, toutes les femmes enquêtées adhérant au modèle biomédical recherchent l'approbation systématique de leur partenaire masculin. C'est pour elles une façon de s'assurer que le conjoint s'investira dans la naissance. Marjorie le dit en ces termes :

« J'étais rassurée d'accoucher à l'hôpital avec ma péridurale et tous les bip bip. Bon en même temps je suis infirmière donc le milieu médical c'est mon quotidien. Mais j'ai demandé dès le début à Sébastien s'il était ok avec ça. C'est son bébé à lui aussi, il faut que ça se passe bien pour lui comme pour moi » (Marjorie, 1^{er} enfant, Femme Heureuse).*

Enfin, une autre situation est celle de Camille et de son conjoint qui illustrent la coproduction entre les rapports sociaux. Si nous avons identifié que Camille était proche du modèle citoyen, son conjoint relève dans notre analyse du modèle de la conformité. Camille a dû faire des choix différents de ceux qu'elle aurait souhaités en particulier sur le lieu d'accouchement pour se plier aux besoins de son conjoint en matière de sécurité. La conformité biomédicale est combinée avec les rapports sociaux de sexe :

« Ça n'a pas été facile pour lui la grossesse et l'accouchement. J'ai fait le choix d'une préparation haptonomique pour la faire ensemble et je crois que c'était trop dur pour lui. Quelque part, c'était mes choix, il s'est senti très en dehors de ces choix-là. J'ai la

*sensation qu'il sentait ne pas avoir de prise sur mon corps et sur celui de son bébé aussi. Quand je lui ai dit que je voulais accoucher à Belle Naissance, c'était trop. Il avait peur pour son bébé, pour moi aussi je crois. C'est comme ça que je me suis retrouvée à accoucher à la [maternité X]. Là où je ne voulais pas aller. Mais c'est son bébé aussi. Je me suis dit que si j'accouchais là où il voulait, il serait plus tranquille et il aurait une bonne relation avec son bébé » (Camille, 1^{er} enfant, *La Voix des parents*).*

La dévalorisation du discours des femmes

Enfin, la hiérarchie au sein du système de genre produit la hiérarchie de genre à l'hôpital et réciproquement comme on l'observe dans les extraits suivants. C'est le refus de croire/d'écouter/de s'intéresser à ce qu'expriment les femmes en lieu et place des résultats produits par la technique qui contribue à dévaloriser les femmes. Cette tendance est récurrente dans nos entretiens avec les professionnel.les à l'instar de Viviane, interne à *Femme Heureuse*, et qui est enceinte. Elle nous explique s'intéresser un peu plus aux discours des femmes depuis qu'elle est elle-même enceinte :

*« Enquêteur : Ta grossesse a changé ta manière de t'occuper de tes patientes ?
Viviane : C'est drôle que tu me poses cette question parce qu'il y a des petites choses, je ne pensais pas que les patientes pouvaient ressentir ceci ou cela. Je prends les femmes en charge de la même façon mais dans ma tête je me disais "non mais elle exagère" ou "mais elle dit n'importe quoi » (Viviane, interne, *Femme Heureuse*).*

2 Limites et paradoxes d'une double conformité au genre et à la biomédicalisation

Si la majorité des accouchements s'inscrit dans une double conformité au système de genre et à la biomédicalisation, nous avons néanmoins repéré des contradictions et des paradoxes à cette double conformité parmi les couples adhérant globalement aux normes biomédicales et de genre.

2.1 Paradoxes et limites de la biomédicalisation de l'accouchement

Une première manifestation de ces contradictions a trait aux limites de la biomédicalisation de la naissance, éprouvées dans l'expérience de l'accouchement, en décalage avec l'adhésion au tout technique.

Décalages entre expérience et culture technique

Une expérience paradoxale se vit dans l'écart entre la croyance au tout technique et le vécu de l'accouchement.

Cet écart peut être vécu au niveau organisationnel. Il s'agit de la croyance qu'un accouchement dans un lieu bénéficiant d'une prise en charge pédiatrique (maternité de type II ou III*) implique une hospitalisation de l'enfant dans le même hôpital en cas de problème. Or, ce n'est pas nécessairement le cas car, pour les maternités privées, être habilitées à prodiguer des soins de néonatalogie est un enjeu concurrentiel majeur afin d'étendre la clientèle. Dans les faits, il existe deux situations. La première concerne les enfants dits *outborn**. Ces enfants sont nés dans une maternité dont le niveau de prise en charge pédiatrique n'est pas suffisant, ils sont donc transférés ailleurs et éloignés de leurs parents. La seconde situation est celle de transferts après la naissance, par manque de place, d'enfants nés dans la maternité correspondant à leur niveau de risque (Clerc *et al.*, 2011 ; Lecoeur *et al.*, 2014).

L'écart entre technique et expérience de l'accouchement peut également se manifester lors de situations critiques. Le décalage vécu par les femmes se fonde souvent sur la confiance que la prise en charge à l'hôpital est une garantie contre tout problème, sorte d'assurance tout risque. Cela s'avère contradictoire avec la réalité. Ce n'est pas parce que les maternités sont équipées de moyens techniques importants que les accouchements ne seront pas potentiellement compliqués malgré tout et exigeront des soins. En voici plusieurs exemples qui illustrent les écarts entre la confiance aveugle au tout technique et l'expérience vécue.

Ainsi pour Carole, c'est comme si la culture technique annihilait le fonctionnement physiologique du corps. Elle a accouché de son premier enfant avec une péridurale* et dans des conditions extrêmement médicalisées qui lui convenaient

parfaitement. Pour son deuxième accouchement, elle accouche en urgence, sans péridurale*, en ne comprenant pas ce qui est en train de lui arriver. Elle juge son expérience traumatisante, ressenti qui va être balayé par un des médecins lui rappelant que sa grand-mère n'avait pas eu de péridurale* :

« Elles m'ont dit d'aller faire pipi et le temps d'y aller j'étais à dilatation complète avec envie de pousser. Elles m'ont déplacée précipitamment sur une table d'accouchement. J'ai deux femmes qui m'ont écarté les jambes, la sage-femme a mis un masque et des gants et la petite était sortie. Pas de monitoring*, pas de perfusion, et... pas de mari ! À l'ancienne, très douloureux, les points à l'ancienne aussi, sans anesthésie. J'ai à peine poussé, c'est sorti tout seul, c'était horrible. Je n'étais pas prête à ça, on n'en parle pas. J'ai été traumatisée de la violence. J'ai une gynéco qui est venue me voir, je lui ai dit que j'étais traumatisée. Elle m'a dit de penser à ma grand-mère. Nicolas [son conjoint] m'a dit que je le prenais mal parce que j'étais fatiguée... Mais en vrai, je voulais une péridurale* et que mon mari soit là » (Carole, 2^e enfant, Femme Heureuse).*

Une autre situation conflictuelle consiste, pour les usagères, à se rendre compte des erreurs médicales qu'elles peuvent subir malgré les signalements qu'elles peuvent faire. C'est le cas de Natacha à *Femme Heureuse* qui consulte pour de l'hypertension et émet un doute sur une perte de liquide amniotique. Elle sera renvoyée chez elle sans examen clinique et sans véritable écoute ni prise en compte de ses besoins. Elle reviendra à la maternité le lundi pour le déclenchement de son accouchement avec un risque d'infection pour l'enfant nettement plus important :

« J'ai failli péter les plombs ! Et tous les envoyer chier. C'est ma sixième grossesse, je sais quand ça va ou pas et là j'avais quinze de tension et je ne me sentais pas bien, en plus j'avais perdu les eaux mais je ne le savais pas ! On est entré par les urgences, on n'a pas attendu très longtemps, je suis allée dans une salle de consultation où une machine prenait ma tension régulièrement. La sage-femme m'a fait un monitoring. Ils ont fait un bilan sanguin qui était normal. Après j'ai vu le médecin "bon ben c'est bien, vous restez au repos chez vous..." J'avais quinze de tension en étant au repos depuis trois heures ! Ils ne m'ont même pas examinée. Et quand ils m'ont demandé, je leur ai dit que j'avais aussi l'impression de me faire pipi dessus. Je vous dis, moi j'étais prête à accoucher chez moi. Quand j'ai su que c'était Justine la sage-femme, je la*

connaissais alors je suis venue quand même le lundi matin » (Natacha, 6^e enfant, Femme Heureuse).

Enfin, la découverte d'un handicap à la naissance non diagnostiqué pendant la grossesse est un choc violent pour des parents qui pensent que la technique permet de tout dépister, notamment des pathologies graves comme la trisomie 21. Notre hypothèse est que l'acceptation sociale de la biomédicalisation est liée à la certitude que la médecine peut tout voir et tout traiter. À la maternité *Femme Heureuse*, nous avons vu une femme hurler et être prise d'une crise de panique à la découverte de son enfant vivant, très grand prématuré, porteur de potentiels multi-handicaps. Elle hurlait à la puéricultrice de le débrancher, de le tuer. L'enfant est mort spontanément quelques jours plus tard. La situation suivante est très proche, il s'agit de la découverte à la naissance d'une trisomie 21 chez un nouveau-né. La réaction de la mère est d'un niveau de violence extrême qui aboutira à l'abandon de l'enfant. C'est la sage-femme Lucienne qui raconte l'évènement :

« J'ai toujours une histoire qui me reste, ça a été horrible. C'était la nuit et il y avait un couple, premier enfant et à la naissance, elle, elle a vu tout de suite que l'enfant était trisomique. Elle l'a regardé, elle l'a mise sur son ventre et elle a hurlé "c'est un trisomique, je n'en veux pas". On l'a pris et on s'en occupé, on l'a mis en couveuse. On n'allait pas appeler un pédiatre, il allait bien cet enfant. Je fais la délivrance et j'étais seule face à eux. Elle lui disait à son mari, "je n'en veux pas, étouffe-le". Elle me disait "partez !". Je lui disais que non, qu'elle allait le tuer si je partais. Quand l'aide-soignante est revenue je lui ai demandé d'appeler l'interne pour avoir de l'aide. Elle était institutrice. Elle me disait "mais vous ne vous rendez pas compte, si je l'abandonne... J'ai des enfants trisomiques dans ma classe"... À force on avait trouvé un compromis, abandon et transfert du bébé en néonate. Elle avait dit à sa famille que l'enfant était mort à la naissance. C'était terrible pour eux » (Lucienne, sage-femme, Femme Heureuse).

Des conflits entre la peur du risque et l'obéissance au pouvoir médical

L'adhésion à la culture technique implique un respect de la hiérarchie sociale et professionnelle de l'institution médicale qui se fonde principalement sur le savoir. Ainsi, dans l'extrait suivant, Josiane explique que c'est « *l'appréhension des problèmes médicaux* » qui la pousse à consulter un médecin et non une sage-femme

alors même qu'elle estime que ses relations avec les médecins ne sont pas acceptables. C'est la raison de son nomadisme médical :

« Ma précédente gynéco, elle me dit mais “vous avez arrêté votre pilule !” je lui dis que “oui effectivement mais que je ne suis pas encore enceinte”. Elle m'a sermonnée comme une jeune fille de quatorze ans en me disant que c'était de l'inconscience. Elle termine en me disant “je vous préviens si vous tombez enceinte je ne vous suivrai pas !” (Rires). Je n'y suis donc jamais retournée effectivement. [...] Un gynéco ne poserait jamais les questions que la sage-femme m'a posées “Comment je vis cette grossesse ? Comment ça se passe à la maison avec mon conjoint ?” Ce n'est pas la même approche, ce n'est pas la même attitude. Je n'aurais pas cette appréhension des problèmes médicaux, j'aurais signé tout de suite pour une sage-femme » (Josiane, 2^e enfant, Belle Naissance).

Or la peur est souvent mauvaise conseillère. Même si les femmes qui se conforment à la biomédicalisation ne remettent pas en question l'autorité médicale, leur expérience s'avère parfois en contradiction avec leur confiance aveugle dans le pouvoir médical : conseils inadaptés, conflits entre professionnel.les, dévalorisation, voire violences, vis-à-vis des parturientes. Sandra se plaint d'une grosse fatigue au cours de sa grossesse. Sa gynécologue ne veut pas l'arrêter considérant que son travail ne le nécessite pas. Cela va conduire Sandra à une hospitalisation pour menace d'accouchement prématuré après un malaise au travail. Elle ne changera pas de médecin :

« Elle m'a demandé ce que je faisais donc je lui dis conseillère de vente et elle conclut en me disant que je suis toujours debout. Mais là je n'étais vraiment pas bien je faisais des malaises, je me suis dit qu'elle allait m'arrêter. Elle ne l'a pas fait et un jour au travail, je me suis senti partir et j'ai dû rentrer et là je me suis dit qu'il y avait vraiment un problème quand je me suis faite hospitaliser à cause des contractions et de ma fatigue » (Sandra, 1^{er} enfant, Femme Heureuse).

Dans d'autres situations, des couples assistent aux conflits internes à l'équipe soignante, peu propices à un accompagnement serein. Dans le cas de Maryline et Régis, on note que les futurs parents subissent/observent les interactions hiérarchiques entre médecins et entre médecins et équipes professionnelles. En ce sens, les tensions sont systémiques et certains parents sont lucides sur ce phénomène et ils l'acceptent comme naturel. Régis en fait le constat suivant :

« Enfin le Dr. X qui était là, pas un mot, il ne rassure pas... Même l'aide-soignante disait "bon ben je suis tombé sur M. X l'accoucheur et Mme. Y l'anesthésiste, c'est ma soirée..." Vous imaginez ! bonjour l'ambiance » (Régis, 1^{er} enfant, Femme Heureuse).

Enfin, l'accès à la biomédicalisation se double parfois d'humiliations ou de violences obstétricales. Des patientes apprennent à se taire, même quand le médecin leur apparaît comme odieux. Ainsi, Jenna qui est obèse, se sent maltraitée d'entendre à chaque consultation les commentaires selon lesquels elle n'a pas la taille mannequin et que s'il lui arrive un problème médical, c'est de sa faute :

« Une consultation qui m'a marquée... le rendez-vous d'anesthésie ça m'a angoissée à cause de mon poids, il y en a beaucoup qui font des remarques, vous êtes forte, on ne va pas réussir à vous poser une péridurale. Déjà avant d'y aller j'avais peur. Bon j'y ai eu droit. Elle m'a dit que j'étais une baleine et que si je voulais une péridurale* qui fonctionne il ne fallait pas que je sois si grosse. (Blanc). C'est vraiment difficile d'entendre ça à chaque fois (pleurs) » (Jenna, 4^e enfant, Femme Heureuse).*

D'autres sont soumises à des faits de violence sans pouvoir se défendre. L'interne Viviane raconte un accouchement durant lequel l'obstétricien de garde a perdu son sang-froid et a réalisé des gestes non conformes à la pratique professionnelle et à l'éthique médicale :

« La sage-femme vient me chercher me demandant d'apporter l'appareil à écho... J'arrive là-dedans, une ambiance de folie, grosse panique parce que l'équipe n'arrivait pas à retrouver le rythme cardiaque du bébé. Je pause la sonde d'écho et le médecin se met à hurler "c'est une bradychardie". Il balance les cuillers du forceps à mon collègue qui commence à les poser et il s'énerve parce que c'est asymétrique donc il arrache le forceps. Il le repose lui, la femme hurlait, lui il hurlait, je n'ai jamais entendu quelqu'un hurler comme ça. La dame hurlait de douleur... Il n'a pas laissé l'anesthésiste intervenir, pour lui c'était une urgence il y avait une bradychardie*. Il a sorti ce gamin de partie haute à dehors en deux secondes. C'était à tel point que la sage-femme est sortie ! L'anesthésiste disait qu'il voulait faire quelque chose... Il a fini par le sortir et il a jeté ce gamin sur sa mère en disant bon ben voilà il va bien... évidemment le gamin s'est mis à crier tout de suite avec un ph* parfait. J'ai regardé mon collègue, et pourtant c'est un mec qui nous prend pour des chochottes, et bien même lui il était choqué ! Elle a eu un périnée complet compliqué*, elle a perdu un litre*

et demi de sang rien que de son périnée tellement il lui avait éclaté... » (Viviane, interne, Femme Heureuse).

2.2 Tensions et recompositions à l'articulation des conformités au genre et à la biomédicalisation

Une autre manifestation de ces contradictions concerne le croisement de ces deux rapports sociaux. En effet, nous avons observé des situations de conformité biomédicale sans une totale conformité au système de genre. Il s'agit de femmes et de couples qui adhèrent au système de biomédicalisation mais qui se décalent partiellement du système de genre du fait d'un décalage avec la hiérarchie sexuée pour les couples hétérosexuels où la femme est mieux rémunérée que son compagnon ou avec l'hétéronormativité pour les couples de femmes. Nous complétons ici les résultats obtenus dans la première partie à ce propos.

Décalages de couples hétérosexuels par rapport à la hiérarchie sexuée

La première situation est celle de femmes qui se conforment au modèle biomédical mais qui se décalent du système de genre par suite de leur position au sein du couple : il s'agit de femmes qui ont des revenus bien supérieurs à ceux de leurs conjoints. Ainsi, Estelle, qui est architecte en libéral tout comme son conjoint, assume seule la responsabilité de ses choix médicaux en matière d'accouchement contrairement à la majorité des femmes demandeuses d'un accord de leur conjoint dans les modalités d'accouchement :

« Même si c'est une usine à bébé, il y a un niveau de sécurité qui est excellent, et c'est à soi de trouver sa place pour s'approprier la naissance. On ne peut pas tout demander à l'hôpital non plus. Oui c'est aussi une histoire de sécurité, même si je n'avais pas une grossesse qui nécessitait un type III j'étais rassurée, que s'il y avait quoi que ce soit, c'était possible » (Estelle, La Voix des parents).*

Décalages des couples lesbiens par rapport à l'hétéronormativité

La seconde situation est celle de couples lesbiens ayant bénéficié d'une PMA en Espagne ou en Belgique à l'époque de l'enquête. Nous avons souligné dans le chapitre trois que dans ce cas précis, la médicalisation permettait aux couples de

femmes d'assumer socialement leur décalage avec l'hétéronormativité. Cette transgression du système de genre grâce à l'institution médicale contribue à fabriquer chez ces couples une dette à l'égard des médecins qui s'exprime par un soutien sans faille à l'organisation hospitalière et au pouvoir des médecins sur les corps. Ainsi, Émilie qui après avoir bénéficié d'une PMA en Belgique, continue son suivi médical avec la gynécologue qui l'a soutenue pendant les procédures raconte :

« Ma gynéco a été super. Elle nous a aidées depuis le début alors j'ai continué avec elle pour le suivi de la grossesse et l'accouchement. Elle accouche dans une clinique privée. Charlotte [sa compagne] n'était pas trop pour parce qu'il n'y a pas de néonataire là-bas au cas où cela se passe mal pour le bébé. Mais l'équipe est très pro alors on y est allées et on n'a pas été déçues »* (Émilie, 1^{er} enfant, APGL).

L'effacement de l'hétéronormativité face à la biomédicalisation

L'imbrication de la biomédicalisation et du genre peut conduire aussi à l'effacement de l'un des deux. Ainsi, les normes biomédicales supplantent les normes de genre.

La situation ci-après met en scène l'opposition entre hétéronormativité et biomédicalisation. Céline illustre cette tension en apportant une clarification sur l'absence de son conjoint lors des consultations médicales et sa présence systématique lors des échographies. En effet, de nombreux conjoints mettent en avant leur planning professionnel pour justifier leur présence ou non aux consultations. Céline évoque ici le fait que son conjoint ne veut pas assister aux touchers vaginaux de la sage-femme alors qu'il vient aux échographies pour « voir le bébé ». De la même manière, certains hommes refusent que leur compagne soit examinée ou accouchée par un homme. Il s'agit d'une situation de tension dans la co-construction du système de genre et de la biomédicalisation due à la concurrence entre hétéronormativité (il n'y a que le conjoint qui peut toucher sexuellement sa femme) et légitimité biomédicale. Il apparaît alors que ce sont les normes biomédicales qui supplantent les injonctions hétéronormées :

« J'ai été suivie par une sage-femme. Elle m'a fait une échographie pour vérifier, un toucher, le poids où je me fais engueuler à chaque fois, je suis trop grosse pour eux. Et

toi tu es plus gêné quand j'ai un toucher vaginal et du coup tu n'es là que pour les échographies » (Céline, 2^e enfant, Femme Heureuse).

3 Un modèle citoyen partiellement décalé par rapport au genre et à la biomédicalisation

Nous allons illustrer notre propos par neuf entretiens que nous considérons comme emblématiques du modèle citoyen parmi dix-sept entretiens. À Femme Heureuse, nous avons interrogé Angélique, Steven et Aurélie, Cyrielle et Stéphane. À Belle Naissance, nous nous sommes entretenus avec Théa et Oscar. Au sein des associations La Voix des parents et l'APGL, nous avons échangé avec Amandine, Yasmine et Alexandre, Estelle et Henri, Camille, Joëlle. Nous y associons les entretiens de l'homme sage-femme Éric et de l'anesthésiste Rémi, tous deux exerçant à Belle Naissance.

Dans la continuité de la première partie, ce deuxième modèle « citoyen » correspond aux femmes et aux couples ayant une vigilance particulière à la dimension relationnelle de l'accouchement et pour qui on a constaté un décalage partiel avec le système de genre. De la même manière que pour le modèle précédent, nous allons approfondir tout d'abord les effets de la biomédicalisation dans le vécu. À la différence du modèle précédent, les femmes et les couples ne cèdent pas face à une situation qui ne leur convient pas. Les personnes qui ont une vision citoyenne de l'accouchement à l'hôpital discernent les limites de la biomédicalisation, mettent des mots sur cette expérience lorsqu'elle s'avère négative. Contrairement au modèle précédent, les femmes et les couples ont conscience des enjeux, refusent le tout technique et le pouvoir du corps médical sur eux.

Nous avons identifié quatre éléments de cette posture : une prise de distance avec le pouvoir médical, des stratégies et des tentatives de négociation, un cheminement vers l'autonomie vis-à-vis du modèle biomédical et enfin, un décalage partiel avec le système de genre.

3.1 Une prise de distance avec le pouvoir médical

Cette prise de conscience des usagères est une déconstruction de la biomédicalisation. Nous avons observé qu'elle se manifeste notamment par l'analyse d'une dépossession du savoir des femmes, la lucidité devant l'inadéquation de cette dépossession et par la compréhension que le pouvoir médical s'appuie sur une organisation à son service.

Une façon de se distancier a trait au constat d'une dépossession des savoirs des femmes par le pouvoir médical. Ainsi, dès lors que la demande de la femme ou du couple n'a pas d'impact sur l'organisation hospitalière, cette demande devrait pouvoir se discuter, selon le contexte réglementaire assurant le libre choix des patient.es. Mais un certain nombre d'actes jugés indispensables par les professionnel.les sont imposés aux femmes contre leur gré. C'est le constat de Camille :

*« Finalement, on passe notre temps à se dire qu'est-ce que j'ai pu sauver ? », à se raccrocher à ça... Vous voyez ça me fait pleurer... (pleurs +++). Je crois que je suis allée au bout de ce que je pouvais supporter en douleur, je n'ai pas eu de choses automatiques, je voulais vraiment vivre ça, et puis j'ai sauvé cette sensation de mon bébé qui descend, que ce soit moi qui dise quand je voulais pousser et puis mon allaitement et ça ce n'était pas facile ! Ce sont des choses très précieuses. Et puis il y a plein de choses que je n'ai pas sauvées non plus, je ne l'ai pas eu tout le temps avec moi c'est un regret. En fait, on a l'impression que c'est toujours les autres qui savent mieux. C'est terrible. Le savoir est détenu par certains alors que c'est quelque chose qui est en nous. On sauve les meubles quoi » (Camille, 1^{er} enfant, *La Voix des parents*).*

Cette confiscation du savoir des femmes met en évidence les limites de l'expertise professionnelle. Émerge alors un autre moteur de la prise de conscience. Ainsi, il arrive que la femme enceinte ressente qu'il y a un problème, l'exprime et se voit opposer des arguments par l'équipe médicale. Puis arrive le temps de l'examen où les soignant.es prennent acte que la patiente avait raison. C'est la situation qui est décrite non sans humour par Aurélie qui attend son premier enfant à *Femme Heureuse* :

« On est venu en consultation et j'avais des contractions. Ce jour-là, la sage-femme était plus enjouée parce qu'elle avait une stagiaire. Elle me dit qu'on va prendre les

escaliers, je lui dis que non j'ai des contractions et elle me dit "mais si, il faut marcher, ça va vous faire du bien" qu'elle me dit ! Je me suis énervée, j'ai dit quelque chose comme je connais mon corps quand même. Au moment de la consultation, elle me dit "bon maintenant, on ne bouge plus. Vous pouvez rentrer chez vous mais si vous ne vous reposez pas, on vous hospitalise". Et là, je lui ai dit quand même ma sensation était bonne. J'ai terminé sur une note satirique du genre les escaliers j'arrête maintenant ? (Rires). Ça m'a énervée devant la non écoute » (Aurélie, 1^{er} enfant, Femme Heureuse).

Cette prise de conscience à partir d'expériences individuelles aboutit parfois à une analyse des liens entre organisation hospitalière et pouvoir médical. Ainsi, certains couples produisent une critique rationnelle de l'organisation du pouvoir médical au sein des maternités responsable, selon eux, de l'insatisfaction d'un certain nombre de femmes vis-à-vis du modèle biomédical. À partir du modèle anglais qu'elle connaît bien pour avoir accouché de son premier enfant à Londres, Joëlle estime que tout le monde n'a pas besoin d'une prise en charge de haut niveau de risque alors même que la grossesse se présente comme normale. Il lui paraît nécessaire de discuter le mode de prise en charge à chaque étape et non d'imposer un modèle collectif à toutes les femmes. C'est ainsi que Joëlle élabore une critique de la raison statistique :

« Les choses se passent tellement différemment en France et en Angleterre, et pourtant il n'y a pas des taux de mortalité très différents. L'accouchement que j'ai eu à Belle Naissance n'a rien à faire dans une maternité de type III et pourtant c'est la norme. En pratique, j'aurais occupé le lit d'une femme qui avait vraiment besoin, elle, d'une prise en charge pour une pathologie et moi, en y allant, ma grossesse normale, elle aurait été traitée comme une pathologie ! Tout ça pour des statistiques... La vie ce n'est pas des statistiques (blanc) » (Joëlle, La Voix des parents).*

3.2 Les stratégies et les tentatives de négociation face au pouvoir médical

Dans le droit fil de la prise de conscience, la posture citoyenne se manifeste par différentes stratégies dans les échanges discursifs et par des tentatives de contestations.

Des stratégies de silence et/ou de mensonges

Nous avons repéré des stratégies de silence y compris dans des dispositifs d'accompagnement, comme l'entretien prénatal précoce, dont l'objectif est précisément de constituer des temps d'écoute et d'échange. En effet, le suivi de la grossesse étant très souvent mené par des personnes différentes pour des questions d'organisation hospitalière, les femmes ne se sentent pas spontanément en confiance avec un.e professionnel.le qu'elles ne reverront certainement plus. C'est le récit qu'en fait Amandine :

« Cet entretien je l'ai fait à l'hôpital avec une sage-femme que je n'avais jamais vue, que je n'ai plus vue après, elle m'a posé plein de questions... intimes. Résultat, je ne lui ai pas dit la moitié des choses que je pensais, je n'avais pas envie... Et puis ce n'est pas parce que c'est une sage-femme qu'elle n'a pas été intrusive » (Amandine, La Voix des parents).

Pour autant, Amandine fait une différence entre les professions d'obstétricien et de sage-femme et considère que les sages-femmes sont plus enclines à avoir une attitude prévenante et attentive. En réalité, l'enquête montre qu'il ne s'agit pas d'une différence liée à la profession mais aux représentations du corps de chaque professionnel. Ainsi, des sages-femmes que nous avons identifiées comme adhérant à une conception biomédicale du corps ont tout autant tendance à montrer peu d'intérêt pour la parole des femmes que les médecins du même modèle. Ce qui semble déterminant pour Amandine, c'est la manière de s'intéresser au vécu intime de chaque femme :

« Le médecin est plus intrusif en fait, tout simplement. D'emblée chez la sage-femme, il y a des questions sur l'émotionnel, c'est presque ce qui vient en premier. La sage-femme elle vous demande comment vous vous sentez ? le médecin vous dit "tout va bien, non ? ...". Ce qu'il veut dire c'est qu'il n'y a pas de symptômes. Ce n'est pas le même rapport au corps. C'est plus respectueux avec ma sage-femme, quand elle met ses mains sur mon ventre elle me le demande avant, elle me dit qu'elle s'excuse parce que ses mains sont froides » (Amandine, La Voix des parents).

Une autre stratégie consiste à mentir pour obtenir un déroulement de l'accouchement conforme à ses souhaits, la négociation paraissant impossible malgré l'absence de risque ou de pathologie maternelle et/ou fœtale. Par exemple, Estelle

préfère mentir quand la sage-femme lui demande son niveau de douleur pour qu'elle ne lui impose pas une péridurale*. En effet, pour Estelle, l'absence de péridurale* est aussi une garantie de moindre technicisation :

« “Votre échelle de douleur, sur une échelle un à dix ?”. On a envie de dire dix, mais on ne peut pas parce qu'on sait que si on le dit, la sage-femme nous impose une péridurale. Globalement, on n'est pas du tout informée. Vous voyez dans mon projet d'accouchement sans péridurale*, il y avait cette idée que ça les ferait plus réfléchir avant de faire des actes comme l'épisiotomie* ou le forceps » (Estelle, La Voix des parents).*

Des contestations peu fructueuses

Outre le silence et le mensonge, nous avons observé des tentatives de négociation. Celles-ci s'avèrent difficiles voire impossibles.

Un premier exemple met en évidence d'une part la difficulté pour les femmes à se faire entendre et d'autre part l'impact de l'alliance avec une personne de l'équipe soignante. Angélique a vécu un déclenchement long, sur trois jours. Pour l'accouchement, son travail* n'avance pas depuis plusieurs heures, il s'agit d'une stagnation de la dilation* qui nécessite une césarienne*. L'obstétricien tenait absolument à ce qu'elle accouche par les voies naturelles* malgré les demandes d'Angélique et il a fallu que la sage-femme s'oppose au médecin pour l'obliger à intervenir. Ainsi, une personne de l'équipe soignante peut être une alliée. Voici l'extrait en question :

« L'obstétricien voulait quelque chose de naturel mais bon ça m'a fait horriblement mal son ballonnet dans le col. J'ai eu des contractions pendant vingt-quatre heures. Le lendemain, en salle d'accouchement, on me dit que l'anesthésiste vient pour la péridurale et finalement l'anesthésiste est occupé. Je suis là depuis trois jours, à jeun, fatiguée, et j'ai fait avec mes contractions jusqu'à sept centimètres. Mais l'obstétricien s'entêtait, il était sûr que ça allait descendre. On lui a demandé une césarienne*, il n'était pas d'accord...C'est la sage-femme qui l'a pris et lui a dit bon maintenant elle ne tiendra plus il faut y aller. Il m'a dit tant pis pour moi que j'aurais une cicatrice sur le ventre. Bref j'ai souffert pendant ces trois jours. Et j'ai même vu une aide-soignante*

qui m'a dit d'aller voir le psy vu le souvenir que j'en avais » (Angélique, 1^{er} enfant, Femme Heureuse).

Dans cet autre exemple, la contestation est restée sans effet. Bien que Cyrielle exprimait clairement qu'elle ne souhaitait pas de péridurale*, l'analgésie lui a été imposée par les professionnel.les. Ils ont justifié leur décision en expliquant que son bébé était trop petit et qu'en cas d'urgence, elle aurait une césarienne* sous anesthésie générale* :

« Ils me l'ont posé alors que je leur ai dit non. Ils avaient tourné ça en me disant que s'il y a avait des complications pour le bébé et qu'on devait faire une césarienne rapidement, vous serez sous péridurale*, ce sera mieux pour le bébé. Donc je leur en veux. Clairement » (Cyrielle, 2^e enfant, Femme Heureuse).*

3.3 Des cheminements d'autonomie face à la biomédicalisation

Enfin, les femmes, les couples posent des actes de rupture qui les conduisent au refus de certaines interventions, au choix d'une autre maternité ou à chercher des formes de réparation après une expérience traumatisante.

Le refus de certaines interventions

Dans ce contexte de biomédicalisation, la demande de soins différenciées par rapport aux soins standards est soit inaudible, soit difficile à négocier. Dans la majorité des cas, les femmes, les couples abandonnent face à la nécessité de la présence et du soutien professionnels. Dans certains cas, assez rares, les femmes décident de rompre. C'est le cas de Joëlle lors d'une consultation à l'hôpital. Le médecin veut lui faire une échographie non nécessaire et payante. Elle refuse et s'en va :

« Le gynécologue commence à me faire une échographie donc là on commence à se fritter. Je lui dis mais en France on ne fait que trois échographies, je n'en ai pas besoin de plus. Là il me répond que chez lui c'est comme ça, il fait une échographie tous les

mois. Je lui demande de m'expliquer, il me dit que de toute façon une échographie vaginale ce n'est pas invasif. Je l'ai planté là » (Joëlle, 2^e enfant, *La Voix des parents*).

Faire le choix d'un autre lieu que celui prévu initialement

Ces refus face au pouvoir médical peuvent conduire à des choix de maternité plus conformes aux désirs des femmes.

Les usagères que nous inscrivons dans le modèle citoyen sont en attente d'une écoute attentive de l'équipe de soin, comme le souligne Cyrielle à *Femme Heureuse* :

« La première consultation ici j'ai eu une très bonne écoute avec une gynéco. Le contact c'est très bien passé donc j'ai demandé tous mes rendez-vous avec elle » (Cyrielle, 2^e enfant, *Femme Heureuse*).

Ce choix fait souvent suite à une expérience repoussoir de la femme elle-même ou de l'une de ses amies ou proches dans une organisation de soins conforme à la biomédicalisation.

Un premier exemple est donné par le récit de l'homme sage-femme Éric qui travaille à *Belle Naissance* et qui a abordé ce sujet à la suite d'une consultation en urgence d'une femme quasiment à terme de sa grossesse et qui aurait dû accoucher dans un autre établissement. Après lui avoir posé un monitoring*, il s'est assis sur le lit et il a demandé ce qui s'était passé. À ce moment-là, la femme s'est mise à pleurer et elle a raconté sa consultation d'anesthésie dans la maternité où elle devait accoucher : le médecin lui avait expliqué que, quoi qu'elle en pensait, elle aurait une péridurale*. Cela a été très abrupt pour elle car elle était dans l'incertitude de ce qu'elle souhaitait vivre pour cet accouchement, qu'elle avait des amies qui avaient accouché à *Belle Naissance*. Ses doutes sur le fait d'être dans une petite maternité un peu éloignée se sont estompés quand elle a vu « la manière dont ils traitent les femmes ». Elle accouchera à *Belle Naissance* dans les semaines qui suivirent.

Un autre exemple est celui de Théa, qui accouchera à *Belle Naissance* alors qu'elle a démarré son parcours de grossesse en essayant de s'inscrire dans une grande maternité de la métropole où elle habite. Elle en ressort avec un numéro qui finit de la décider à aller à *Belle Naissance*. Par ailleurs, elle avait déjà eu un retour très négatif

d'une amie qui lui recommandait de ne pas accoucher dans une grande maternité.

Voilà son récit :

« Elle m'a raconté son premier enfant dans une grande maternité à l'époque. Elle m'a dit surtout ne va pas dans une grosse structure, c'est horrible quoi ! Le personnel avait paniqué, elle avait eu beaucoup trop de monitoring, tout le monde était stressé, ça lui a bloqué son accouchement. Bref, elle a mis six mois à s'en remettre, elle m'a dit que c'était la boucherie. Ça me rappelle quand j'ai appelé dans une autre grande maternité, j'ai eu un accueil très anonyme, on m'a dit que j'étais le numéro dix pour quand j'appellerai la prochaine fois... Je me suis dit ok mais il y en a combien des numéros ? » (Théa, 1^{er} enfant, Belle Naissance).*

Certaines femmes n'arrivent pas à s'opposer du fait de leur vulnérabilité au moment de l'accouchement. Cette situation permet des comportements vécus comme abusifs. Le couple Yasmine et Alexandre est très lucide de ce point de vue. C'est en grande partie cette lucidité qui a été le déclencheur de leur choix d'un accouchement sur le plateau technique de *Belle Naissance* puis finalement d'accoucher à domicile devant la rapidité de la naissance. Le couple relate l'histoire d'une amie proche qui a été maltraitée selon elle par un médecin du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) :

« Alexandre : Je suis assez stupéfait du nombre de femmes qui ont été traumatisées. Elles ont été culpabilisées, j'ai envie de dire pour certaines mutilées, qui ont été forcées... C'est un moment terrible de perte de libre arbitre la naissance aujourd'hui, de perte de liberté. Yasmine : Ça me fait penser à une copine, son travail a été très rapide alors ils ont appelé le SAMU. Ils sont arrivés, elle était à quatre pattes dans le salon ! Pour l'examiner, le médecin a voulu la mettre sur le dos et elle ne pouvait pas parce qu'elle avait trop mal. Elle s'est faite engueuler, on lui dit "Madame ce n'est pas le moment de faire sa capricieuse" et elle n'a rien osé dire » (Yasmine et Alexandre, 2^e enfant, Belle Naissance).

Se réparer d'un accouchement traumatisant

La compréhension et le refus du fonctionnement du modèle biomédical arrivent souvent plus tardivement après un accouchement compliqué. Les femmes sont alors à la recherche d'une « réparation ».

Éric, sage-femme, nous donne un exemple d'une femme qui a très mal vécu son accouchement et qui cherche dans l'allaitement et l'accompagnement professionnel, une réparation :

« En consultation d'allaitement, j'ai vu une maman qui n'arrivait pas à allaiter parce qu'on lui avait dit des méchancetés en suite de couches. En creusant, on s'est rendu compte qu'il y avait des attouchements, des choses lourdes dans son passé. C'était une nécessité pour elle d'allaiter. Le fait d'allaiter son enfant c'était une réparation pour elle » (Éric, sage-femme, Belle Naissance).

Une autre forme de réparation peut consister à se réapproprier l'expérience de la naissance après une expérience d'accouchement négative. Les couples refusent alors la délégation de responsabilité que nous avons observée pour les couples se référant à un modèle biomédical. Ainsi, Alexandre relate son expérience du deuxième accouchement de sa femme à domicile après un premier accouchement médicalisé à Paris. Il nous montre comment le couple s'est réapproprié cet évènement en regard d'un premier accouchement à l'hôpital :

« On a accouché à domicile... Ce n'était pas prévu comme ça, mais Yasmine a accouché très vite. Personne n'y croit ! J'ai juste attrapé notre bébé pour qu'elle ne tombe pas... Bon nous, avant ça, on avait les mêmes représentations du médical, c'est super dur, c'est technique ! Les représentations sont très ancrées... J'ai une amie, à l'époque je n'avais pas réagi mais elle disait "ma grossesse c'est neuf mois et dès que je sens qu'il se passe quelque chose je vais à l'hosto et c'est leur boulot, c'est à eux de faire...". En réalité, c'est super triste, aujourd'hui ça me fait froid dans le dos » (Alexandre, 2^e enfant, Belle Naissance).

3.4 Des décalages partiels avec le système de genre

Cette posture citoyenne de contestation de la biomédicalisation correspond aussi à une remise en cause partielle du système de genre qui s'exprime différemment selon qu'il s'agisse de couples hétérosexuels ou de couples lesbiens.

Concernant le cas des couples hétérosexuels, on observe une volonté de vivre les évènements de la grossesse, de l'accouchement et la parentalité de manière conjointe. Il s'agit donc d'un écart avec les rôles sociaux de sexe. Par exemple,

Stéphane savait que sa femme était enceinte avant même le diagnostic de grossesse : « *on le sentait tous les deux, c'est plein de petits détails, les seins, le caractère, pour moi c'était évident qu'elle était enceinte* ». Pendant le travail, Stéphane est soutenant et redonne confiance : « *j'ai été très présent mais je ne me permets pas d'intervenir sur ses choix à elle, je suis là pour l'aider psychologiquement* ». Le conjoint est également là pour être le garant du projet de naissance du couple, pour former une « *bulle de protection* » et pour se souvenir des événements après coup. C'est une situation analogue dans un autre couple dont Théa fait le récit :

« Le fait d'avoir mon compagnon très proche de moi, ça nous a permis de lutter et on s'est dit que ça ne tient vraiment qu'à nous de trouver de l'humanité dans cette maternité, on va faire front. Il a préservé ma bulle. J'étais dans la naissance donc je ne voyais pas trop ce qui se passait, mais mon compagnon m'a raconté que l'obstétricien est arrivé avec ses cuillers en métal et la sage-femme a dit "bon on se laisse encore cinq minutes" » (Théa, 1^{er} enfant, Belle Naissance).

Le décalage avec la bicatégorisation sexuée, distribuant la parentalité aux femmes et le travail aux hommes, va jusqu'à l'accouchement en symbiose, où le conjoint de Théa est nu avec sa femme dans les bras et leur enfant :

« À la naissance, j'ai vraiment eu l'impression qu'on accouchait ensemble. J'ai accouché en me tenant à lui, contre lui. C'était assez fusionnel. Ensuite il a pu enlever ces vêtements et on était tous les trois collés » (Théa, 1^{er} enfant, Belle Naissance).

Côté médical, les médecins refusent la remise en cause de la hiérarchie sexuée que portent ces femmes. Pour l'anesthésiste Rémi, le fait que les femmes se revendiquent comme des « *personnes* » ayant le choix dans la manière d'accoucher rend la médicalisation de l'accouchement impossible. Il leur recommande donc de « *retourner dans les étables comme il y a cinquante ans* ». Face au refus des femmes de se soumettre à la hiérarchie sexuée, Rémi considère qu'elles ont une pathologie psychiatrique :

« Si les filles veulent continuer à accoucher comme il y a cinquante ans, qu'elles retournent dans les étables. Ce qui me gêne chez ces femmes qui veulent un

accompagnement global si j'ai bien compris le terme, c'est qu'on va attirer de plus en plus de dingos chez nous... » (Rémi, anesthésiste, Belle Naissance).

Concernant les couples de femmes qui se réfèrent à une conception relationnelle du corps, nous avons vu dans le chapitre trois qu'elles privilégiaient la légitimité sociale liée à l'implication de femmes et d'hommes dans la production d'enfants. Nous avons relevé deux situations type : l'achat de paillettes à l'étranger et l'auto-insémination d'une part, l'insémination « artisanale » avec donneur de sperme connu d'autre part.

Pour conclure ce paragraphe sur le modèle citoyen, on note une conscientisation forte des enjeux sociaux concernant aussi bien le système de genre (refus de la bicatégorisation, de la hiérarchie et/ou de l'hétéronormativité) que le rapport social biomédical (opposition à la culture technique et à la hiérarchie sociale et professionnelle des médecins). La prise de conscience va de pair avec une opposition forte des femmes et des hommes à des décisions prises par les médecins sans leur accord. De nombreuses femmes se « réparent » à l'aide d'un deuxième accouchement dans lequel les femmes, les couples, s'orientent vers des accompagnements plus en accord avec leurs représentations relationnelles de l'expérience corporelle.

4 Un modèle cosmique opposé à la biomédicalisation

Nous allons illustrer notre propos par cinq entretiens que nous considérons emblématiques du modèle cosmique de femmes ou de couples issus des maternités Belle Naissance, Femme Heureuse ou de l'association La Voix des parents. À Femme Heureuse, nous avons échangé avec Natacha et Olivier. À Belle Naissance, nous avons interrogé Marie-Anne et Luc, Alice. Au sein de l'association La Voix des parents, nous nous sommes entretenus avec Stéphanie, Chloé. Nous y associons un extrait d'entretiens avec Éva, sage-femme à Belle Naissance.

Enfin, nous avons identifié un modèle cosmique, naturaliste ou différentialiste d'un point de vue du genre, et opposé à la biomédicalisation. Comment se vit dans ce modèle l'expérience des piliers de la biomédicalisation que sont la culture technique et la hiérarchie médicale ?

4.1 L'incompatibilité des représentations sacrées du corps avec la culture technique

Les représentations sacrées du corps s'avèrent incompatibles avec la culture technique dans l'expérience de l'accouchement à l'hôpital.

Une expérience spirituelle de la reproduction et de l'accouchement

Dès la conception, les représentations cosmiques sont présentes. Ainsi pour Aurélie, la conception de l'enfant est liée à son appel de l'enfant lors du rapport sexuel et à l'intensité de l'émotion qu'elle a ressentie à ce moment-là :

« En fait je le savais, il y a eu quelque chose de très fort. Je savais par rapport à la fausse couche... Avant de faire le test je le savais déjà. Au moment de sa conception, il y a eu un truc de très fort, je lui ai dit : viens maintenant. Le test a confirmé pour papa qu'il était vraiment là » (Aurélie, 1^{er} enfant, Femme Heureuse).

L'expérience même de l'accouchement sacré transforme les femmes qui l'ont vécu. Sophie qui anime des sessions de « marrainage » à l'association *La Voix des parents* explique avoir voulu « vivre en pleine conscience la naissance de mes enfants, pour moi cette douleur elle a vraiment un sens, j'en suis sortie grandie, on en sort différente ». Marie-Anne qui a accouché à *Belle Naissance* spécifiquement pour l'aspect « naturel » de l'accouchement en précise les contours :

« On est plus serein parce qu'on laisse faire les choses. Ça veut tout dire, moins d'angoisse, moins de pression. Si on laisse faire les choses, ça semble que ça va se faire tout seul, enfin... c'est naturel, vous savez faire » (Marie-Anne, 2^e enfant, Belle Naissance).

Par ailleurs, comme dans de nombreux parcours de ce modèle, l'ensemble des tâches reproductives sont inaccessibles aux hommes. Ils en sont exclus. Leur présence se limite à apporter une forme de spiritualité. Durant son accouchement, Marie-Anne a été soutenue par son conjoint Luc, tous les deux fervents pratiquants. Luc récitait des prières pendant les contractions :

« Quand elle avait des contractions, ça la faisait souffrir donc je m'approchais d'elle je me mettais contre elle et dans son oreille je lui soufflais des Ave Maria pendant les contractions et je voyais que ça l'aidait. Je me suis mis derrière elle et je l'ai motivée

pour qu'elle pousse bien. J'avais fait exprès de me mettre comme ça pour que son dos soit contre mon ventre, moi je m'appuyais contre le mur, comme ça quand elle était fatiguée elle pouvait s'appuyer contre moi » (Luc, 2^e enfant, Belle Naissance).

Des gestes techniques inutiles voire contre-productifs

L'accouchement se vit comme une porte vers le sacré, comme une expérience en décalage avec les normes biomédicales. Ainsi, Marie Anne précise l'absence d'intérêt de certains gestes techniques comme la péridurale*. L'absence de péridurale* n'empêche pas d'accoucher :

« Il n'y a aucune raison de faire des tas de gestes médicaux. Il y a des femmes qui vous expliquent que sans péridurale, vous ne pouvez pas accoucher. Je l'ai fait deux fois, c'est douloureux mais je ne suis pas morte ! » (Marie-Anne, 2^e enfant, Belle Naissance).*

De plus, la technique est vécue comme un écran entre les femmes et leurs corps. Pour Sophie, le recours technique est fondé sur la peur. L'image est rassurante mais cette délégation fait obstacle à l'écoute de son propre corps. En outre, selon elle, l'outil technique est un moyen pour les professionnel.les de ne plus avoir besoin d'écouter les sensations des femmes :

« La puissance de l'image et de la technique fait que tu es rassurée, ton bébé il est là sur l'image, ça a une puissance que les mots n'ont pas pour rassurer une maman. Ces mamans-là elles délèguent... Mais je pense qu'il ne faudrait pas grand-chose pour leur redonner confiance, écouter son corps, apprendre à percevoir que mon bébé est en bonne santé dans mon corps dans mes sensations » (Sophie, 4 enfants, La Voix des parents).

Stéphanie, quant à elle, estime que la biomédicalisation correspond à une passivité et une absence de confiance en soi. Pour elle, il s'agit aussi de se responsabiliser si l'on a une autre approche de la naissance :

« Je ne comprends pas comment on peut vouloir être allongée, attachée à une table d'accouchement... Pour la première, ça s'est passé comme ça, j'ai été super passive parce que je ne m'étais pas bien préparée, je ne m'étais pas renseignée, c'était mon premier. J'ai fait entièrement confiance à l'équipe médicale. Ce n'est pas qu'il ne faut

pas leur faire confiance mais il faut savoir prendre un peu de recul et s'écouter un peu aussi » (Stéphanie, 3 enfants, La Voix des parents).

4.2 L'inadaptation de l'organisation hospitalière pour un accouchement cosmique

L'organisation hospitalière s'avère inadaptée pour les couples désirant vivre un accouchement cosmique, ce qui les amène à un cheminement progressif hors de l'hôpital. C'est ce qu'illustre la trajectoire emblématique d'Alice, institutrice, et de son conjoint.

Alice a quatre enfants. Le premier accouchement a eu lieu dans une maternité. Alice est déçue de l'accompagnement. Pour le deuxième, elle arrive si tardivement à la maternité qu'elle accouche sur le parking. C'est son conjoint qui l'aide pour la naissance. Pour le troisième, il s'agit d'un accouchement sur plateau technique à *Belle Naissance* avec une sage-femme libérale. L'accouchement a finalement lieu à la maison du fait de sa rapidité. Le quatrième accouchement est, quant à lui, organisé à la maison.

La trajectoire de soin d'Alice est emblématique du parcours cosmique et de ses stratégies de contournement. Il est en effet très difficile de donner naissance selon des modalités cosmiques au sein d'une institution. La trajectoire s'en éloigne donc progressivement au fur et à mesure que la confiance en soi et dans le processus physiologique du corps augmente. Mais ce cheminement doit faire fi des obstacles car les critiques sont constantes.

Elles proviennent tout d'abord des professionnel.les de la maternité. Ainsi, pour le troisième accouchement, Alice est inscrite à la maternité mais quelqu'un a écrit sur le dossier qu'il pourrait s'agir d'un accouchement à domicile déguisé. Le médecin que voit Alice lui fait alors la morale et lui explique qu'elle prend des risques inconsidérés pour son enfant. Elle serait une mère irresponsable, mettant en danger son enfant à naître :

« Il se trouve qu'à la maternité pour le troisième, c'était écrit sur le dossier je ne sais pas pourquoi que je pourrais accoucher à domicile. Je me suis fait vertement

*sermonner par le gynéco, je me suis sentie infantilisée et culpabilisée. Et on a beau se dire que c'est un choix réfléchi et raisonnable, quand on vous sermonne en disant votre vie c'est votre problème mais pas la vie de votre bébé. Enfin je veux dire mais c'est le premier choix que je fais justement pour lui et qui inaugure tous les choix que l'on fera après ! » (Alice, 4 enfants, *La Voix des parents*).*

Il y a aussi les réticences des proches. C'est pourquoi le couple a caché son souhait d'accoucher à domicile en justifiant *a posteriori* que l'accouchement a été trop rapide :

*« On ne l'a pas dit en fait (l'accouchement à domicile). (Rires). On s'est un peu caché derrière le fait que ça a été très vite. Bon et puis pour nous c'était mieux d'avoir une sage-femme compétente plutôt que de le faire seuls dans la panique. Donc pour la plupart, enfin tous ceux qu'on ne pensait pas aptes à comprendre, on ne l'a pas présenté comme un choix » (Alice, 4 enfants, *La Voix des parents*).*

Alice poursuit avec un discours sur la remise en cause de l'autorité médicale et de la hiérarchie qui fait partie des fondements des représentations cosmiques :

*« Ça dépossède le médecin de son autorité. J'avais pris l'ascendant sur lui en choisissant la naissance pour moi et pour mon bébé. Il a argumenté sur ma sécurité et celle de mon bébé mais j'ai plus eu l'impression qu'il n'avait pas envie de se faire couper l'herbe sous le pied par les sages-femmes ou par les femmes tout court parce qu'il a un bagage de connaissances médicales qui bien sûr surpasse le mien. Oui, ça ébranle leur autorité et la puissance qu'ils peuvent avoir sur les patients, le plaisir qu'ils ont à ce que les gens s'en remettent à ce qu'ils leur disent » (Alice, 4 enfants, *La Voix des parents*).*

4.3 Des opportunités d'alliance avec des sages-femmes et des maternités spécifiques

Si l'organisation hospitalière classique est inadaptée, il existe néanmoins des opportunités d'alliance le plus souvent avec des sages-femmes et des plateaux techniques dans des maternités partenaires comme *Belle Naissance*. Deux caractéristiques de ce type d'accouchement sont récurrentes dans les récits.

Une caractéristique a trait au profil de la personne soignante qui accompagne l'accouchement : il s'agit le plus souvent d'une sage-femme. Chloé nous raconte ainsi qu'une sage-femme est comme « *une confidente* », c'est également « *plus une relation de femme à femme* ». À la différence du spécialiste qui fait les échographies, « *bourru, froid* », avec la sage-femme, « *ça n'a rien à voir, elle est douce, à mon écoute, elle n'est pas pressée, tu n'as pas vraiment l'impression de déranger en fait* ». Chloé a souhaité accoucher sur le plateau technique de *Belle Naissance* avec une sage-femme libérale. Ce parcours de soin très spécifique est difficile à obtenir en raison du faible nombre de praticien.nes mais aussi parce qu'une certaine relation de confiance doit s'établir. Chloé raconte ainsi que

« les sages-femmes qui proposent de l'accompagnement global, vous les rencontrez, c'est un entretien préalable. Vous les choisissez mais elles vous choisissent aussi » (Chloé, 1^{er} enfant, *Belle Naissance*).

Chloé poursuit en précisant également ce qu'elle entend par « sage-femme » car pour elle, « *est-ce qu'être sage-femme, c'est accompagner les femmes dans ce moment si particulier ou est-ce que c'est la médecine technique, les pathologies, les protocoles ?* ». En ce sens, dans ce modèle cosmique, les femmes comme les sages-femmes se construisent mutuellement une relation de soins particulière. Alice en précise les contours :

« Tu vois en fait pour mes deux derniers, les sages-femmes, elles ont été là pour observer et pour prévenir s'il y a un souci. Vérifier mais discrètement. Elle est en permanence sur le qui-vive pour assurer ma sécurité et celle du bébé mais je ne m'en rends pas compte. En fait elle n'a pas agi. Je ne suis pas sûre qu'il y ait beaucoup de sage-femme qui fassent ça aujourd'hui. Veiller, être là et pas forcément agir » (Alice, 4 enfants, *La Voix des parents*).

Néanmoins, ces accouchements ne semblent pas accessibles facilement. Les conditions pour saisir ces opportunités consistent à avoir des connaissances médicales, connaître ses droits, être en capacité de s'opposer à la norme biomédicale pour pouvoir poursuivre sa trajectoire de soin. L'expérience et la pratique de l'accouchement nécessite un capital culturel élevé sans quoi la biomédicalisation s'impose aux femmes qui souhaitent s'en émanciper. Alice fait le récit d'une consultation avec un médecin pour une pathologie à la demande de sa sage-femme. Le médecin est opposé

à son choix d'accouchement à domicile et tente de lui faire peur avec des situations médicales potentiellement mortelles. Alice doit reposer le cadre de la consultation et aura une réponse précise à sa question qui porte sur son diabète de grossesse :

« Pour mon dernier, j'ai fait un diabète gestationnel. La sage-femme m'a demandé d'aller voir un endocrino à l'hôpital. Ma question c'était "est-ce qu'un diabète gestationnel bien équilibré est une contre-indication à l'accouchement à domicile ?" Là, je ne pouvais pas me cacher derrière le plateau technique... Donc je lui pose la question et la toubib me dit tout de suite "Ah, mais un accouchement à domicile c'est dangereux ! Vous ne vous rendez pas compte s'il y a une procidence du cordon", s'il y a ceci, s'il y a cela". Donc j'ai dû reposer ma question. Ce n'est pas ça que j'ai demandé, je ne vous ai pas demandé de juger mon choix d'accouchement. Je vous demande si mon diabète est un facteur de risque. Certains médecins (et je pense beaucoup) ne sont pas honnêtes avec vous. Si vous n'êtes pas armée, vous suivez ce qu'on vous dit. Vous vous faites manipuler quoi. C'est fort comme mot mais ça m'a vraiment mise en colère qu'elle ne réponde pas à ma question et qu'elle juge ma démarche. Pourtant je lui posé une question médicale. Au final, elle a fini par répondre que si mes glycémies étaient bonnes dix jours avant la naissance et que l'estimation de poids de mon bébé était de moins de quatre kilogrammes, il n'y avait pas plus de risques. C'est dommage de devoir argumenter pour avoir une réponse. On est censé pouvoir faire des choix de manière éclairée et objective » (Alice, 4 enfants, *La Voix des parents*).*

4.4 Ce que la biomédicalisation fait au genre

Le modèle du cosmos est un modèle différentialiste ou naturaliste au niveau du système de genre. La maternité est ainsi le domaine réservé des femmes et reconnu comme tel par les hommes (bicatégorisation sexuée). Les femmes exprimant un point de vue différentialiste s'opposent à la hiérarchie sexuée inhérente à la biomédicalisation contrairement aux femmes ayant un point de vue religieux et naturaliste dont le discours est centré sur la nécessité de la complémentarité des sexes. Néanmoins, nous avons repéré une expérience cosmique de l'accouchement qui suspend les rapports sociaux lors de cet évènement. De manière plus générale, certains parcours de femmes peuvent être analysés au croisement des modèles citoyen et

cosmique, montrant ainsi la relative perméabilité des formes de résistance des femmes à la norme biomédicale.

Un espace sur la nature sexuée facilité par l'opposition à la biomédicalisation

Lors d'un accouchement cosmique, la reproduction est l'affaire des femmes. Au mieux, les hommes peuvent soutenir mais ne participent pas à la décision. L'univers reproductif exclut tant les hommes que la biomédicalisation. C'est ce qu'exprime Luc, catholique pratiquant et dont la femme, Marie-Anne, accouche à *Belle Naissance*. Selon lui, son rôle est mineur, « *c'est la femme qui fait tout dans l'accouchement* ».

Dans l'extrait suivant, Sophie fait le récit de son dernier accouchement qui a eu lieu à domicile du fait de sa rapidité. Malgré les douleurs de contractions et l'envie de pousser, c'est Sophie qui est seule à décider tout au long du processus. Elle décrit un conjoint en difficulté :

« En fait, j'ai accouché chez moi. Serge [le conjoint] paniquait comme un malade, et moi je lui ai dit que je ne bougerai pas de la maison. La sage-femme est arrivée en retard et c'était génial, c'est un des plus beaux accouchements que j'ai vécus » (Sophie, 4 enfants, *La Voix des parents*).

Enfin, la sage-femme Éva, de *Belle Naissance*, confirme la distribution sexuée des rôles sociaux. Dans cette distribution entre la guerre pour les hommes et l'accouchement pour les femmes, les représentations du corps cosmique sont centrales :

« Je dis souvent à des amis que pour les hommes il y avait le service militaire et pour les femmes c'est l'accouchement... Après je ne sais pas comment c'est vécu ailleurs ou avant... Maintenant c'est aussi une notion de couple l'accouchement mais ça doit rester un rituel de passage pour les femmes. L'accouchement, il te confronte à tes limites, la dimension spirituelle... Tu te confrontes à tes peurs et tes limites, après tu acceptes de les toucher du bout du doigt ou pas » (Éva, sage-femme, *Belle Naissance*).

Une contestation de la hiérarchie sexuée en résonance avec l'opposition à la hiérarchie hospitalière

Associé au renforcement de la bicatégorisation sexuée, la contestation de la hiérarchie sexuée est un des principaux enjeux du féminisme différentialiste. Sophie,

marraine dans l'association *La Voix des parents*, est emblématique de ce modèle. L'extrait suivant est divisé en deux parties. Dans la première partie, Sophie fait référence à la bataille historique entre médecins et sages-femmes au lit des accouchées, effectivement remportée par les hommes de l'Art, alors même que l'accouchement concerne les femmes et elles seules. En ce sens, Sophie s'oppose à la hiérarchie sexuée dans son univers domestique tout comme avec la hiérarchie hospitalière. La deuxième partie de l'extrait concerne son militantisme différentialiste où elle évoque la nécessité d'être actrice de la naissance, ne pas se laisser faire par le système biomédical. Voilà le récit de Sophie :

« Enfin... bon excusez-moi quand même, mais c'est des trucs de mecs tout ça... mettre toutes les femmes sous pilule ! C'est comme la position gynécologique. Pourquoi on a mis les femmes en position gynécologique, c'est à partir du moment où les hommes sont intervenus dans les naissances ! À partir du moment où ils sont intervenus, ils ont obligé les femmes. Pour que monsieur n'est pas mal au dos ! (Rires) Enfin qu'ils puissent surveiller comme ils voulaient ! Bon je caricature mais je ne suis pas loin de la vérité. [...] Je regardais une émission la dernière fois sur le déclenchement. Il y avait une jeune femme qui a terminé en césarienne. Je la voyais allonger sur ce lit, je me disais mais "mon dieu quelle passivité !" Bien sûr, ça va au-delà d'une simple position d'accouchement mais quand même cette image de la femme dans les étrières c'est très fort. J'ai envie de dire mais levez-vous ! » (Sophie, 4 enfants, *La Voix des parents*).*

Néanmoins, nous considérons que cette affirmation d'une contestation de la hiérarchie sexuée de même que le renforcement de la bicatégorisation des sexes produit de la hiérarchie sociale. La position différentialiste soutient la valorisation du féminin. Mais dans une société où le féminin est dévalorisé, de fait, la différence amène la hiérarchie.

Une distribution « naturelle » de rôles sexués amenant une hiérarchie sociale

D'une autre façon, nous considérons également que la présentation par les couples de la nécessaire complémentarité entre les sexes, adossée à une valorisation de la bicatégorisation sexuée, aboutit, dans le modèle cosmique de type religieux, à un renforcement naturaliste du système de genre comme le montre le couple Marie-Anne et Luc.

Marie-Anne est inspectrice des impôts en disponibilité pour élever ses enfants. Pendant ce temps-là, Luc qui, au moment où il a connu Marie-Anne, était titulaire d'un Brevet de Technicien Supérieur (BTS), est actuellement en fin de cursus de master pour un diplôme d'ingénieur. Autrement dit, il a mobilisé toutes ses ressources pour améliorer son niveau de diplôme et de revenus pendant que Marie-Anne s'occupait des enfants. Deux raisons à cela. La première est que Luc puisse suffisamment bien gagner sa vie pour se permettre de maintenir Marie-Anne au foyer sans activité. La seconde tient au fait qu'une femme au foyer serait la garantie d'une bonne éducation des enfants. Voici un extrait de leur discours :

« Marie-Anne : Je suis au foyer actuellement. J'ai fait des études de droit. J'ai passé un concours mais je n'aimais pas, j'étais élève stagiaire au Trésor. Je me suis rendue compte que j'étais plus heureuse au foyer avec mes enfants, je préfère m'en occuper. C'est plus épanouissant pour moi et je pense que mes enfants seront mieux comme ça, d'avoir une maman qui s'occupe d'eux. Luc : J'ai un BTS en informatique et sécurité. Depuis notre mariage, je fais un master 2 en sécurité informatique. Je voulais évoluer, il me fallait un salaire plus élevé pour la famille parce que mon but c'est que ma femme ne soit pas obligée d'aller travailler. C'est aussi bien pour le bien-être des enfants parce que c'est bien qu'il y ait quelqu'un qui s'occupe d'eux, qu'ils aient de la stabilité et puis pour une bonne entente familiale c'est important, pour le couple » (Luc et Marie-Anne, 2^e enfant, Belle Naissance).

Un modèle cosmique d'accouchement dissocié des injonctions sociales

Enfin, le parcours de Natacha et Olivier est emblématique d'un accouchement spirituel en particulier pour Olivier. Le système de genre est comme suspendu au moment de l'accouchement. Ainsi, le modèle du cosmos inclut également un dépassement des normes de genre. On peut ajouter ici que la biomédicalisation est également comme suspendue dans la mesure où il n'est jamais fait mention de culture technique ou de hiérarchie mais d'« instant présent » et d'« énergie qui se déploie ».

Pour conclure, le modèle du cosmos associe naturalisme ou différentialisme au niveau du système de genre et refus de la biomédicalisation. Par ailleurs, nous ne retrouvons pas de parcours de femmes lesbiennes ayant des représentations cosmiques. Ces représentations chez les couples de femmes sont écartées dans la séquence médicale pour bénéficier des possibilités biomédicales malgré une situation

décalée en termes de genre. En effet, nous faisons l'hypothèse que certaines femmes lesbiennes ont des représentations cosmiques de l'accouchement mais qu'il est difficile de se décaler à la fois au niveau du genre et au niveau des représentations corporelles.

*

*

*

Le premier modèle que nous avons identifié est celui de la conformité. Il révèle une adhésion au système de genre et aux normes biomédicales de la culture technique et de la hiérarchie sociale et professionnelle. Le deuxième modèle est celui de la citoyenneté, il consiste en des décalages avec le système de genre et une contestation de la biomédicalisation. Nous avons qualifié le dernier modèle de cosmique. Il associe naturalisme ou différentialisme d'un point de vue du genre et un refus de la biomédicalisation.

Nous avons repéré par ailleurs que lors de tensions entre le système de genre et la biomédicalisation, ce sont systématiquement les normes médicales qui prévalent, qu'il s'agisse du choix du lieu d'accouchement au sein d'un couple ou de la demande des hommes que leur femme ne soit pas examinée par un autre homme.

Conclusion

-

**Les trois modèles emblématiques de l'expérience de
l'accouchement et la dynamique des rapports sociaux**

À partir de l'analyse des logiques individuelles d'action, les deux premières parties ont montré que la scène sociale de l'accouchement est une scène où le système de genre et la biomédicalisation en tant que rapport social sont imbriqués. Les logiques d'action nous permettent d'esquisser trois modèles.

Le premier modèle est celui de la double conformité au genre et à la biomédicalisation. Avec les professionnel.les, nous avons montré que le modèle de la double conformité est celui de la coextension du genre et de la biomédicalisation. Les parcours emblématiques des usagères montrent également un renforcement de la hiérarchie entre femmes et hommes au niveau domestique comme dans l'expérience de l'accouchement. Les entretiens montrent que les deux rapports sociaux ne sont pas juxtaposés mais imbriqués, enchevêtrés dans les logiques individuelles. C'est cette imbrication qui renforce l'effet de conformité.

Néanmoins, parmi les logiques emblématiques de cette double conformité, on observe deux variantes qui se décalent partiellement du système de genre.

La première variante concerne les femmes médecins, qui sont de fait en décalage par rapport à la hiérarchie sexuée de l'hôpital. Certaines sont dans la continuité de ce décalage de genre dans la sphère domestique et d'autres pas. Néanmoins, ces décalages restent individuels. S'ils provoquent des malaises, ils ne créent pas de dynamique sociale spécifique.

La seconde variante concerne les couples de femmes qui sont en décalage individuels et collectif au système de genre. Au-delà des d'aménagements individuels pour faire famille, la visibilité publique de nouveaux arrangements de genre familiaux participent de fait à une transformation du système de genre. La mobilisation au sein de l'*APGL* en est une illustration. Néanmoins, comme dans le cas des médecins la dynamique sociale contribue à une transformation du genre mais pas du genre. D'autant plus que les couples de femmes utilisent les nouvelles techniques reproductives pour asseoir le décalage de genre.

Le modèle que nous avons qualifié de citoyen en hommage à Hubertine Auclert¹ est celui de la lucidité sur le rapport social biomédical. À titre individuel, on observe une posture de confrontation face à la biomédicalisation et de décalage au système de genre, en particulier au niveau domestique. Néanmoins, les femmes ne font pas l'analyse des effets du genre dans la biomédicalisation. Ainsi, on note une dynamique de transformation de la biomédicalisation mais qui ne touche pas aux fondations de l'imbrication des deux rapports sociaux. La contestation sociale est celle des effets de l'imbrication sans analyser le processus d'invisibilisation du genre par la biomédecine. Les femmes adhérant au modèle citoyen sont des actrices des mouvements sociaux parce que la contestation de la biomédicalisation fait partie d'un mouvement collectif plus ample.

Enfin, le modèle cosmique consacre une révolte différentialiste. Les femmes se confrontent au système de genre, elles y voient le fondement de la domination biomédicale. L'inefficacité sociale de cette posture vient du fait que cette parole différentialiste est inaudible dans l'espace biomédical de l'accouchement. La radicalité de ces femmes en matière de genre ne permet pas d'emporter des succès dans la sphère hospitalière. On observe que la dynamique radicale de contestation du patriarcat ne permet pas de transformer la biomédicalisation. Elles participeront également aux mouvements sociaux car la contestation du patriarcat est nécessaire dans les mobilisations collectives.

Dans la troisième partie, nous allons faire l'analyse des opportunités sociales à l'origine des mouvements sociaux contemporains des sages-femmes et des usagères. L'analyse portera à la fois sur le niveau local et le niveau national. Comment les deux modèles citoyen et cosmique vont-ils permettre aux femmes de dénouer le verrou du genre et de la biomédicalisation dans les mobilisations collectives ?

¹ Hubertine Auclert (1848-1914) est une militante féministe française, pionnière du mouvement pour le suffrage universel, et qui se mobilise autour de la citoyenneté des femmes.

Troisième partie

-

**La scène publique de l'accouchement : une
dynamique sociale fondée sur une colère
differentialiste et des revendications citoyennes**

Les logiques inter-individuelles des usagères et des professionnel.les dans la scène sociale de l'accouchement entre système de genre et biomédicalisation ont fait l'objet d'une analyse dans les deux premières parties du texte. Cette dernière partie vient quant à elle contribuer à l'analyse des « *mouvements sociaux sexués* » (Kergoat, 1992) qui participent à transformer le cadre social de la production d'enfants à partir de l'observation des opportunités, des confrontations ou des alliances entre les acteur.trices de la scène sociale : les usagères, les professionnel.les et l'État.

À cette fin, nous allons mobiliser le concept d'« *écologies liées* » forgé par Andrew Abbott (2003). Dans ce chapitre, l'auteur fait un retour critique de son ouvrage de 1988 (Abbott, 1988) dans lequel il analysait une écologie des professions « *étroitement conditionnée par la concurrence. Tout ce qui survient au sein d'une profession a des répercussions sur les professions voisines et se traduit soit par des développements soit par des défaites* » (Abbott, 2003, p. 29). Nous avons identifié ces stratégies dans l'histoire de praticien.nes de l'accouchement dans le premier chapitre avec la bataille pour l'accès au lit des accouchées qui vit la victoire des obstétriciens puis leur monopole sous la III^e République¹. L'apport auto-critique d'Andrew Abbott est décisif dans la mesure où l'auteur considère désormais que les transformations d'une écologie professionnelle sont liées à d'autres écologies issues d'« *auditoires* » différents, le public et l'État en particulier :

« Dire que les professions sont liées dans une écologie représente un “coup d'état”. Mais insister sur le fait qu'une tactique juridictionnelle ne doit pas répondre seulement au but d'une profession, mais en même temps aux buts d'un parti dans l'État ou d'une structure quelconque dans le public, constitue une révolution » (Abbott, 2003, p.30).

Il s'agira alors d'analyser les opportunités et le contexte collectif dans lequel des alliances entre acteur.trices peuvent se forger. Ce sera l'objectif du chapitre sept qui traitera de la critique sociale de l'accouchement biomédicalisé, du malaise à l'hôpital généré en partie par les politiques néolibérales dites de performance ainsi que de la mobilisation de certains groupes professionnels dans ce contexte et, enfin, des

¹ Cf. chapitre 1, § 2.2, p.45.

transformations de la relation entre usagères et professionnel.les dans le contexte obstétrical.

Nous montrerons ensuite comment les acteur.trices se saisissent de ces opportunités à un niveau local à partir des modèles identifiés grâce à l'analyse des parcours biographiques. Ainsi, le chapitre huit est une ethnographie des différents lieux enquêtés. La maternité *Femme Heureuse* est emblématique de l'hégémonie de la culture technique. Les usagères y ont des difficultés à nouer des alliances face à des professionnel.les majoritairement en accord avec la conformité biomédicale, malgré un malaise très prégnant chez les sages-femmes. Les deux dispositifs étudiés, les projets de naissance des usagères et les usages de la salle « nature » sont ainsi relativement contraints. Concernant la maternité *Belle Naissance*, elle est emblématique *a contrario* d'un décalage institutionnel avec la biomédicalisation. On peut penser que l'alliance entre une association d'usagères, l'État qui maintient le site ouvert malgré le faible nombre d'accouchements initial et les sages-femmes est favorable à l'émancipation des femmes du cadre technique. Si la salle « nature » de *Belle Naissance* a vu le jour et s'est maintenue dans le temps, c'est précisément parce que cet objet *low-tech*² a fait consensus entre plusieurs écologies locales : les sages-femmes, les usagères et la direction de l'hôpital.

D'une autre façon, le chapitre neuf a pour objet l'analyse des mouvements collectifs et nationaux de sages-femmes et d'usagères permettant de dresser un tableau global des alliances. Pour A. Abbott, « *l'histoire de tel ou tel membre d'une alliance et celle de telle ou telle écologie tout entière sont à situer dans le tableau complet de l'histoire des alliances. Dès lors, les variables les plus importantes sont celles qui déterminent la formation des alliances* » (*ibid.*, p.31). La revendication principale d'autonomie professionnelle des mouvements de grèves des sages-femmes, la normalisation médicale de leur profession et leur émancipation, a rencontré l'intérêt de l'État à résoudre la démographie médicale déclinante des gynécologues médicaux en ville. Les mouvements féministes qui luttent pour la reconnaissance des violences

² L'ensemble du texte qui suit désignera les pratiques alternatives à la biomédicalisation sous ce vocable plutôt que celui d'« *humanisation de la naissance* » propre aux acteur.trices professionnel.les (Szejer, Caumel-Dauphin, 2001). De cette manière, le terme même de *low-tech* nous permet de construire des ponts entre les approches écologiques et résiliente des usagères et des sages-femmes qui se réclament d'une médicalisation raisonnée ou d'un « *techno-discernement* » (Bihouix, 2022).

obstétricales ont également réussi à faire plier l'État à la suite du mouvement *#MeToo* et ont remporté des batailles politiques décisives contre la hiérarchie médicale.

Chapitre 7

Les opportunités de transformation des cadres sociaux par les acteur.trices

« La peur et l'enfant naissent ensemble »

Frédéric Leboyer, *Shantala : un art traditionnel, le massage des enfants*, 1976.

Dans les deux premières parties, nous avons analysé les représentations et les pratiques de l'accouchement chez les usagères, chez les professionnel.les et leurs interactions inter-individuelles. Ce chapitre va s'intéresser aux différents espaces qui se créent dans la société pour transformer le cadre social de la scène reproductive co-construit par le système de genre et la biomédicalisation. Nous avons identifié trois galaxies emblématiques pour illustrer cette volonté de transformation du cadre social : la critique des institutions, le malaise des professionnel.les à l'hôpital et la transformation de la relation entre les praticien.nes et les usagères.

Par ailleurs, l'émergence de l'accouchement comme problème public, de par les fortes mobilisations de ces dernières années, conduit l'État à revoir l'organisation sociale de la prise en charge des accouchements. La position de l'État est un facteur décisif dans la réussite ou l'échec de ces mouvements comme le soulignent Olivier Fillieule et Lilian Mathieu à propos de la place de l'État dans les mouvements sociaux et du concept de structure des opportunités politiques :

« Le concept de structure des opportunités politiques (SOP) rend compte de l'environnement politique auquel sont confrontés les mouvements sociaux, et qui peut selon la conjoncture exercer une influence positive ou négative sur leur émergence et leur développement. Il procède d'un élargissement de la perspective, initialement centrée sur les seules organisations de mouvement social, de la mobilisation des ressources, et plus précisément d'une intégration de la dimension proprement politique des phénomènes contestataires » (Fillieule, Mathieu, 2020).

La première brèche dans la structure sociale que nous avons identifiée est celle produite par les discours savants : une galaxie de discours en décalage avec la structure sociale biomédicale et genrée de la société et une galaxie d'auteur.es en décalage avec la conformité de l'accouchement biomédicalisé. Les malaises que vivent les professionnel.les à l'hôpital constituent une autre fenêtre d'opportunités d'écarts à la conformité sociale. Les trajectoires des groupes professionnels quasi-exclusivement féminins des infirmier.ères et des orthophonistes sont de ce point de vue tout à fait éclairantes. Enfin, l'émergence de la figure de l'usager.ère en santé, des représentant.es des usager.ères au sein de l'institution hospitalière et dans les instances, a transformé en profondeur la relation avec les praticien.nes. Il s'agira ainsi

d'analyser les effets de la démocratie sanitaire sur la relation usagères/praticien.nes en obstétrique.

1 La critique sociale des institutions

L'immédiat après-guerre est l'objet de représentations dans toute la société d'une médecine triomphante avec l'avènement des antibiotiques : « *cet espoir de la guérison définitive par le médicament a rendu l'homme de l'après-guerre "invulnérable" » (Gaudillière, 2002).*

En matière d'accouchement, la méthode de « l'accouchement sans douleur » promue par l'obstétricien Lamaze à partir des années 1950 va s'inscrire dans les bouleversements techniques et scientifiques de l'obstétrique moderne. La diffusion et la longévité de la méthode s'ancrent dans la mobilisation d'acteur.trices politiques, médicaux et publics :

« Le succès de l'accouchement sans douleur mérite d'être lu comme le produit d'une entreprise collective alliant d'une manière inédite des intérêts politiques et des intérêts médicaux (aussi bien professionnels que pragmatiques). S'il n'avait été qu'une pure méthode d'analgésie sans attaches partisans, l'accouchement sans douleur serait probablement resté, comme tant d'autres techniques, anecdotique dans l'histoire de l'analgésie obstétricale » (Vuille, 2017).

Les années 1970 font l'objet d'une double transformation : le passage de la médicalisation à la biomédicalisation et le mouvement d'émancipation des femmes. Au croisement de ces deux bouleversements, une nouvelle galaxie d'acteur.trices se constitue, ils favorisent l'émergence d'une critique sociale concernant la médicalisation de la santé des femmes. Cette nouvelle critique ouvre des opportunités pour une parole publique sur l'accouchement. Cette partie a ainsi pour objet d'appréhender comment se fabrique une critique sociale de l'accouchement en lien avec les ressentis individuels et la circulation de discours plus globaux contestant les institutions.

1.1 Une critique radicale de la biomédicalisation et du genre

Ivan Illich (1926-2002) et Michel Foucault (1926-1984) : deux manières de concevoir la résistance à la biomédicalisation

Critique de la société industrielle, des transports, de l'école, le philosophe marxiste et ancien prêtre Ivan Illich doit une partie de sa renommée à la publication de *Némésis Médicale* (1974). Il s'agit d'une critique marxiste et radicale de la médecine contemporaine¹. La thèse centrale de l'ouvrage est l'expropriation des usagers de la santé par la culture technique et le monopole professionnel des médecins :

« L'entreprise médicale menace la santé. La colonisation médicale de la vie quotidienne aliène les moyens de soins. Le monopole professionnel sur le savoir scientifique empêche son partage » (Illich, 1974, p.6).

L'auteur propose en regard l'amélioration de l'hygiène et l'acquisition de compétences de soins « vernaculaires », propres à culture². Cette démarche s'inscrit plus largement dans la conception marxiste de la société industrielle d'Illich. L'auteur voit dans la médecine un exemple de surproduction et de surconsommation de ressources à des fins d'accumulation du capital. C'est ce que notent Robert et Paquot (2010) dans leur analyse de l'œuvre d'Illich :

« Au-delà de certains seuils, le pouvoir des docteurs ne peut pas s'accroître sans nier les capacités curatives ancrées dans les traditions et les cultures : ce pouvoir dévalorise toutes les formes de médecine domestique comme les tisanes et les compresses que savaient préparer les tantes et les grands-mères. [...] Les docteurs sont devenus des biocrates » (Robert, Paquot, 2010).

À propos des femmes et de la reproduction, I. Illich livre une critique de la médicalisation devenue classique de la sanitarisation du social :

¹ La *Némésis médicale* est d'abord un ouvrage qui s'inscrit à la croisée de la critique des techniques de Jacques Ellul et de l'écologie politique d'André Gorz. Du premier, Illich eut ces mots lors d'un hommage : « j'exprime ma gratitude envers un maître à qui je dois une orientation qui a infléchi de façon décisive mon chemin depuis quarante ans » (Illich, 1994). Quant à André Gorz, il participa aux séminaires qui ont abouti à la rédaction de l'ouvrage.

² L'auteur regrette le temps des médecins « aux pieds nus » en Chine, des non-professionnelles qui donnent les premiers soins (p.38-39).

« Dès que les femmes au XIX^e siècle ont voulu s'affirmer, un corps de gynécologues s'est formé : la féminité elle-même devenait un symptôme d'un besoin médical traité par des universitaires évidemment masculins. Être enceinte, accoucher, allaiter, sont autant de conditions médicalisables, comme le sont la ménopause ou la présence d'une matrice à l'âge où le spécialiste décide qu'elle est de trop » (Illich, 1974, p.65).

Un an après la sortie de *la Némésis médicale* d'Illich paraît *La volonté de savoir* (1976) de Michel Foucault. Sa critique de la médicalisation concerne le processus de médicalisation lui-même et la manière dont le monopole médical s'est constitué au XVIII^e siècle :

« Les disciplines du corps et les régulations de la population constituent les deux pôles autour desquels s'est déployée l'organisation du pouvoir sur la vie. La mise en place au cours de l'âge classique de cette grande technologie à double face [...] caractérise un pouvoir dont la plus haute fonction désormais n'est peut-être plus de tuer mais d'investir la vie de part en part » (Foucault, 1976, p.183).

Dans les entretiens qui vont suivre la sortie de *La volonté de savoir*, l'auteur propose une grille de lecture du texte d'Illich à partir de ses propres travaux :

« Ainsi, si, en réalité, la médecine est sociale, au moins depuis son grand essor du XVIII^e siècle, la crise actuelle n'est pas véritablement actuelle. Ses racines historiques doivent être recherchées dans la pratique sociale de la médecine. En conséquence, je ne poserai pas le problème dans les termes choisis par Ivan Illich et ses disciples : médecine ou antimédecine, devons-nous conserver ou non la médecine ? Le problème n'est pas de savoir s'il faut une médecine individuelle ou une médecine sociale, mais de s'interroger sur le modèle de développement de la médecine à partir du XVIII^e siècle » (Foucault, 1976 b).

À la suite de cette première analyse, M. Foucault poursuit sa réflexion critique sur l'origine de la critique sociale de la médecine : la conscience par les professionnels de l'incertitude de la pratique médicale et l'absence d'extériorité à la bio-médecine. Ce cadre d'analyse permettrait de donner une explication aux mouvements de résistance à la médicalisation :

« Une série de phénomènes, comme le rejet radical et bucolique de la médecine à la faveur d'une réconciliation non technique avec la nature, thème comparable au millénarisme ou à la crainte d'une apocalypse de l'espèce humaine, représente de

manière confuse dans la conscience des individus l'écho, la réponse à cette inquiétude technique que les biologistes et les médecins commencent à ressentir quant aux effets de leur propre pratique et de leur propre savoir. Le savoir est dangereux, non seulement par ses conséquences immédiates au niveau de l'individu ou de groupes d'individus, mais aussi au niveau de l'histoire elle-même. Il y a là l'une des caractéristiques fondamentales de la crise actuelle. [...] On pourrait affirmer, à propos de la société moderne dans laquelle nous nous trouvons, que nous vivons dans des "États médicaux ouverts" dans lesquels la médicalisation est sans limites. Certaines résistances populaires à la médicalisation s'expliquent précisément par cette prédominance perpétuelle et constante » (Foucault, 1976 b).

Cette critique sociale de la médicalisation d'I. Illich et M. Foucault s'avère être à la fois l'écho et le support des postures individuelles de résistance que nous avons identifiées précédemment.

I. Illich associe ainsi sa critique de la biomédicalisation à une dimension spirituelle du corps, renvoyant au modèle cosmique. Dans la pensée d'I. Illich, la Vie plus forte que la technique :

« – nous n'éliminerons jamais la douleur ; – nous ne guérirons jamais de toutes les affections ; – nous mourrons certainement. [...] Il y a l'obligation quotidienne d'accepter la contingence et la fragilité de la condition humaine » (Illich, 1994).

De même, la critique sociale portée par M. Foucault a participé de l'émergence du modèle citoyen :

« La référence foucauldienne est rapidement mobilisée pour comprendre l'attention que les individus portent à leur corps, la nature du processus de médicalisation/normalisation de la société occidentale et les phénomènes de contrôle des populations qui en sont la principale conséquence » (Bert, 2016).

C'est ainsi que la critique sociale aura contribué à permettre à des générations de soignant.es et d'usager.ères de s'émanciper du cadre de la médicalisation en fournissant une boîte à outils qui a alimenté la réflexion, les mouvements, la critique de la médicalisation des faits sociaux.

Deux héritages de la pensée féministe de la maternité : la controverse entre matérialisme et différentialisme

Le féminisme de la deuxième vague des années 1970 s'inscrit en France pour l'essentiel dans deux courants de pensée. L'un des deux, incluant une sensibilité marxiste, matérialiste et universaliste, dénonce les inégalités entre femmes et hommes. L'autre mouvement, de nature différentialiste, s'appuie sur la maternité comme enjeu de la féminité et comme socle d'un refus de la hiérarchie des hommes sur les femmes.

Les féministes universalistes et tout particulièrement les féministes matérialistes des années 1970 vont, quant à elles, dénoncer l'obligation de la maternité comme une aliénation à partir de l'analyse de Simone de Beauvoir (1949) et engager la lutte politique pour l'acquisition des droits reproductifs, contraception et avortement en particulier :

« Ces féministes des courants marxistes s'opposent aux féministes de la première vague : elles cherchent à dénaturer les valeurs dites "féminines" pour mettre l'accent sur les privilèges que l'assignation des femmes à la maternité et la sphère privée procure à la "classe des hommes", laquelle valorise ainsi sa propre force de travail et assure sa reproduction. Dans cette approche, la maternité est désignée comme une forme d'aliénation ; l'émancipation des femmes passerait ainsi prioritairement par la réappropriation de leur corps et notamment par la possibilité de choisir la non-maternité grâce à une démocratisation de l'accès à la contraception et à une décriminalisation de l'avortement » (Cardi et al., 2016).

Les auteures féministes universalistes ont ouvert la voie à une pensée féministe de la non-maternité. Elisabeth Badinter (1980) fait l'analyse de « l'instinct maternel » comme n'allant pas de soi, comme une construction sociale. Les auteures féministes matérialistes ont approfondi ces analyses en y intégrant un regard sur la matérialité du corps et une analyse marxiste. Colette Guillaumin (1978) va au-delà de la maternité « aliénation » et analyse le « *sexage* » comme appropriation de la classe des femmes par celle des hommes. Nicole-Claude Mathieu (1985) coordonne *L'arrondissement des femmes*, dans lequel plusieurs contributions soulignent « *la contrainte à l'engendrement* ». Christine Delphy (1999) voit dans la maternité et le maternage l'inscription de la différence des sexes et des rôles sexuels à une certaine idée de

nature, le genre devenant l'expression culturelle des représentations de la maternité et du lien entre femme et enfant. Plus récemment, Elsa Dorlin ([2006] 2009) propose une analyse des conditions socio-politiques de la colonisation et de la constitution de l'idée de Nation à partir d'une analyse du croisement entre race et genre dans lequel les représentations médicales de la maternité ont été centrales³.

Le féminisme différentialiste est une pensée socio-politique issue des mouvements de femmes des années 1970 qui s'appuie sur un héritage intellectuel et historique de luttes. Ainsi, cette posture fut d'abord celle d'Olympe de Gouge sous la Révolution française lorsque cette dernière met en avant la capacité des femmes à s'occuper du foyer comme garantie de leur capacité à la citoyenneté (Dorlin, [2006] 2009). Dans la première moitié du XX^e siècle, le mouvement suffragiste va être traversé par une tension entre l'argumentaire d'Olympe de Gouge et l'universalisme lié au droit de vote pour toutes et tous :

« L'Union Française pour le Suffrage des Femmes réclame bien le suffrage des femmes en tant que femmes, et affirme la nécessité de la participation des femmes à la vie politique du fait de leurs spécificités et de leurs compétences particulières. Il s'agit là d'un point central de la rhétorique féministe, et notamment suffragiste, tiraillée entre registres universaliste et différentialiste : les droits politiques des femmes sont revendiqués à la fois au nom de leurs spécificités et au nom de leur appartenance à l'humanité » (Jacquemart, 2017).

Pour Antoinette Fouque, figure emblématique du féminisme différentialiste en France, l'universalisme ferait l'économie de la reproduction comme centralité de la vie des femmes. Dans le même temps, pour l'auteure, le refus de la hiérarchie sexuée est fondamental sans quoi la bicatégorisation sexuée renforcerait l'inégalité femmes/hommes :

« Égalité et différence ne sauraient aller l'une sans l'autre ou être sacrifiées l'une à l'autre. Si l'on sacrifie l'égalité à la différence, on revient aux positions réactionnaires des sociétés traditionnelles, et si l'on sacrifie la différence des sexes, avec la richesse

³ Nous considérons Elsa Dorlin comme une auteure matérialiste en particulier dans l'ouvrage cité. L'auteure y propose une analyse du croisement entre les rapports sociaux de genre et de race à la suite des travaux de N.-C. Mathieu et de C. Guillaumin. Pour autant, la posture d'Elsa Dorlin peut également être qualifiée de *queer*, voyant dans les théories *queer* une poursuite du matérialisme historique axé sur l'analyse des sexualités et de la subversion de l'ordre hétéronormatif ainsi que sur le développement de féminismes dits subalternes comme le *Black Feminism* (Girard, 2007).

de vie dont elle est porteuse, à l'égalité, on stérilise les femmes, on appauvrit l'humanité tout entière » (Fouque, 2004, p.292).

Enfin, Yvonne Knibiehler, historienne de la naissance, objecte que l'expérience individuelle de la maternité de ses proches ne peut être considérée comme aliénante :

« En 1968-1970, la maternité était dénoncée comme une aliénation. C'est là que j'ai commencé à douter. Dire que ma mère et mes grands-mères étaient des femmes opprimées c'était ridicule et ça le reste à mes yeux. [...] Considérer la maternité comme une aliénation, c'est mutiler le féminin d'une manière regrettable » (Knibiehler, 2013).

Au-delà des travaux militants des multiples groupes de femmes, on retient de cette époque, à la suite de Dominique Fougeyrollas-Schwebel, que la maternité est au cœur de l'opposition entre universalistes et différentialistes :

« Pour les unes, il s'agit d'effacer toute distinction entre les hommes et les femmes et d'accéder à part égale pour tous à un véritable universel, pour les autres, il s'agit de subvertir cet universel fondement d'une féminité aliénée en œuvrant à d'autres alternatives. C'est ce que décrit l'opposition universalistes versus différentialistes » (Fougeyrollas-Schwebel, 2005).

1.2 Une critique principalement différentialiste de l'accouchement médicalisé

Parallèlement à cette pensée contestataire dans le domaine du genre et de la biomédicalisation, se développe une critique interne de l'accouchement médicalisé. Or, si la critique de la biomédicalisation et celle du genre ont été traversées par différentes sensibilités, la réflexion critique francophone de l'accouchement biomédical a été principalement différentialiste. Comment le point de vue différentialiste est-il devenu dominant dans la critique de l'accouchement médicalisé ? Quelles galaxies d'acteur.trices ont porté la contestation ? Quels ont été les choix d'alliances possibles ?

Une contestation médicale à partir d'une posture naturaliste : Frédéric Leboyer (1918 – 2017) et Michel Odent (1930 - ...)

Simultanément à la critique générale de la biomédicalisation d'I. Illich et de Foucault, deux médecins, Frederick Leboyer et Michel Odent, développent une pensée et des pratiques alternatives sur l'accouchement. M. Odent a été accoucheur, chef de service, à la maternité de Pithiviers de 1962 à 1985. F. Leboyer participa aux activités pour les femmes enceintes de la maternité de Pithiviers en créant les premières séances de chant prénatal.

Dans ses différents écrits, notamment *Pour une naissance sans violence* en 1974, Frédéric Leboyer développe une posture cosmique et naturaliste qui fait écho aux propos d'Illich. La posture de F. Leboyer s'inscrit dans un univers sacré tant au niveau de ses références sur les spiritualités hindoue et asiatique que du système de genre où l'auteur plaide pour un retour à la nature et au Féminin sacré. L'aspect spirituel de la pensée de F. Leboyer est mis au service de la défense du nouveau-né. La lumière éblouit l'enfant, la première respiration est une brûlure, couper le cordon ombilical « *est un acte d'une grande cruauté* » (Leboyer, 1974, p. 65). Ainsi, son hypothèse est que la naissance est douloureuse pour le nouveau-né :

« La naissance est souffrance. Et non point seulement l'accouchement. Venir au monde est douloureux. Autant que l'était donné la vie. Et le Bouddha parlait, non de la mère mais de l'enfant. Ce qui fait l'horreur de naître » (Leboyer, 1974, p.33).

Le premier tiers de l'ouvrage *Pour une naissance sans violence* est consacré à illustrer le mauvais accueil des nouveau-nés à l'appui de nombreuses photos de nouveau-nés hurlants.

Au niveau du système de genre, F. Leboyer a une vision naturaliste des rapports entre femmes et hommes, il évoque ces représentations à propos du toucher du nouveau-né. En effet, pour l'auteur, les femmes doivent se départir de leur connaissance pour revenir à un état de nature :

« Quelles mains doivent tenir l'enfant ? Celles de la mère, évidemment. À condition que ces mains sachent... tout ce qui vient d'être dit. Et qui ne s'apprend pas. Mais si souvent s'oublie. Combien de mères tapotent leur enfant ! Ou le secouent, croyant le

bercer, ou le caressent... Combien de femmes ont des mains raides, mortes, sans intelligence » (Leboyer, 1974, p.104).

Pour sa part, M. Odent mène une réflexion critique de la culture technique à partir du point de vue de l'anti-médecine d'I. Illich et développe une approche naturaliste d'un point de vue du système de genre.

Son premier ouvrage édité en 1976, *Bien Naître*, est une réflexion critique sur la culture technique et plus précisément sur les pratiques professionnelles qui viennent, selon l'auteur, entraver le processus physiologique et hormonal de l'accouchement⁴.

L'opposition de M. Odent à la systématisation des gestes techniques lors des accouchements se double d'une acceptation des normes du système de genre en matière de bicatégorisation et de hiérarchie sexuée qui fonde son naturalisme. L'auteur atteste du pouvoir des médecins sur les sages-femmes dans la première citation ci-dessous et insiste sur la nature féminine de la reproduction dans la seconde. Pour M. Odent, l'accouchement est l'affaire des femmes avant d'être l'affaire de la médecine :

« Certes la profession de sage-femme existe en Europe Occidentale, mais en règle générale les sages-femmes ne peuvent que respecter les consignes imposées par les chefs de service [...]. Certaines ont pris récemment conscience de ce rapport de dominants et dominés. Celles-là se savent prisonnières à la fois du pouvoir médical et du pouvoir phallocratique » (Odent, 1977, p.20).

« La "naissance sans violence" a été à l'origine d'une réflexion nouvelle sur le recrutement du personnel [...]. Il faudrait que ce personnel soit exclusivement composé de "mères" » (Odent, 1977, p. 87).

F. Leboyer, comme M. Odent, a ainsi réussi à diffuser des pratiques alternatives en décalage avec la conformité biomédicale de leur époque. Malgré les controverses qui n'ont pas manqué de la part de la communauté médicale, la biomédicalisation a montré sa plasticité en intégrant ces pratiques dans un univers de possibles alternatifs

⁴ Comme le fait d'imposer aux femmes d'être sur le dos pendant le travail d'accouchement là où la pesanteur est une aide précieuse

autour de la naissance. On doit à Frédéric Leboyer le peau à peau à la naissance*, le clampage* retardé du cordon ombilical après la naissance, le bain précoce*, les techniques de massage* des nouveau-nés, le chant prénatal. M. Odent a publicisé l'accouchement « sauvage* », ancêtre des salles « nature », avec l'accouchement dans l'eau, un environnement sans lumière pour l'accouchement, la liberté de postures ou l'analyse de la place des hormones dans l'accouchement (Odent, 2001).

À quoi tient le succès de l'approche des deux auteurs ? Notre hypothèse est que le succès de leur entreprise est lié à leur position institutionnelle de médecins hospitaliers et à leur capacité à avoir élargi la base sociale initiale à laquelle ils s'adressent.

En effet, les approches de F. Leboyer et de M. Odent font référence à un point de vue cosmique. Or, on a pu constater qu'il s'agit d'un modèle très minoritaire. Néanmoins, ils ont su défendre leur position dans l'univers de l'hôpital. Ainsi, M. Odent explicite comment l'équipe de la maternité de Pithiviers qu'il dirige a su mettre en œuvre une organisation respectant toutes les demandes des femmes. On peut faire l'hypothèse que les auteurs répondent ainsi aux usagères « citoyennes » au-delà des militantes de l'accouchement non médicalisé.

Indicateurs de morbidité* et de mortalité infantile* à la clé, M. Odent montre que cette approche est compatible avec les objectifs nationaux de l'époque de réduction de la morbidité et de la mortalité infantile. De plus, la position des auteurs s'inscrit dans une conception naturaliste de la maternité. De son côté, F. Leboyer met en avant essentiellement l'enfant au centre de ses préoccupations, et M. Odent son adhésion à la différenciation et la hiérarchie sexuées. Ces deux éléments permettent une alliance solide avec les parturientes comme avec les sages-femmes adhérant à une double conformité de genre et de biomédicalisation. En effet, à partir des années 1980, de nombreuses sages-femmes cherchent une forme de renouveau dans la pratique professionnelle. Se sentant dépossédées de leur savoir-faire clinique par la culture technique (Carricaburu, 1994), une partie des sages-femmes adhérant au modèle de la conformité va promouvoir les travaux de M. Odent et de F. Leboyer dans le contexte de l'avènement de l'analgésie péridurale*. Plus récemment, certains médecins ont également prolongé ces travaux en les intégrant dans la pratique professionnelle

comme la pédiatre Gisèle Gremmo-Féger (2009) qui remet en question les routines systématiques comme l'aspiration nasopharyngée* et fait la promotion de pratiques alternatives comme le peau à peau* en salle de naissance.

Ainsi, initialement portée par la posture naturaliste issue du modèle du cosmos, la critique de la médicalisation des accouchements de F. Leboyer et M. Odent a trouvé un public dans les trois dimensions des représentations de l'expérience et des pratiques de l'accouchement tant chez les femmes que chez les professionnel.les.

Le courant féministe différentialiste et la promotion du féminin sacré

De même que pour F. Leboyer et M. Odent, la contestation de l'accouchement biomédicalisé est initialement portée par le courant différentialiste au sein du mouvement féministe francophone.

Les années 1980 sont marquées en France par la promotion d'une approche différentialiste à l'initiative de philosophes, psychanalystes ou d'historiennes autour d'un colloque emblématique, *Maternité en mouvement* (1988), qui propose des textes de tendance plutôt différentialiste et critique de la médicalisation du corps des femmes. Le texte le plus abouti est, nous semble-t-il, une retranscription d'une communication donnée par Julia Kristeva. Pour elle, le féminisme matérialiste de la deuxième vague a présenté la « femme-mère » comme une esclave. Dès lors, tout le travail de l'auteure est précisément d'une part de « réhabiliter une part énorme à la civilisation que les femmes ont accomplie dans tous les temps dans cette marge de la culture qu'est la maternité » et d'autre part,

« d'intégrer ces expériences-là dans la représentation sociale, dans les faits culturels, de ne pas enfermer la maternité, le foyer, le fait d'être une épouse dans l'innommable et l'aphasie, mais de lier la parole féminine, l'expression culturelle des femmes, à ces expériences-là » (Kristeva, 1986, p.49).

Les auteures différentialistes portent une volonté d'émancipation sociale des femmes et s'attachent à se décaler de la hiérarchie sexuée tout en approuvant la différenciation sexuée. C'est un des points centraux de l'opposition avec le féminisme matérialiste. Ainsi Antoinette Fouque centre son propos sur la dualité :

« Pensée, l'expérience de la gestation nous permet de quitter la passion du Un pour aller vers la connaissance du deux. Lieu de mémoire et moment de l'à venir, modèle de l'amour du prochain et du penser à l'autre, elle dote les femmes à la fois du génie du vivant au niveau réel, d'une personnalité démocratique et xénophile au niveau imaginaire et d'une dimension éthique au niveau symbolique » (Fouque, 2004).

L'auteure ajoute dans un entretien que l'association entre la différenciation sexuée et la maternité est centrale dans l'identité des femmes :

« J'ai écarté dès le départ cette notion de liberté par la stérilité pour lier procréation à libération. J'ai parié sur la libération par une gestation porteuse d'identité, donc de libération de l'aliénation symbolique à la structure phallogcentrique. Tout ce que disent les femmes enceintes aujourd'hui va dans ce sens : affirmation de leur désir matriciel, procréatif et créatif, qui n'exclut pas leur pulsion d'ambition » (Fouque, 2009).

Yvonne Knibiehler explicite ci-après son rejet d'une vision aliénante de la maternité et précise la nature du projet de recherche différentialiste qui a été mené à cette époque :

« Je trouve que l'épanouissement par la maternité et par la relation à l'enfant est l'autre visage du féminin. Et ça, on ne pouvait pas en parler en 1970, c'était tabou. [...] Il me semblait, par mon expérience vécue et aussi par celle de la plupart des femmes, que la maternité restait une composante majeure de leur identité : donc qu'on ne pouvait pas se contenter de la regarder comme aliénante et de la mettre entre parenthèses. Il fallait aussi la considérer, l'analyser, la repenser, la refonder et c'est ce que je voulais faire » (Knibiehler, 2013).

À la différenciation sexuée et la maternité, Luce Irigaray insiste sur le lien entre femme et nature prolongeant la dualité femme/nature et homme/culture. À la différence de Nicole-Claude Mathieu (1973) qui notait que *« les sexes comme produit social de rapports sociaux ne semblent guère jusqu'à présent faire l'objet d'interrogation »*, Luce Irigaray voit au contraire la nature comme le lieu propre au féminin et à l'opposé d'un masculin qui lui serait extérieur. Ce que L. Irigaray rejette, c'est la domination tant sur les femmes que sur la nature :

« Dans ce monde au féminin, le rapport intersubjectif est fondateur : il s'agit d'un univers du deux et non du un. Ce n'est pas contre sa mère que se constitue subjectivement la petite fille, sinon dans les fables répressives du patriarcat, mais

comme et avec sa mère. De même, ce n'est pas contre la nature que se définit le sujet féminin, mais avec, au moyen, comme la nature. La nature représente en quelque sorte l'instrument privilégié du devenir féminin, un instrument qui se confond avec soi-même et n'est pas extérieur à soi comme il en va pour l'homme » (Irrigaray, 1995).

Cette approche différentialiste s'incarne dans une partie du mouvement protéiforme de l'éco-féminisme qui reprend à son compte la thèse de la domination, par les hommes, des femmes et de la nature. Un des combats de ce mouvement, dont la première incarnation fut Françoise d'Eaubonne (Gandon, 2009), est de s'opposer à la technicisation de la naissance et de s'appuyer sur une vision naturaliste du corps des femmes :

« C'est aussi dans la lignée de ces revendications qu'on peut analyser le mouvement contemporain de re-naturalisation de la naissance qui repose sur la défense des compétences "innées" des femmes pour dénoncer la médicalisation du corps maternel » (Cardi et al., 2016).

En France, la pensée féministe différentialiste sur la scène de l'accouchement a été certainement la plus visible pour les femmes ces quarante dernières années en s'appropriant la question de la maternité et en l'analysant comme un événement central dans l'expérience des femmes. Paradoxalement, dans le monde anglo-saxon, c'est plutôt le courant matérialiste qui a produit le plus de travaux sur l'expérience des femmes lors de l'accouchement en analysant les enjeux politiques qui sous-tendent la médicalisation des corps. À ce titre, la sociologue britannique Ann Oakley (1972 ; 1980 ; 1984 ; 1993) est une figure emblématique d'une analyse matérialiste de la santé des femmes.

On peut faire l'hypothèse que la place du courant différentialiste en France est due, à cette époque, au faible développement de la sociologie de la santé contrairement aux pays anglo-saxons, notamment en Grande Bretagne. De ce fait, si les féministes matérialistes ont affirmé « *Un enfant, quand je veux* », elles se sont peu penchées sur la question de l'expérience propre de l'accouchement avec la question « *Un enfant,*

comment je le veux ? ». Ce n'est que dans la dernière décennie 2010–2020 qu'ont été publiés un nombre plus important de travaux⁵.

Les auteur.es des discours féministes et savants ont ainsi produit de nombreux travaux sur les questions reproductives et la maternité depuis une cinquantaine d'années. Ces travaux ont innervé l'ensemble de la société. Dans le discours francophone, on relève une tension entre les postures universaliste et différentialiste. Quoi qu'il en soit, ces courants ont été des points d'appui pour les mouvements de femmes dans leurs combats.

2 Les opportunités liées aux reconfigurations du système de santé et des professionnel.les

Sous l'effet de politiques publiques de santé essentiellement comptables, le système de santé tend à se réorganiser. On note dans ce contexte une crise de la démographie médicale, une crise des vocations et une perte de sens dans le travail. De surcroît, le contexte d'universitarisation des professions paramédicales et de sage-femme dans le cadre du processus européen de Bologne amorcé en 1998 entraîne des luttes pour la reconnaissance des compétences. Un des axes de revendications est précisément la recherche d'autonomie professionnelle pour ces professions très féminisées (autour des 97% pour les sages-femmes et les orthophonistes, 87% chez les infirmier.ères).

⁵ Dans les recherches francophones, la production d'enfant dans une perspective matérialiste est longtemps restée axée sur l'analyse de la non-maternité. La dernière décennie a montré un regain d'intérêt chez les universitaires avec un numéro thématique dans les *Nouvelles questions féministes* (Praz *et al.*, 2011), le colloque international "*Nouvelles techniques de reproduction, genre et parenté*" les 14-15 nov. 2011 à Lyon, le colloque international « "*Medicalized*" *Childbirth as a Public Problem: Risk Culture(s), Gender Politics, Techno-Reflexivities* » organisé par Sezin Topçu (CEMS/IMM-CNRS-EHESS) et Ilana Löwy (Cermes3-INSERM-EHESS) en 2016, le numéro thématique « Le travail procréatif. Contrôle de la fécondité, engendrement et parentalité » de la revue *Recherches Sociologiques et Anthropologiques* (Mathieu, Ruault, 2017) ou encore récemment la thématique « Violences obstétricales » dans les revues *Cahiers du genre* (Schantz, Rozée, Molinier, 2021).

2.1 Le malaise à l'hôpital et dans les professions de santé

Depuis les années 1970, le système de santé, et l'hôpital public en particulier, subit des transformations notoires de son cadre réglementaire ayant, pour origine, le déficit des comptes publics (Moisdon, 2012). Par ailleurs, sous l'effet du processus de biomédicalisation entamé à la fin de la seconde guerre mondiale, ces transformations vont concerner les organisations (Herreros, Milly, 2011), le rapport entre l'État, les professionnel.les et les usager.ères (Lascoumes, 2007) ou les rapports entre les professionnel.les (Aïach, Fassin, Saliba, 1994). Enfin, le *New Public Management* va approfondir le malaise des soignants en faisant la promotion d'organisations « performantes » (Benamouzig, Robelet, 2014). Tous ces éléments aboutissent à l'analyse de Pierre-André Juven et Fanny Vincent :

« Contradiction entre les moyens accordés et les missions confiées, saturation du personnel et des services, dominations parce que l'hôpital n'est ni protégé ni hermétique aux logiques qui structurent le monde social. Les fantômes qui habitent l'hôpital sont désormais bien connus : hégémonie d'une médecine institutionnelle et biomédicale, centralité systémique, cible de l'orthodoxie budgétaire et néolibérale, vecteur de domination de genre, de race et de classe » (Juven, Vincent, 2021, p.555-556).

D'une autre façon, Didier Tabuteau (2009) observe qu'il n'existe pas une crise mais une hétérogénéité de crises qui s'accumulent à l'hôpital :

« Le secteur de la santé est en crise. Les titres des journaux viennent le rappeler régulièrement. On pourrait même écrire qu'il est "en crises", tant la diversité des situations de crise qui le traversent mérite d'être soulignée. Crises de sécurité sanitaire, crises du financement de la sécurité sociale, crises sociales à l'hôpital ou en médecine de ville... » (Tabuteau, 2009).

L'hôpital et la « performance » du système de santé

Cette analyse d'une hétérogénéité des crises du système de santé a été proposée dès les années 1990 par Pierre Aïach, Didier Fassin et Jacques Saliba (1994) qui soulignent l'importance d'analyser les différents points de vue qui s'expriment : l'État, les professionnel.les et les usager.ères. Les transformations propres à la

représentation des usager.ères dans le système de santé seront analysées dans la troisième partie de ce chapitre.

Concernant l'État, il nous paraît important de souligner deux enjeux distincts. Le premier concerne la philosophie de la haute administration sur le rapport que devrait entretenir l'État avec l'hôpital public. Dans un entretien, Édouard Couty⁶ montre les effets de balancier entre une posture de confiance avec les acteur.trices et une posture plus rigide de contrôle de l'activité en continu :

« La séquence 1991-1995 est très illustrative du mouvement de balancier qui structure nos politiques hospitalières depuis quarante ans. Il y a, en effet, deux visions fondamentalement différentes du pilotage du système hospitalier. Soit on est dans un système qui est fondé sur une relation de confiance, et de forte responsabilisation des acteurs avec un rigoureux contrôle a posteriori qui permet de tirer les conséquences de cette responsabilité. Soit, au contraire, on a une vision beaucoup plus étatique, qui au nom du contrôle légitime de la dépense publique transforme des acteurs responsables en opérateurs dépendants d'une administration structurée de manière pyramidale » (Couty, 2020).

À partir des années 2000 et en particulier avec la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoires » (HPST) de 2009⁷, c'est une logique libérale de contrôle rigide qui se met en place. La terminologie change, le « *contrat d'objectifs et de moyens* » devient le « *contrat d'objectifs et de performances* ». La loi HPST fait entrer l'hôpital dans l'ère du *New Public Management* qui va s'incarner dans une logique de performance combinant efficacité, gestion contrainte des ressources humaines et qualité des soins (Fermon, Grandjean, 2015). En d'autres termes, il s'agit de produire plus de soins, moins onéreux, avec le.la professionnel.le qui correspond au besoin, si possible, le mieux ajusté en équivalent temps plein⁸, tout en garantissant la meilleure qualité de

⁶ Extrait d'un entretien donné par E. Couty : « *Membre du corps des directeurs d'hôpital, il devient, entre 1988 et 1992, conseiller du ministre de la protection sociale et de la santé Claude Évin (bientôt remplacé par Bruno Durieux) chargé des questions hospitalières. Il occupe, une fois retourné dans le monde des établissements hospitaliers, le poste de président de la Conférence des directeurs généraux de centres hospitalo-universitaires (CHU). Nommé directeur des hôpitaux en 1998, il contribue à la transformation de cette administration centrale, rebaptisée direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins en 2000. Quittant cette administration centrale, il est nommé conseiller-maître à la Cour des comptes. Il est par la suite nommé médiateur national par la ministre Marisol Touraine dans le cadre d'un plan de prévention des risques psychosociaux* » (Couty, 2020).

⁷ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁸ De Pourville (2003) parle d'« *efficacité allocative* ».

soins. Par exemple, la contractualisation avec l'État⁹ et le changement de mode de financement avec la tarification à l'activité sont des mesures d'efficience. La création des pôles d'activité au sein des hôpitaux avec un médecin chef de pôle a contribué à majorer la contrainte en matière de ressources humaines. Ce sont également les médecins chefs de pôles qui ont la responsabilité de la qualité des soins. Nous partageons l'analyse de Chrystelle Routelous :

« Les pouvoirs publics français ont importé des dispositifs devant favoriser la performance des hôpitaux en transposant trois principales mesures. La contractualisation avec les agences régionales, le changement de mode de financement et la responsabilisation des médecins dans les choix de gestion. [...] La "performance hospitalière" pose le problème des stratégies possibles de l'hôpital public, garant des missions de service public. En effet, les établissements de santé doivent veiller à leur situation financière et donc modifier leur organisation tout en continuant à offrir des soins pour tous et sans dégrader leur qualité » (Routelous, 2013).

Face à cette logique libérale de contrainte budgétaire qui transforme l'hôpital en profondeur, les acteurs professionnels se mobilisent de deux manières.

Une première mobilisation est de nature collective, les professionnels argumentent ainsi sur la diminution de la qualité des soins ou sur les risques potentiels pour les patients comme le note Frédéric Pierru :

« Le dialogue de sourds est presque total : là où les gestionnaires s'adressent d'abord aux intérêts économiques individuels des praticiens afin d'en infléchir les pratiques dans le sens de l'efficience, ces derniers dénoncent un "viol éthique" les obligeant à enfreindre les règles de l'art médical et à dispenser des soins de piètre qualité » (Pierru, 2013).

Dans une tribune au journal *Le Monde* du 8 septembre 2022, la professeure de psychologie sociale Pascale Molinier se fait la porte-parole des soignants, aides-soignantes, brancardiers ou infirmières soulignant l'importance de l'accompagnement des usagers :

⁹ Le groupement de territoires par exemple fait partie des modèles d'efficience. Plusieurs hôpitaux se regroupent pour diminuer certains coûts de structure comme la politique d'achat.

« Pour changer de modèle, il importe collectivement de rompre avec le déni gestionnaire. Acceptons de ne pas refouler l'angoisse. Les personnels soignants quittent l'hôpital parce qu'ils ne veulent pas devenir des monstres sans affects, ou laisser leur peau au travail. Il conviendrait de s'interroger sur la rationalité économique d'une gestion qui prendrait mieux en compte toutes les dimensions du soin » (Molinier, 2022).

Le malaise collectif des soignants se manifeste de manière désormais récurrente dans des mouvements de grèves interprofessionnelles comme le collectif Santé en danger¹⁰ ou le collectif inter-urgences¹¹. Pierre Aïach, Didier Fassin et Jacques Saliba avaient souligné ce malaise dès les années 1990 :

« Le malaise ne se manifeste d'ailleurs pas seulement dans les enquêtes. Il donne lieu à des mouvements sociaux inédits. La période récente aura ainsi été marquée, au niveau mondial, par l'apparition de mobilisations, avec des grèves parfois longues et dures, largement suivies et aboutissant à des épreuves de force avec les pouvoirs publics » (Aïach, Fassin, Saliba, 1994, p.14).

Une autre manière de se mobiliser se joue au niveau d'une catégorie professionnelle. Une partie de l'enjeu se situe alors au niveau de l'autonomie professionnelle de catégories « subalternes » au sein d'un espace où la légitimité est donnée au médecin du fait du paradigme technologique biomédical :

« Derrière les revendications et les doléances des professionnels, ce sont bien des questions de pouvoir qui sont en cause et les réponses sociales ou politiques qui leur sont apportées contribuent à redéfinir les principes de légitimation dans le champ de la santé » (Ibid., 1994, p.42).

C'est précisément ce contexte d'opportunités que nous souhaitons analyser.

Un contexte propice à la mobilisation des professions intermédiaires et les plus féminisées

À partir des données collectées par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), nous observons que les professions qui se mobilisent fortement et de manière catégorielle sont essentiellement des professions

¹⁰ <https://collectif-sed.org/>.

¹¹ <https://www.interurgences.fr/>.

intermédiaires, féminines et subalternes de la culture technique comme nous pouvons le voir dans les deux tableaux ci-dessous.

| Tableau 1. La profession de sage-femme, la plus féminisée des professions médicales, reléguée au salariat et aux faibles revenus. <i>Effectifs, mixité, activités et revenus des professions médicales et pharmaceutiques.</i> | | | | | |
|--|-------------|--------------|--|----------------------------|--|
| | Dentistes | Médecins | | Sages-femmes | Pharmaciens |
| | | Généralistes | Spécialistes | | |
| Effectifs 2021 | 42 031 | 94 538 | 119 686 | 23 397 | 72 200 |
| % de femmes | 48% | 50% | | 97% | 68% |
| Activité majoritaire | Libéral 80% | Libéral 60% | Mixte : 50% en libéral ; 50% hospitalier | 70% salariat | 70% en officine dont la moitié titulaire |
| Revenu d'activités moyen brut/an en euros (temps plein) | 107 520 | 91 670 | 151 910 | 27 000 (début de carrière) | Titulaires : 121 400 |
| <p>Lecture : Les professions médicales hors sages-femmes sont mixtes et relativement homogènes dans leurs revenus. Les sages-femmes sont très majoritairement des femmes dont les revenus représentent le tiers du revenu moyen des professions mixtes. Plus la profession est féminine, plus le pourcentage de salariat augmente.</p> <p>Source : DREES Bilan annuel au 01/01/2021.</p> | | | | | |

| Tableau 2. Les professions les plus féminisées sont les moins rémunérées. <i>Effectifs, mixité, activités et revenus de trois professions paramédicales.</i> | | | |
|---|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | Infirmier.ère DE (-62 ans) | Kinésithérapeute | Orthophoniste |
| Effectifs 2021 | 637 644 | 91 485 | 24 208 |
| % de femmes | 87% | 51% | 97% |
| Activité majoritaire | Salariat 63% | Libéral 80% | Libéral 85% |
| Revenu d'activités moyen brut/an en euros à temps plein | 23 000 (début de carrière) | 70 000 (titulaire de cabinet) | 60 000 (titulaire de cabinet) |
| <p>Lecture : La profession majoritairement féminine d'orthophoniste présente des revenus qui se rapprochent de ceux des kinésithérapeutes qui sont majoritairement libéraux. Le salariat domine dans la profession infirmière dont les revenus sont nettement inférieurs.</p> <p>Source : DREES Bilan annuel au 01/01/2021.</p> | | | |

Ainsi, plus les professions sont féminisées et plus le niveau de revenu est faible. Par ailleurs, ces revenus correspondent à des moyennes pour des temps pleins et ce sont majoritairement les femmes qui optent pour les temps partiels pour des raisons domestiques. De plus, les moyennes cachent certaines disparités sociales. Une sage-femme en cabinet libéral pratiquant l'échographie obstétricale peut atteindre les mêmes niveaux de revenus qu'un chirurgien-dentiste et dans ce cas, c'est la manipulation d'objets à forte technicité qui justifie les revenus. De la même manière, chez les kinésithérapeutes, si la profession est quasi mixte, le salariat à l'hôpital est un statut à 70% féminin, les hommes choisissant préférentiellement le libéral qui est le plus rémunérateur.

Nous analyserons la situation spécifique des sages-femmes dans les chapitres suivants. Pour autant, on observe que le contexte est à la mobilisation des professions les plus féminisées, les moins rémunérées et les moins reconnues socialement. Reste à définir ce qui se joue dans ces mouvements sociaux professionnels. Nous allons analyser plus particulièrement le cas des infirmières et des orthophonistes.

2.2 La « coordination infirmière » de 1988

La mobilisation des infirmières en 1988 est une réaction forte de toute la profession contre l'arrêté Barzach de décembre 1987 qui revoyait les conditions d'admission dans une école de formation en soins infirmiers¹². Jusqu'alors, c'était le niveau du baccalauréat qui permettait de passer le concours d'entrée. Si les pouvoirs publics y ont vu la possibilité de pallier le manque de personnels hospitaliers, les infirmières n'ont pas accepté la dévalorisation de leurs compétences.

Genèse du mouvement, revendications et transformation partielle du système de genre

Danièle Kergoat et une équipe de chercheuses ont suivi l'ensemble du mouvement. Ce travail de terrain a donné lieu à une série d'écrits dont nous reprenons ici l'essentiel des résultats (Kergoat, 1992).

¹² Toute personne ayant cotisé plus de cinq ans à la sécurité sociale et sous réserve de l'analyse de son dossier pouvait entrer en institut de formation en lieu et place du niveau baccalauréat.

Concernant les revendications, il s'agit pour les infirmières de passer d'une logique de reconnaissance de qualités dites « féminines » à des qualifications nécessaires à la reconnaissance notamment salariale. Le premier enjeu concerne la hiérarchie entre la reconnaissance sociale des qualités masculines (compétition, pouvoir, etc.) et qualités féminines (douceur, instinct maternel, etc.) au détriment de ces dernières. Le second enjeu est celui de l'opposition entre qualités et qualifications. En effet, les qualifications des hommes sont collectives et socialement construites là où les qualités féminines renvoient les femmes à la sphère privée où ces dernières ne sont pas valorisées (Kergoat, 2010). C'est ainsi que le résume Pascale Molinier :

« Dans le monde du travail, la parole des femmes sur les dimensions de l'expérience sensible est régulièrement disqualifiée dans le registre du "pathos" féminin, ainsi qu'on a pu le constater à propos de la coordination infirmière » (Molinier, 2000).

Danièle Kergoat analyse alors comment le « mouvement social sexué » (Kergoat, 1992) des infirmières via la coordination de 1988 permet une prise de conscience des rapports sociaux de sexe à un niveau collectif. C'est à partir de ce niveau collectif que les infirmières ont pu repenser leurs qualifications :

« Le mouvement des infirmières a été sous-tendu par la revendication de la reconnaissance de leur qualification. Car si la représentation sociale de celle-ci est beaucoup plus valorisante que celle de beaucoup d'autres femmes, bien des ambiguïtés demeurent cependant et quant aux qualités/qualifications qui leur sont demandées et quant à la façon dont les infirmières elles-mêmes vivent leur qualification » (Kergoat, 2010).

D'une autre façon, la coordination infirmière a permis de mettre en évidence une manière différente de lutter pour la reconnaissance (Honneth, 1992) au sein d'un mouvement très majoritairement composé de femmes pour transformer les rapports sociaux de sexe. Ainsi, les infirmières se sont dotées de règles de gestion de la mixité pour permettre aux femmes d'être majoritaires dans les instances de décisions de la coordination. La tentation des hommes infirmiers était grande de représenter la profession.

Une stratégie de rôle propre dans le care

La coordination infirmière de 1988 a revendiqué la reconnaissance des qualifications professionnelles à travers le rôle propre infirmier en matière de *care*. Si cette notion de « rôle propre » date de 1978¹³, il faudra attendre 2004¹⁴ pour la déclinaison des compétences propres issue de la reconnaissance des qualifications. On peut y voir l'aboutissement du mouvement de 1988. Plus précisément, ce rôle propre consiste à accompagner les personnes dans les soins de leur vie quotidienne comme l'hygiène et l'alimentation et on peut dire avec Pierre Aïach, Didier Fassin et Jacques Saliba que la profession d'infirmier.ères a fait le choix stratégique de valoriser un monopole sur les soins relationnels :

« Le soin infirmier s'est, lui, développé dans un rapport de dépendance vis-à-vis de la médecine mais en préservant une dimension relationnelle qu'il valorise aujourd'hui comme lui étant spécifique » (Aïach, Fassin, Saliba, 1994).

La profession infirmière n'a pas tranché sur une stratégie professionnelle. Certaines ne sont pas en quête d'autonomie professionnelle et ont fait le choix du *care* d'un point de vue naturaliste. D'autres y ont vu un enjeu différentialiste à travers le rôle propre et une stratégie du monopole relationnel contre la hiérarchie médicale. Cette stratégie est perdante dans la mesure où la hiérarchie médicale leur accorde ce monopole du soin tout maintenant leur dépendance vis-à-vis des médecins et sans reconnaissance salariale forte du fait de la dévalorisation structurelle du *care*. D'autres enfin, on fait le choix de la défense d'un statut universitaire reconnu au grade de master.

Les choix de l'État durant les vingt dernières années vont avoir des conséquences directes sur la profession en lien avec le choix stratégique de fonder la reconnaissance sur une compétence relationnelle d'un point de vue naturaliste ou différentialiste. L'organisation change à l'hôpital avec la baisse de la durée moyenne de séjour rendant l'accompagnement relationnel difficile sinon inutile. C'est ce que note Françoise Acker :

¹³ Loi n°78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L.473, L.475 et L.476 du code de la santé publique relatifs à la profession d'infirmier ou d'infirmière et l'article L.372 de ce code, relatif à l'exercice illégal de la profession de médecin.

¹⁴ Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 codifié aux articles R.4311-4 et R.4311-5 du CSP.

« Lorsque les patients ne restent qu'une journée ou deux, et que la charge de travail est importante, fluctuante, certaines infirmières semblent hésiter à s'engager dans un travail de relation, d'accompagnement dont elles ne peuvent maîtriser la durée et qui risque d'être sans lendemain » (Acker, 2004).

Derrière la perte de sens évoquée par les soignants, nous repérons une tension entre efficacité économique et rôle propre relationnel comme l'identifie également l'auteure :

« Les soignantes se plaignent d'un manque de temps pour des échanges avec les patients et les médecins ne sont pas assez présents pour réajuster les traitements et faire face aux événements imprévus. Dans l'ensemble des établissements, on observe également une montée de la charge cognitive qui découle, entre autres, du caractère plus "pointu" des savoirs à maîtriser, du passage d'une charge physique à une charge mentale. Les interruptions fréquentes dans le travail, l'augmentation des exigences des patients et de leur famille, la gestion des risques, le développement du travail d'information ajoutent à la charge mentale déjà identifiée » (Acker, 2004).

La conséquence de l'échec de la stratégie différentialiste de la compétence relationnelle entraîne une segmentation de la profession, de plus en plus morcelée par des spécialisations (infirmières anesthésistes, de bloc opératoire ou puéricultrice) ou des parcours spécifiques comme en dialyse. Cette segmentation accroît la distinction entre des pratiques professionnelles très techniques et mieux rémunérées¹⁵ et un profil d'infirmière en soins généraux valorisant un rôle propre ciblant l'accompagnement de plus en plus difficile à réaliser et faiblement rémunéré.

Paradoxalement, la création actuelle d'une filière universitaire jusqu'au doctorat répond aux nouveaux enjeux d'autonomie d'une partie de la profession comme le soulignent les revues professionnelles :

« Deux bonds dans le temps, nous propulsent tout d'abord en 2009¹⁶, année de la parution du nouveau référentiel de formation infirmière octroyant en plus du diplôme d'État d'infirmière, le grade de licence, diplôme de niveau II (bac +3), puis au mois

¹⁵ Si les grilles indiciaires entre ces trois spécialités sont identiques, les infirmières anesthésistes et de bloc opératoire augmentent très substantiellement leurs revenus *via* des primes spécifiques liées à l'activité opératoire comme les astreintes par exemple. Ce n'est pas le cas de la puéricultrice qui est la spécialisation la plus féminisée (98% de femmes. Source : DREES) et la moins rémunérée des trois spécialités infirmières.

¹⁶ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier.

d'août 2019 au cours duquel la formation d'infirmière en pratique avancée (IPA)¹⁷ délivrant le grade de master est mise en place, ouvrant ainsi la voie à l'instauration d'un cursus universitaire complet, jusqu'au doctorat en soins infirmiers » (Divay, Girard, 2019).

Une partie de la profession seulement sera concernée dans la mesure où le grade de master ne sera reconnu qu'aux infirmier.ères spécialisé.es et aux nouveaux infirmier.ères de pratique avancée (IPA). Le parcours doctoral est pour le moment fictif. On assiste donc à l'enracinement de la segmentation professionnelle au bénéfice des hommes qui sont plus nombreux dans les spécialités¹⁸.

Ces nouveaux enjeux rencontrent l'intérêt de l'État qui veut pallier une démographie médicale déclinante. Pour autant, cette stratégie des pouvoirs publics laisse de côté les multiples conflits de territoires professionnels qui seront observés dans les décennies 2020/2030. En effet, à cette date, de très nombreux médecins débiteront leur activité dans un contexte fortement concurrentiel avec les professions médicales et paramédicales qui ont obtenu un élargissement de leurs compétences durant la décennie précédente sur le marché fermé de la santé. Ce contexte concerne l'ensemble des professions en quête d'autonomie face à la hiérarchie médicale.

2.3 Une revendication historique d'autonomie professionnelle chez les orthophonistes

Parmi les professions de santé les plus féminisées, la profession d'orthophoniste a été marquée ces dix dernières années par des mobilisations catégorielles concernant une demande d'amélioration du statut hospitalier en faveur d'une reconnaissance universitaire dans le contexte de réingénierie des professions paramédicales. Quelle a été la stratégie professionnelle ? Quelle a été la place des hommes dans le syndicalisme professionnel ? Comment la profession a-t-elle construit la légitimité scientifique des savoirs en orthophonie ?

¹⁷ Décret n°2018-633 du 18 juillet 2018.

¹⁸ En anesthésie par exemple qui concentre plus de 30% d'hommes. Source DREES, 2021.

La profession d'orthophoniste est relativement récente dans l'histoire des professions de santé. Elle est le produit du parcours d'une pionnière, Suzanne Borel-Maisonny, et du soutien de médecins de l'époque. Dès les débuts de la pratique dans les années 1930, la collaboration avec les médecins est marquée par une volonté d'autonomie professionnelle : « *L'orthophoniste se positionne dans un rapport de complémentarité et non de dépendance vis-à-vis du savoir médical* » (De Luca, Vilboux, [2007] 2016). Cette dynamique initiale s'est poursuivie au fil des décennies et a abouti à plusieurs élargissements de compétences au seuil des années 2000 avec des compétences de prévention et la capacité par l'orthophoniste à fixer le nombre de séances nécessaire à prescrire¹⁹ (Philippe, [2007] 2016).

L'histoire de la profession et la volonté majoritaire de ses membres est donc de lutter pour l'autonomie professionnelle. Par ailleurs, en matière d'engagement syndical, les hommes orthophonistes sont sur-représentés, choisis et valorisés par leurs consœurs comme le soulignent Hélène Bretin et Claudine Philippe : « *Très présentes sur le terrain syndical au niveau départemental et régional, les femmes ont semble-t-il avoir donné leur quitus à des représentants assumant au mieux leur rôle de défenseurs de la profession* » (Bretin, Philippe, [2007] 2016). Ce constat est à nuancer depuis le milieu des années 2000 où la direction nationale s'est orientée vers une plus forte mixité. En matière de système de genre, la stratégie professionnelle est à l'opposé de celle des infirmier.ères qui ont veillé dès les débuts du mouvement à garder une majorité de femmes dans les instances décisionnaires de la coordination.

La stratégie d'autonomie professionnelle, associée à la présence majoritaire des hommes dans la représentation syndicale nationale, s'appuie sur l'intégration de la culture technique dans la construction des savoirs en orthophonie favorisant ainsi la légitimation de la profession. Les orthophonistes ont fait collectivement le choix de la mise en avant de la dimension biomédicale de l'activité (Bergeras, Tain, [2007] 2016) à l'inverse de la tendance majoritaire chez les infirmier.ères. Pour valoriser les compétences techniques professionnelles, les orthophonistes ont fait le choix de mettre en avant des hommes, plus légitimes sur le plan technique auprès d'instances politiques.

¹⁹ Décret de compétence de mai 2002.

Enfin, cette stratégie d'autonomie ancrée dans la biomédecine a permis à la profession d'engager une bataille pour l'universitarisation de la formation dans le dispositif européen du cycle Licence Master Doctorat. L'enjeu était la reconnaissance au grade de master du certificat professionnel en orthophonie en lieu et place de la proposition gouvernementale d'un niveau professionnel de base de licence, complété pour une partie seulement des étudiants par un grade de master spécialisé. Le groupe professionnel a multiplié les rencontres avec les acteurs politiques et les cabinets ministériels et a organisé des manifestations. Le grade de master sera reconnu en 2013 après avoir démontré le caractère scientifique du diplôme comme le souligne Laurence Tain : « *Des référentiels d'activités, de compétences et de formation ont été bâtis et ont permis aux représentant.es des orthophonistes de construire un discours scientifique justifiant l'intérêt et la valeur d'un master en orthophonie* » (Tain, [2007] 2016). On peut faire l'hypothèse que la masculinisation de la représentation syndicale associée à la mise en avant de la dimension technique du soin a permis l'obtention d'un parcours unique pour toutes et tous et la reconnaissance au grade de master.

Le système de santé contemporain poursuit sa transformation sous l'effet principal de politiques budgétaires déficitaires. Parallèlement, l'universitarisation des professions paramédicales et de sage-femme entraîne une réingénierie des formations et un déplacement vers le cœur de métier professionnel. Ce contexte est porteur de mouvement entre les territoires professionnels, en particulier dans les professions « subalternes » et fortement féminisées. L'analyse des professions d'infirmier.ères et d'orthophonistes révèle des stratégies genrées différenciées. Les infirmier.ères mettent en avant des représentations féminine (au niveau syndicale) et relationnelle (au niveau de la pratique professionnelle), là où les orthophonistes ont fait le choix d'une représentation syndicale plus masculine et une mise en avant de la dimension technique et biomédicale de la profession.

Ainsi, le contexte est propice à une nouvelle tectonique des plaques professionnelles au sein de laquelle le système de genre joue un rôle central. La nouvelle donne professionnelle et universitaire organise la segmentation de la profession infirmière et la valorisation de la profession d'orthophoniste. On fera l'analyse dans les chapitres suivants du positionnement des sages-femmes.

3 Les opportunités liées aux réaménagements de la relation entre patient.es et médecins

La transformation de la relation entre les usager.ères du système de santé et les praticien.nes constituent une formidable fenêtre d'opportunités dans la structure sociale. Nous reviendrons dans les deux premiers paragraphes sur la genèse et les luttes qui ont permis cette transformation sociale majeure. Cependant, il semblerait que toutes les disciplines médicales n'aient pas intégré cette nouvelle donne de la même manière. Nous déplacerons alors la focale sur les associations d'usagères en périnatalité pour analyser de quelles manières les opportunités de transformations du cadre social du système de genre et de la biomédicalisation ont été saisies.

3.1 La genèse du passage de l'administré.e à l'usager.ère en santé

Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, l'État a notamment pour enjeu la démocratisation des établissements de santé. Ce processus prendra forme en 1945 avec la création de l'hôpital comme service public de santé²⁰. À partir de 1958 et de la création des centres hospitaliers universitaires, l'administration se préoccupe de la qualité de l'accueil de toutes et tous. Cette préoccupation trouvera son expression dans une circulaire visant à « *l'humanisation des hôpitaux* »²¹. La circulaire recommande ainsi d'établir un document d'accueil pour « *donner au malade tous les éléments d'information qu'il souhaite et qui peuvent lui être utiles, et aussi l'impression qu'il n'est pas un objet numéroté mais un individu* ». Le rapport Ducamin de juillet 1970 portant également sur « *l'humanisation des hôpitaux* » fait un certain nombre de nouvelles recommandations. Une nouvelle circulaire vient ainsi compléter la circulaire de 1958. Cette approche « *de l'intelligence et du cœur* »²² s'inscrit dans un vaste mouvement de transformations initié par la loi Boulin du 31 décembre 1970 qui

²⁰ Le décret du 17 avril 1945 officialise la transformation de l'hôpital en service public accessible à tous.

²¹ Avec la circulaire du 5 décembre 1958 relative à l'humanisation des hôpitaux, apparaissent de nouvelles recommandations concernant les visites des familles, les effets personnels, les horaires de lever, des repas et du coucher.

²² Source Le Monde, 02/02/1970, « Une circulaire ministérielle préconise l'application immédiate de mesures pratiques ».

visé notamment à supprimer les salles communes. La première charte des malades hospitalisés voit le jour en 1974²³ sous le ministère de Simone Veil. La charte du patient hospitalisé de 1995 viendra actualiser la version de 1974²⁴. L'État a ainsi pour objectif durant près de cinquante ans d'améliorer les relations entre l'administration et les administré.es. Les différents textes n'abordent pas la relation thérapeutique et on peut dire avec François-Xavier Schweyer (2000) que l'État considère « *l'existence de l'utilisateur comme un état de fait et non comme une relation de droit* ».

Les années 1990 voient l'émergence, au niveau individuel, du « *malade citoyen* » (Schweyer, 2000), demandeur d'une autre relation de soins, et au niveau collectif, de la transformation d'associations historiques comme la Ligue contre le Cancer ou l'Association Française contre les Myopathies (AFM). Ces associations vont passer d'un modèle de la cause commune et du vivre la maladie à la lutte contre la maladie en finançant des projets de recherche (Rabeharisoa, Callon, 2002) ou en exigeant de nouvelles politiques publiques (Akrich, Rabeharisoa, 2012). L'émergence du VIH/SIDA à partir des années 1980 participe également de cette transformation, concernant la relation médecin-malade comme le souligne Pierre Lascoumes :

« Une autre grande préoccupation de Daniel Defert était l'évolution des relations médecin-malade. De vastes questions étaient alors soulevées sur l'information des patients et leur participation aux choix thérapeutiques. Ces questions allaient au-delà des seules personnes atteintes par le VIH et concernaient tous les patients (actuels et potentiels). Que dire et comment le dire ? Comment s'informer en dehors du système

²³ Le décret du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des hôpitaux reprend l'essentiel des propositions de la circulaire de 1970, leur donnant une valeur réglementaire comme droits des malades. Il sera publié sous l'impulsion de Michel Poniatowski, Ministre de la santé. À la suite de ce décret est rédigée la première charte des malades. Elle sera annexée à une circulaire, signée le 20 septembre 1974 par Simone Veil, nouvelle Ministre de la santé, qui rend sa diffusion obligatoire auprès de tous les malades dans les hôpitaux publics.

²⁴ La charte du patient hospitalisé du 6 mai 1995 remplace la charte du malade hospitalisé rédigée en 1974. Elle tient compte de l'évolution du dispositif législatif et réglementaire mis en place consécutivement à la réforme hospitalière du 31 juillet 1991 et des lois dites de bioéthique du 29 juillet 1994.

médical ? Comment échanger sur la maladie ? Comment faire évoluer le secret médical ? Comment rendre accessible aux patients leur dossier ? » (Lascoumes, 2017).

3.2 Les effets socio-politique des années VIH/SIDA

L'irruption du VIH/SIDA à partir de 1983 a contribué à une transformation radicale des relations entre patient.es et praticien.nes. L'épidémie de VIH/SIDA dans sa première phase a montré l'incapacité des médecins à sauver des vies et a contraint les pouvoirs publics à organiser des campagnes de prévention comme l'a observé Alexandre Biosse-Duplan :

« L'épidémie de VIH/SIDA est souvent considérée comme facteur déclenchant de la rupture avec l'ordre ancien : une maladie nouvelle, qui tue, sans laisser aux médecins ni les moyens ni le temps d'apporter la moindre réponse. Les témoignages des années 1981, date de signalement des premiers cas, à 1996, année d'arrivée des premières trithérapies efficaces décrivent quinze longues années qui verront naître et croître les nouveaux acteurs associatifs dont Aides en 1984 et Act-Up Paris en 1989 » (Biosse-Duplan, 2017).

Dans ce contexte, la décennie 1990 voit l'émergence de l'activisme thérapeutique (Barbot, 2002) suite aux différentes crises touchant à la sécurisation des produits sanguins avec l'affaire du « sang contaminé » et de la transmission du VIH aux hémophiles (Carricaburu, 2000). Par ailleurs, les associations de lutte contre le VIH/SIDA telles que Act Up ou AIDES ont imposé à l'État, aux firmes pharmaceutiques comme aux médecins une nouvelle relation de soin comme le souligne François Buton :

« La dimension proprement politique de l'épidémie de sida, au-delà de sa constitution en problème politique exceptionnel, puis normalisé réside dans l'existence d'un mouvement associatif ayant pu mettre en cause, ou à l'épreuve, sur la scène publique, notamment médiatique, non pas exactement "le pouvoir", mais plus largement, "les pouvoirs", politique, médical scientifique, administratif, économique » (Buton, 2005).

Le tournant réglementaire aura lieu avec la loi Kouchner du 4 mars 2002²⁵ qui institue un processus de démocratie sanitaire. Adossé au mouvement

²⁵ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

d'« *humanisation des hôpitaux* » depuis l'après-guerre au sein de l'administration et aux résultats de combats juridiques durant les années 1990, le puissant mouvement associatif a participé de la transformation du cadre juridique (Barbot, 2002). Par ailleurs, les associations vont elles-mêmes se transformer dans ce contexte notamment en se coordonnant avec la création du Collectif inter associatif sur la santé (CISS) qui réunit des représentants des usagères du système de santé (Tabuteau, 2021).

3.3 Un terreau fragile pour la mobilisation d'usagères en santé périnatale

Les associations féministes et l'accouchement

La mobilisation associative féministe française s'est surtout organisée pour la défense du droit à l'avortement et à la contraception. Les mouvements en faveur d'une moindre médicalisation de l'accouchement ou d'une plus grande autonomie des femmes dans la naissance n'ont pas abouti à des mobilisations de grande ampleur comme le collectif La Graine à Montpellier, fondé en 1978²⁶, et qui se battait pour un accouchement « respecté » et à domicile. À la même époque, des militantes féministes ont traduit et adapté le texte du collectif de Boston *Our Bodies, Ourselves* (OBOS) (1973). Les auteures notent qu'« *en même temps que nous prenions conscience de notre oppression de femmes, nous nous rendions compte que nous étions dominées par le monde médical* » (Collectif de Boston, adaptation française, 1977, p.10). Les auteures font le constat de leur faible niveau de connaissances sur leur propre corps et son fonctionnement physiologique ainsi que l'a analysé Paola Tabet (2004). Comme leurs camarades américaines,

« les femmes à l'origine du projet découvrirent qu'elles étaient capables de collecter, comprendre et évaluer les connaissances médicales. En parallèle, elles se sont aperçues que leurs expériences contredisaient souvent le "savoir officiel" des

²⁶ On remercie Nicole Simon, sage-femme, qui nous a ouvert son fonds d'archives personnelles. La Graine fait l'objet d'un article sur l'accouchement à domicile dans la revue *Pratique* du syndicat de la médecine générale de mars 1980.

médecins et arrivèrent à la conclusion que ces derniers ne doivent pas être la seule source autorisée de connaissance sur leur corps » (Löwy, 2005).

Ces militantes insistent sur une nécessaire réappropriation des connaissances de leur corps par les femmes afin d'être actrices de leur accouchement. Ainsi, selon elles, c'est par la compréhension des processus physiologique de l'accouchement, de leur anatomie et d'une information loyale sur les possibilités d'accoucher dans des lieux alternatifs que les femmes pourraient se réapproprier l'accouchement. Pour autant, l'impact de ces travaux fut relativement mineur comme le souligne Ilana Löwy (2005), l'adaptation française d'OBOS ayant reçu un accueil du public intéressé par les témoignages mais qui n'a pas donné lieu à un ample mouvement pour la santé des femmes comme aux États-Unis (Favier, 2014).

Une représentation ambivalente des usagères

Emmanuelle Fillion note la tension entre les dispositifs réglementaires entourant la démocratie et la sécurité sanitaire et leur application concrète en obstétrique. Historiquement, il semble difficile de faire émerger les femmes comme actrices et sujets dans une discipline « où le consentement est traditionnellement faible » (Fillion, 2012). L'auteure observe ainsi que

« la médecine périnatale apparaît historiquement façonnée selon un modèle traditionnel dans lequel les politiques ont été longtemps réglées par l'association des élites médicales et administratives, et où la relation thérapeutique est restée marquée par un processus de délégation des choix médicaux de la patiente vers le gynécologue-obstétricien » (Fillion, 2012).

Le consentement aux soins paraît ambivalent selon la nature des soins à apporter. La scission entre la femme enceinte et le fœtus à naître que nous avons pointée dans le chapitre quatre, en tant que délégitimation des femmes, amplifie le flou sur l'actrice qui doit prendre de la décision dans la scène du consentement :

« La femme enceinte est également dotée d'un statut ambigu : même si sa qualité de personne humaine n'est pas mise en doute, on voit que la reconnaissance de ses droits de patiente ne va pas toujours de soi, selon qu'elle est considérée comme premier sujet

de soins et seul représentant de celui qu'elle porte ou selon que le médecin se conçoit lui-même comme un représentant légitime de l'enfant à naître » (Fillion, 2012).

Si à un niveau individuel, le consentement aux soins apparaît faible dans la relation entre les femmes et les praticien.nes, le niveau collectif semble plus porteur de transformations depuis la création du Collectif Inter Associatif Autour de la Naissance (CIANE) en 2003. En effet, au niveau national, les représentantes des usagères réalisent un travail de mises en tension des professionnel.les à partir de leur propre paradigme de médecine par les preuves comme le soulignent Madeleine Akrich et Vololona Rabeharisoa :

« À l'heure où certains s'inquiètent de ce que la participation des profanes aux processus de décision pourrait conduire à s'écarter de la médecine des preuves, on constate que, dans certains cas, ce sont ces profanes qui ramènent la médecine vers les preuves » (Akrich, Rabeharisoa, 2012).

C'est probablement cette légitimité qui a permis aux usagères, soutenues par les associations de sages-femmes et par l'État, d'obtenir la création de maisons de naissance en 2013 ainsi que leur pérennisation en 2021. Seuls les obstétriciens s'y sont farouchement opposés. Pour autant, le nombre de femmes accompagnées dans ces structures accolées à une maternité reste tout à fait confidentiel avec moins de mille femmes par an pour environ sept cent mille naissances en France en 2022.

Les représentantes des usagères ont par ailleurs conscience que le niveau collectif ne suffit pas pour faire changer les pratiques et que dans la relation individuelle de soin les droits des usagères ne sont pas toujours respectés (Akrich, Bardes, Phan, 2010). De plus, les associations qui composent le CIANE au niveau national ne s'inscrivent pas dans les dispositifs institutionnels des établissements de santé. Le CIANE ne participe pas non plus au CISS. Néanmoins, le CIANE est membre de droit de la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant et de ses déclinaisons régionales, et de plus, souvent représenté dans les réseaux de périnatalité.

*

*

*

Nous avons montré dans ce chapitre qu'il existe plusieurs opportunités collectives à visée transformatrice du cadre social croisant le système de genre et la biomédicalisation. L'analyse de ces opportunités vient informer les résultats obtenus concernant les parcours biographiques des usagères et des praticien.nes.

La critique des institutions a créé une brèche dans la structure sociale à la fois dans la biomédicalisation et dans le genre. Il reste aujourd'hui de la période 1970-1980 un certain nombre de pratiques professionnelles qui ont permis l'ouverture d'un espace de dialogue, le plus souvent de tensions, entre professionnel.les et usagères. Les mouvements féministes universalistes et différentialistes ont permis de libérer la parole des femmes en matière d'expérience de l'accouchement et ont ainsi contribué aux décalages sociaux observés dans les parcours individuels et réciproquement.

Le malaise des soignants à l'hôpital produit des mouvements sociaux en particulier dans les professions intermédiaires de la santé, féminines et « subalternes » de la culture technique. Les différents groupes professionnels optent pour des stratégies différentes en regard du système de genre. La profession d'infirmier.es fait le choix de représentations féminines et combattent pour le monopole d'un rôle propre dans l'accompagnement relationnel. La profession d'orthophonistes opte pour une représentation plus masculine et fonde son combat sur la légitimité technique. Chaque stratégie genrée produit des effets différents dans la biomédicalisation et ses hiérarchies professionnelles. Qu'en est-il des sages-femmes ?

Enfin, l'opportunité de décalage du cadre social liée à la transformation de la relation entre usagères et praticien.nes apparaît comme hétérogène en fonction des disciplines médicales. L'obstétrique, en tant que discipline co-construite par le système de genre et la biomédicalisation, semble difficilement perméable à la révolution de la démocratie sanitaire. Nous avons identifié deux brèches à un niveau national. La première concerne la demande des usagères de pratiques professionnelles moins technicisées. Il a fallu deux conditions : que la discussion déborde les

représentant.es professionnels et inclut d'autres institutions comme la Haute Autorité de Santé ; que la discussion porte sur des données épidémiologiques et se situe ainsi dans le cadre de la culture technique. La seconde opportunité concerne le lieu d'accouchement avec la création des maisons de naissance même si ce mode d'accouchement reste tout à fait confidentiel.

Chapitre 8

Des initiatives locales de résistance à la biomédicalisation

« — *La femme qui accouche : Que dois-je faire ?* — *Le médecin : Rien Madame, vous n'êtes pas qualifiée* »
Monty Pythons, *Meaning of Life*, 1983.

Les initiatives locales de résistance à la biomédicalisation de l'accouchement qui font l'objet de ce chapitre sont le fait d'usagères et de sages-femmes. Ces actrices de la scène de l'accouchement adhèrent aux modèles citoyen et cosmique. On observe dans leurs biographies des contestations différenciées selon les modèles de la biomédicalisation et du système de genre. Les femmes que nous avons identifiées comme relevant de la posture citoyenne contestent et négocient leur prise en charge médicale. Celles que nous avons identifiées comme relevant du modèle cosmique contestent l'effacement du genre du fait de la biomédicalisation.

Parmi l'ensemble des professionnel.les, seules les sages-femmes contestent la biomédicalisation. En effet, tant chez les auxiliaires de puériculture que chez les médecins, si on peut noter des logiques individuelles de résistance (identifier un malaise, démissionner ou se présenter comme victime), on n'observe pas de dynamique collective de contestation.

Les usagères comme les sages-femmes vont se saisir de manière hétérogène sur le territoire national des opportunités décrites dans le chapitre précédent. Il s'agit ici de déterminer les conditions dans lesquelles ces actrices de la scène sociale de l'accouchement mobilisent ces différentes opportunités et avec quels résultats. Les maternités *Femme Heureuse* et *Belle Naissance* sont de ce point de vue emblématiques des transformations de l'obstétrique des vingt dernières années et donnent à voir une diversité de réponses à la demande d'émancipation des femmes, usagères et sages-femmes.

Pour ces deux maternités, notre analyse se fonde sur l'observation de la mise en œuvre des dispositifs nationaux comme l'écriture d'un projet de naissance (*Femme Heureuse*) ou l'application d'un protocole thérapeutique à forte validité scientifique (*Belle Naissance*) ainsi que sur la création de salles « nature », version moderne de la salle « sauvage » de la maternité de Pithiviers de Michel Odent dans les années 1970, dans les deux maternités. Elle est complétée par la construction d'une dynamique associative d'usagères dans le cas de *Belle Naissance*.

Cette ethnographie est traversée par plusieurs interrogations. Comment les postures analysées dans les deux premières parties participent de la construction d'écologies liées entre acteur.trices ? Quelles sont les conditions de ces alliances ? La pérennité de leurs résultats ?

1 Des écologies antagonistes à *Femme Heureuse*

La maternité *Femme Heureuse* est une maternité référente d'un département rural. Les professionnel.les de la maternité réalisent mille cinq cents accouchements par an. Il s'agit de l'un de nos deux terrains hospitaliers. C'est une maternité emblématique qui se caractérise par une forte empreinte technique et hiérarchique des médecins sur l'ensemble des autres acteur.trices professionnel.les, un malaise important au sein de l'équipe de sages-femmes dû à leur faible autonomie dans ce contexte et l'absence d'association d'usagères sur le territoire. À travers deux exemples de contestation des normes médicales observés simultanément – le projet de naissance et la salle « nature » –, nous analyserons la stratégie des différent.es acteur.trices à partir des profils biographiques identifiés dans les deux premières parties et concluons sur les conditions qui favorisent les résistances à la biomédicalisation.

1.1 Une alliance fragile entre les usagères et l'État : les projets de naissance

À partir des années 2000, l'État prend en considération l'expression collective des demandes des femmes, qu'il s'agisse des États généraux de la santé en 1998 ou des États généraux de la naissance à l'initiative du collège scientifique des gynécologues (CNGOF) en 2003. Les usagères se sont alors saisies des opportunités qui ont fait l'objet d'un relatif consensus entre les acteur.trices. Si le projet de création de maisons de naissance voit le jour en 2015¹, d'autres dispositifs de traduction de la demande sociale des usagères comme les projets de naissance rencontrent plus de

¹ Décret n°2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance.

difficultés dans leur mise en œuvre. Les usages qu'en font les professionnel.les sont plus ambivalents comme nous allons l'analyser dans les paragraphes suivants.

Inscrite dans le plan de périnatalité 2005–2007, la construction du projet de naissance est associée à l'entretien prénatal précoce qui doit être proposé systématiquement à chaque femme enceinte. Il s'agit ainsi d'un dispositif qui matérialise l'alliance de l'État et des usagères pour participer à la transformation des relations avec les professionnel.les jugé.es paternalistes (Fillion, 2012). Comment les projets de ces usagères sont-ils régulés et sur quels critères par les professionnel.les ? Au sein de la maternité *Femme Heureuse*, lorsqu'une usagère écrit un projet de naissance, il doit faire l'objet d'une relecture et d'un échange avec la sage-femme Jocelyne, cadre du service, dont nous avons vu dans les parties précédentes qu'elle s'inscrit préférentiellement dans un profil contestataire du cosmos.

Saisir une opportunité : le projet de naissance, support d'un empowerment des femmes

Comme nous l'avons souligné dans le chapitre sept, la loi du 4 mars 2002 est issue en partie de la lutte militante contre l'épidémie de VIH/SIDA (Cardin, 2014). Le législateur poursuit un triple objectif : le respect de la personne humaine, la participation des usager.ères au fonctionnement des institutions, et un rééquilibrage des relations entre les praticien.nes et les usager.ères du système de santé (Martinet, 2002). Son application sur le terrain hospitalier semble difficile à évaluer d'autant plus que, d'une spécialité médicale à l'autre, les enjeux qui recouvrent la relation entre un.e praticien.ne et un.e usager.ère sont différents. Nous avons montré que le rapport de force entre les praticien.nes et les femmes enceintes est encadré par des profils issus de logiques inter-individuelles. Les postures de résistance sont ainsi incarnées par les logiques citoyenne ou cosmique. Ce rapport de force articule simultanément les écologies de trois types d'acteur.trices : les usagères, les professionnel.les et l'État.

L'opportunité de l'écriture d'un projet de naissance par les usagères est un sujet ancien. Les premiers projets en tant que tels apparaissent aux États-Unis dans les années 1980 (Simkin, Reinke, 1980). En Angleterre, la pratique du *Birth Plan* est mise en œuvre à la même époque (Bell, Muggleton, Davis, 2022). L'initiative « Projet de naissance » est par ailleurs inscrite à l'agenda international des politiques publiques

de santé depuis 1997 par l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS)². On peut y lire dans la catégorie A (« *pratique dont l'utilité est démontrée* ») que le projet de naissance est important pour le bon déroulement de l'accouchement. Il s'agit d'un « *plan individuel déterminant où et avec l'aide de qui l'accouchement se déroulera, établi avec la femme pendant la grossesse, et communiqué au mari/partenaire et, le cas échéant, à la famille* » (OMS, 1997).

En France, il faudra attendre des initiatives associatives au début des années 2000 pour qu'une mission d'enquête en périnatalité en 2003³ et que le plan de périnatalité 2005-2007 inscrive le projet de naissance à l'agenda des politiques publiques. Le projet de naissance est une production collective d'alternative à la biomédicalisation au sein des institutions. Il s'agit donc d'une opportunité institutionnelle qui peut potentiellement contribuer à l'expression publique d'affirmations des choix des usagères au sein des maternités. Plus récemment, la Haute Autorité de santé⁴ insiste sur le caractère collectif du projet de chaque couple et sa nécessité dans l'organisation du suivi du projet de naissance :

« le projet de naissance est la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale. Il inclut l'organisation des soins avec le suivi médical et la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce à domicile, le recours en cas de difficultés » (HAS, 2016).

Dès la fin des années 1990, les usagères que nous avons identifiées comme relevant du modèle citoyen vont mobiliser le vocable de « *libre choix* » et d'« *accouchement par projet* ». Les deux sont liés, le projet devenant la formalisation écrite de demandes spécifiques et de nature différentes. Cette approche libérale d'une société du projet a notamment été décrite par Luc Boltanski, Didier Fassin et Dominique Memmi (Boltanski, Chiapello, 1999 ; Boltanski, 2004 ; Fassin, Memmi, 2004). L'*empowerment* nécessaire aux personnes pour faire valoir leurs projets, décrit par Marie Hélène Bacqué et Carole Biewener (2013), prend deux formes. La forme

² OMS. Les soins liés à l'accouchement normal : guide pratique. 1997.

³ Rapport de Mission « périnatalité » remise en septembre 2003 au Ministre de la santé par MM. Bréart, Puech et Rozé.

⁴ HAS. *Recommandations professionnelles : Suivi et orientation de femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées*. Mise à jour mai 2016.

émancipatrice est née dans l'intervention sociale, s'appuyant sur des collectifs, visant, par la culture et l'acquisition du savoir, à faire advenir des citoyen.nes. C'est ce qu'Amartya Sen nomme les *capabilities* : « *Une capacité est donc un vecteur de modes de fonctionnement exprimant la liberté, pour un individu, de choisir entre différentes conditions de vie* » (Monnet, 2007). La forme néolibérale, dénoncée par Nina Eliasoph (2010) qui parle d'« *évaporation du politique* » aux États-Unis, consiste à renvoyer les acteur.trices à leur responsabilité propre en faisant fi des rapports sociaux :

« *Le vocabulaire de l'empowerment y fonctionne comme une injonction et une prophétie autoréalisatrice qui ne sont suivies d'aucun moyen concret de mise en œuvre. Il en résulte une dépolitisation de ces formes d'engagement civique, une dissociation entre le civique et le politique* » (Bacqué, Biewener, 2013, p.52).

Notre hypothèse est que ces deux postures se déclinent chez les acteur.trices concerné.es, usagères et professionnel.les. Si certaines usagères s'inspirent des dynamiques collectives issues des savoirs féministes, de nombreux acteur.trices professionnel.les mobilisent le discours néolibéral responsabilité/liberté à partir d'arguments qui s'inscrivent dans le modèle de la conformité sociale. Dans le cas de la maternité de *Femme Heureuse*, la majorité des professionnel.les vont opposer ce regard face aux demandes d'alternatives des femmes.

Une opportunité portée par l'État et les usagères et rejetée par les médecins

Porté par les femmes, soutenu par les associations d'usagères, l'État inscrit le projet de naissance comme un support de négociation entre les souhaits des usagères et la réalité de l'offre locale de soins. L'opposition des professionnel.les est manifeste compte tenu du très faible nombre de femmes qui sont impliquées dans cette démarche : 3,7% des femmes selon l'enquête nationale périnatale de 2016⁵. En France comme en Angleterre, les sages-femmes décrivent l'inflexibilité des femmes qui portent un projet de naissance et des projets contenant des informations obsolètes ou erronées et glanées sur Internet (Tagawa, 2008).

⁵ Blondel B. (Inserm), Gonzalez L., Raynaud P. (DREES), directeurs. Enquête nationale périnatale. Rapport 2016 : les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010.

À *Belle Naissance* comme à *Femme Heureuse*, les médecins s'opposent aux projets de naissance qui sont trop éloignés de la culture technique. Dans l'extrait suivant, l'anesthésiste Rémy conspue le non-respect de la hiérarchie des savoirs par les femmes. Il y aurait une réalité médicale à laquelle s'opposent les femmes avec un projet de naissance :

« *C'est assez simple, elles font un projet de naissance et bien nous on doit faire un projet de maternité. On nous reproche de temps en temps d'avoir fait une césarienne* "ah mais vous m'avez volé mon accouchement !" Mais ce n'est pas nous qui créons le problème ! C'est leur enfant, c'est leur bassin, c'est le double circulaire, ce sont des choses qui sont totalement indépendantes de notre volonté. C'est ce refus de la réalité qui va nous gêner de plus en plus* » (Rémi, anesthésiste, *Belle Naissance*).

L'obstétricienne Clarisse à *Femme Heureuse* fait le récit d'un entretien avec une femme qu'elle voyait spécifiquement pour discuter de son projet de naissance. Clarisse illustre l'aspect inflexible tant des professionnel.les que des femmes autour du projet, en ce sens qu'à la fin de l'entretien, il n'y a pas de décision partagée possible :

« *Je la voyais seulement pour ça... son projet de naissance, pff... la femme complètement à la masse avec un refus de dépistage du streptocoque B* "parce que je n'ai pas de problème d'hygiène". Ce discours-là de la part d'une dame qui avait un premier enfant d'une précédente union avec un utérus cicatriciel* et qui est bobo genre marché bio, qui vit à quarante kilomètres de la maternité en pleine cambrousse qui ne veut pas de perfusion, pas de péridurale*, qui ne veut rien. Je lui ai posé la question, "Mme pourquoi vous n'accouchez pas chez vous ?" Elle me répond "parce que mon mari ne veut pas" ... ça a été super dur. J'ai horreur de ça mais j'ai été obligé de lui raconter ce qui peut lui arriver. Mais pas soft, j'ai été obligé de lui dire la rupture utérine*, l'hémorragie de la délivrance* ... Je lui ai raconté plein d'horreur, elle n'a pas bougé et de toute façon elles les connaissaient déjà* » (Clarisse, obstétricienne, *Femme Heureuse*).

Clarisse mentionne dans l'extrait qu'elle a demandé à sa patiente pourquoi elle n'accouchait pas chez elle sous entendant que l'accouchement à l'hôpital ne correspondait pas à ses choix. Angie l'a également remarqué lors d'une séance de préparation à la naissance où l'une des femmes s'est trouvée dans cette situation. Angie fait la part des choses avec son choix d'accoucher à *Belle Naissance* :

« Vous voyez les vagues, les pressions, les sensations, c'est positif, ça a aidé les choses, c'est comme le projet de naissance. C'était pour mon premier, je ne l'ai pas changé pour le second. Un projet... je savais qu'ici ils nous écoutent. Je sais que ça ne se passe pas comme on le souhaite toujours mais c'est bien parce qu'il me connait mieux. Il y avait une femme à la préparation qui accouchait à la maternité X, elle avait un projet mais la sage-femme lui a dit assez sèchement qu'on ne faisait pas comme ça là-bas » (Angie, 2^e enfant, *Belle Naissance*).

À *Femme Heureuse*, nous avons rencontré une opposition médicale aux projets de naissance élaborés par les couples. L'argument professionnel est celui de la culture technique, du risque et de l'irresponsabilité des femmes vis-à-vis de l'enfant à naître. Ce sont des arguments que nous avons déjà évoqués dans les chapitres deux et cinq relatifs à l'expérience professionnelle. Qu'en est-il réellement des contenus de ces projets ?

Le projet de naissance à Femme Heureuse : un outil ambivalent pour les usagères « citoyennes »

Nous avons pu avoir accès à vingt-trois projets de naissance par l'intermédiaire de l'encadrement de la maternité *Femme Heureuse*⁶. La cadre Jocelyne nous a donné accès aux archives des projets de naissances des années 2011 et 2012. C'est elle qui assure la régulation médicale des projets. Chaque projet a fait l'objet d'une rencontre entre la cadre et les couples. Jocelyne présente les normes biomédicales de l'accouchement, notamment ce que l'équipe médicale est en capacité d'accepter ou de refuser. Cette mise en récit de la contestation semble être particulièrement mobilisée par les usagères ayant une posture que nous avons qualifiée de citoyenne à partir de laquelle les femmes négocient les pratiques de soin.

Le premier paragraphe concerne les projets montrant une conformité biomédicale (trois projets) qui sont acceptés par la cadre. Le deuxième paragraphe est consacré aux projets qui remettent en cause la biomédicalisation (dix-neuf projets).

⁶ Nous n'avons analysé que les projets de naissance de la maternité *Femme Heureuse* en raison de l'organisation spécifique d'un parcours dédié. En effet, à *Belle Naissance*, les femmes porteuses d'un projet de naissance sont souvent des femmes passées par l'association *La Voix des parents*. Les militantes insistent sur le fait que les sages-femmes de *Belle Naissance* sont respectueuses des demandes des couples et qu'un projet de naissance n'est pas utile. Effectivement durant toute la durée des observations, nous n'avons pas vu de projet dans les dossiers.

Le dernier paragraphe concerne un projet de naissance d'une femme souhaitant accoucher à domicile et qui s'avère trop éloigné de la biomédicalisation pour être accepté.

Les trois projets relevant d'une conformité avec la biomédicalisation

Le premier projet est celui d'une dentiste d'origine roumaine qui souhaite une césarienne* de convenance. Pour son premier enfant, elle avait également bénéficié d'une césarienne* en Roumanie sans raison médicale. Elle ne fait pas mention de son compagnon et mobilise les termes médicaux adéquats.

Dans le deuxième projet, l'usagère souhaite une péridurale* très précoce et un déclenchement du travail*. Elle explique être vaginique* depuis l'âge de dix-sept ans. La cadre note au dos du projet le nom du psychiatre qui assure son suivi et quelques mots sur le fait que cette union est un « *deuxième lit* ». Il n'est pas fait mention du père de l'enfant hormis sur le fait qu'il soutient la démarche et qu'il souhaite couper le cordon ombilical à la naissance.

Le dernier projet est une demande de péridurale* précoce et de traitement efficace de la douleur en post accouchement. La cadre écrit dans ses notes au dos du projet le suivi psychiatrique long de la patiente, son alcoolisme suite à un premier accouchement qu'elle dit traumatique, une césarienne* en urgence. Elle ne veut pas voir son bébé à la naissance mais uniquement quand il sera propre, l'usagère garde en mémoire l'image de son aîné dégoulinant de son sang. Le conjoint n'est mentionné que pour couper le cordon.

Les trois projets sont similaires dans leur approche de conformité aux normes biomédicales. Les demandes relèvent de spécificités médicales de prise en charge et non de demandes alternatives à la culture technique.

Les dix-neuf projets relevant de la négociation du cadre technique

Les projets que nous avons identifiés comme relevant de la posture citoyenne sont des projets ouverts à la négociation et à l'échange avec les professionnel.les. Le conjoint est très présent, soutenant dans les textes. Les intitulés commencent tous par « *Je souhaiterais* ». L'introduction est dans la plupart des cas une phrase de

remerciement à l'équipe « *pour la lecture du projet* » ou « *nous vous remercions de nous accompagner et de nous permettre de discuter autour de nos attentes* ». Les projets peuvent comporter plusieurs pages où les femmes se livrent à propos d'un passé difficile, de violences sexuelles ou obstétricales. On retrouve fréquemment des dessins, des photos, des récits de vie. Nous avons trouvé trois types de projets parmi les dix-neuf que nous allons illustrer par trois exemples.

Un premier type de projet s'appuie sur des récits de vie de femmes ayant l'expérience d'un premier accouchement. L'usagère raconte d'abord comment s'est passé son premier accouchement dans les années 2000. Un déclenchement sans péridurale*, seule dans une pièce. Après plusieurs heures très douloureuses, la sage-femme vient en disant « *il faut la faire* » (une césarienne*). S'ensuit une césarienne* sous anesthésie générale*, la femme ne verra pas son bébé la première heure. Elle note « *conséquences dans ma vie : six ans de psychothérapie, des rapports sexuels inexistant, des crises de larmes à la moindre évocation d'une consultation gynécologique* ». Compte tenu de ces éléments, elle précise son besoin d'être accompagnée et soutenue, elle souhaite une péridurale* quand cela sera nécessaire. La femme demande à avoir des explications aux différents gestes qui sont nécessaires tout au long du travail* et de l'accouchement. On est ici sur un type de projet de « réparation » après un premier accouchement traumatisant. La cadre mentionne systématiquement le suivi psychiatrique de l'usagère et ne commente pas l'aspect médical du récit. Le traumatisme vécu vient justifier la demande de négociation systématique des soins.

À l'inverse, un deuxième type de projet de naissance concerne l'accouchement d'un premier enfant. Le projet est souvent plus court, on y trouve des photos des futurs parents, des dessins réalisés par le couple (une girafe, des étoiles etc.). Pour ce projet, le couple est demandeur d'utiliser la salle « nature ». La cadre note un ensemble de précisions sur ce qui peut être demandé comme « *rester dans la salle nature même si je ne peux pas utiliser la baignoire parce que j'ai perdu les eaux* ». Le conjoint est très présent, « *informé lui aussi à chaque étape* ». Il s'agit d'un projet où le couple n'a pas fait l'expérience de la maternité et idéalise une prise en charge médicale imaginée comme attentive à l'usagère. La cadre fait des mentions de type « *c'est évident* » ou « *fait en systématique* » pour partager avec le couple l'illusion que la majorité des

pratiques professionnelles est incarnée par la posture que nous avons qualifiée de relationnelle.

Enfin, un troisième type de projet a trait à une négociation concrète sur des sujets médicaux et le compromis se révèle impossible. Dans les deux types de projets précédents, la demande était surtout d'avoir accès à l'information et/ou d'explicitier une histoire difficile. Là, il s'agit pour les usagères de négocier et la cadre fait office de régulateur des comportements déviants. Un projet emblématique est celui d'une usagère qui refuse de bénéficier d'une procédure spécifique qui nécessite l'administration d'un médicament. La cadre note en majuscule « NON, LA DELIVRANCE DIRIGEE AVEC DU SYNTOCINON EST OBLIGATOIRE ». Le couple demande que la poche des eaux se perce spontanément et non que les professionnel.les la perce. La cadre note « NON, LA SAGE-FEMME VERRA SI C'EST NECESSAIRE ». De même sur les organisations, le couple demande à ce que le conjoint puisse tenir la main de sa femme pendant la césarienne*. Il est noté « NON PAS DE PERE AU BLOC ! ». Les annotations sont en majuscule, la régulation est très forte.

L'unique projet relevant du modèle cosmique

Enfin, nous avons identifié un seul projet relevant du modèle cosmique. C'est le projet de naissance d'une femme qui souhaite accoucher à domicile mais qui écrit un projet dans le cas où son souhait s'avèrerait impossible. On y lit des éléments clés du modèle cosmique. Le conjoint est très peu mentionné si ce n'est pour garantir que l'équipe ne réalise pas de gestes non souhaités : « *personne ne doit inviter mon conjoint à sortir, à aucun moment, et pour aucune raison* ». Pour le reste, l'accouchement est de la responsabilité féminine : « *je suis seule responsable de cet évènement unique, je le vivrais pleinement et de la manière la plus naturelle possible* ». Le rejet de la biomédicalisation est partout : « *je ne veux pas être rasée ou avoir trop d'exams vaginaux* », « *je ne veux pas de médicament, ni de lavement, ni d'actes médicaux intempestifs* », « *je refuse l'épisiotomie*, je refuse une césarienne* hormis une situation qui met nos vies en danger réellement* », « *je refuse que les auxiliaires fassent les soins à mon bébé, je m'en occuperais* ». En conclusion, l'usagère indique qu'elle consent à une hospitalisation à domicile si vraiment c'est nécessaire en post-accouchement. Au dos du projet, la cadre note : « *vous avez conscience que ça peut finir en réanimation* un accouchement ? ?* », à l'endroit où

est notifié la demande de présence du conjoint, la cadre note « *en cas d'urgence, on fait sortir tout le monde* ».

1.2 L'échec de la contestation du cadre biomédical par les usagères

Le contexte de *Femme Heureuse* est emblématique de la résistance des professionnel.les adhérant à la conformité contre les choix des usagères qui souhaitent se décaler de la tradition biomédicale. Dans les deux paragraphes qui suivent, nous analysons en quoi le contexte de *Femme Heureuse* est emblématique de ce « verrou biomédical » et comment l'État prend acte de l'échec des projets de naissance dans l'amélioration des conditions de l'accouchement.

Une configuration emblématique de l'absence de dynamique collective de résistance

À l'échelle locale, l'absence de dynamique collective de résistance à la biomédicalisation en tant que rapport social participe de l'échec dans la mise en œuvre du dispositif « projet de naissance » à la maternité *Femme Heureuse*.

En premier lieu et à titre individuel, les sages-femmes de l'équipe vivent une tension interne, prisonnières de leur contestation du système de genre ou de la biomédicalisation. On a ainsi pu observer le malaise de la cadre sage-femme, Jocelyne, déchirée entre sa posture issue d'une tradition féministe différentialiste ancrée dans le féminin sacré⁷ et la demande des médecins de maintenir un cadre de conformité biomédicale. De fait, ses marges de manœuvre sont infimes dans la négociation des projets de naissance avec les couples. Par ailleurs, les sages-femmes de la maternité *Femme Heureuse* qui auraient pu la soutenir sont parties. Elles éprouvaient en effet la même tension que Jocelyne et se sont tournées vers une activité libérale hors de l'hôpital. La démission est ainsi une autre forme d'expression de leur malaise individuel et de l'absence de cadre collectif de résistance. Ainsi, le « verrou biomédical » engendre des mécontentements forts chez les sages-femmes qui se traduisent par des départs. D'autres sages-femmes adoptent une posture de victime⁸ de la part de l'organisation hospitalière qui entrave leur autonomie professionnelle.

⁷ Cf. chapitre 2, § 2.3, p.82.

⁸ Cf. chapitre 5, § 1.2, p.177.

Certaines sont lucides mais résignées devant la permanence de l'ordre médical⁹. La cadre sage-femme Jocelyne se retrouve ainsi isolée.

En second lieu, l'absence de dynamique collective chez les usagères laisse toute liberté à l'hégémonie biomédicale de perdurer à la maternité *Femme Heureuse*. L'affirmation du choix des usagères est très difficile. Une sage-femme libérale sur le territoire propose une préparation à la naissance alternative à la culture technique. Mais il n'existe ni tradition de militance pour l'accouchement à domicile ni association de parents au niveau local. Les femmes qui souhaitent négocier et qui se saisissent de l'opportunité de l'écriture d'un projet de naissance sont ainsi très démunies pour faire entendre leur voix. Malgré l'alliance initiale avec l'État, le dispositif projet de naissance n'a pas recueilli l'approbation des professionnel.les, en particulier des médecins.

L'exemple de la maternité *Femme Heureuse* montre la force de l'alliance entre sages-femmes et médecins adhérant à une posture de conformité dans le maintien de l'hégémonie biomédicale. La relation inter-individuelle entre usagères et praticien.nes autour du projet de naissance s'inscrit dans une confrontation sociale dont les usagères sortent systématiquement défaites dès lors que leur demande porte sur un décalage à la culture technique.

Le retrait de l'État et une nouvelle alliance entre l'État et les pédopsychiatres

Le contexte local d'échec du dispositif « projet de naissance » participe d'un changement d'alliance à l'échelle nationale. Si les usagères continuent malgré tout à écrire des projets qu'elles soumettent aux équipes de soin, l'État décide la fin de son soutien aux associations d'usagères en généralisant l'entretien prénatal précoce¹⁰ (EPP) en tant qu'outil de prévention psychique et de contrôle social.

Le Plan de périnatalité de 2005 contenait deux axes pour l'EPP : l'accompagnement médico-psycho-social et la construction d'un projet de naissance. Si l'État rend obligatoire le dispositif en 2019, le cadre réglementaire est désormais

⁹ Cf. chapitre 4, § 3.3, p.160.

¹⁰ La loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 rend l'EPP obligatoire.

favorable au développement du territoire professionnel des pédo-psychiatres, des psychologues et des sages-femmes. Le deuxième axe est abandonné au profit du premier. En effet, tous les acteurs s'accordent sur l'importance de l'orientation vers les psychologues et/ou pédopsychiatres à la suite de l'EPP réalisé par une sage-femme. Actant les désaccords sur le terrain entre usagères et équipes soignantes autour de demandes jugées déviantes, l'État va désormais faire alliance avec la sphère professionnelle psy qui s'installent peu à peu dans le domaine périnatal depuis les années 1990¹¹. Les sages-femmes élargissent leurs prérogatives puisqu'elles ont le monopole de la réalisation de l'EPP. Désormais, seule persiste dans les textes juridiques et professionnels l'articulation médico-psycho-sociale permise par l'EPP comme le montrent les trois extraits suivants :

« Généralisation de l'entretien prénatal précoce, renforcement des maternités et meilleure articulation avec des PMI réarmées, visites à domicile plus nombreuses et étalées dans la durée pour couvrir les périodes de dépression post-natales » (Adrien Taquet, secrétaire d'État à l'enfance et à la famille, 9 octobre 2020, conférence de presse).

« Le but de l'EPP est donc, individuellement ou en couple, de présenter le dispositif de suivi de grossesse, de situer dans ce dispositif l'intervention des professionnels et préciser leur manière de travailler avec les autres professionnels ou encore de pouvoir anticiper les difficultés somatiques, psychologiques et sociales qui pourraient advenir. (Source Haute Autorité de Santé) » (Extrait du site internet du réseau périnatal du Val d'Oise).

« Les risques médicaux, sociaux et psychiques sont intimement liés et interdépendants, influant les uns sur les autres durant la grossesse. Ils ne peuvent et ne doivent être traités de façon indépendante mais pris en compte dans une globalité. Il est donc important de décloisonner les pratiques professionnelles pour proposer aux parents un accompagnement coordonné, sur mesure, ajusté à leurs besoins et tenant compte de toutes ces dimensions » (Rapport sur les 1000 premiers jours, 2020).

Malgré le soutien initial de l'État à l'échelle nationale, la confrontation locale entre les usagères et les équipes de soins aboutit à un échec et au renforcement du contrôle social avec une nouvelle alliance entre l'État et les professions de pédo-

¹¹ Cf. chapitre 4, § 3.1, p.154.

psychiatres et de psychologues en particulier. Nous faisons l'hypothèse que cet échec est en grande partie dû au fait que la profession de sage-femme n'a pas soutenu le dispositif. Cela montre par ailleurs que l'association entre les sages-femmes et les usagères ne va pas de soi et que le « verrou biomédical » est extrêmement solide.

1.3 La salle « nature » inutilisée de la maternité *Femme Heureuse*

La création de la salle « nature » de *Femme Heureuse* est le fait de la cadre sage-femme Jocelyne. Lors de la construction de la nouvelle maternité, Jocelyne a œuvré pour la création d'une salle comprenant une baignoire, un grand lit et du matériel spécifique comme des lianes de suspension. Un parcours de déambulation est créé pour permettre aux femmes de marcher pendant leur travail d'accouchement. L'objectif de Jocelyne était de permettre un accompagnement soignant, de *care*, optimal :

« Je pensais qu'au lieu d'accompagner soixante-dix femmes par an en étant sage-femme au sein de l'équipe, ma place de cadre me permettrait de faire que les mille cinq cent femmes qui accouchent chez nous soient accompagnées. En fait, les sages-femmes sont toutes différentes, on n'a pas les mêmes parcours, les mêmes aspirations et il faut qu'on trouve un sens à ce que l'on fait » (Jocelyne, cadre sage-femme, *Femme Heureuse*).

Figure 5. Une salle nature emblématique de l'opposition des médecins de la maternité *Femme Heureuse*.

La baignoire de dilatation et un grand lit impropres aux accouchements.



Source : Photographie personnelle – 2012.

Contrairement aux réticences professionnelles, le projet a été soutenu par l'ensemble des services de direction. Jocelyne a saisi l'opportunité de la construction de la nouvelle maternité et a réussi à convaincre le directeur de l'établissement. Ce soutien administratif a été décisif malgré l'absence de projet médical et d'implication de l'équipe de professionnel.les, tant dans l'opportunité du projet que dans sa mise en œuvre clinique.

« Cette salle “nature”, elle est portée par l'ensemble de l'établissement, les services économiques, financiers, la direction, ils le portent ce projet... ils auraient pu refuser la baignoire, ce qui a coûté le plus cher. Mais je pense que c'était trop tôt pour cette équipe professionnelle. Bon après il faut bien commencer un moment et puis par rapport aux travaux on avait plus le choix c'était maintenant ou jamais. Et puis il n'y a pas que la salle nature, il y a l'espace de déambulation » (Jocelyne, cadre sage-femme, Femme Heureuse).

La création de cet espace « nature » représente un aboutissement du parcours professionnel de Jocelyne fondé sur l'accompagnement des femmes, la puissance féminine et le Féminin sacré. C'est aussi la seule marge de manœuvre qu'elle a obtenu

des médecins. Cet espace a été créé il y a deux ans mais n'a pas été investi par les professionnel.les. Si la cadre sait que certain.es professionnel.les ont une orientation technique forte dans la conformité biomédicale, elle a pensé, à l'origine de son projet, que des sages-femmes aux postures relationnelles ou sacrées s'y seraient investies. De la même façon que pour les projets de naissance, l'absence de dynamique collective de résistance à la biomédicalisation et la démarche individuelle de Jocelyne de construction de cet espace de soin alternatif expliquent l'absence d'usage organisé de la salle « nature » :

« En tant que cadre, ce n'est pas évident, notamment quand tu portes des valeurs et que les autres y sont un peu sourds entre ce corps de sages-femmes, les médecins, les auxiliaires, tout est un peu fractionné et pour moi tout ça c'est douloureux... J'ai peu d'espoir concernant certains médecins et certaines sages-femmes... Bon, les sages-femmes, elles n'ont pas choisi ce métier là par hasard donc il y a quand même de l'espoir » (Jocelyne, cadre sage-femme, Femme Heureuse).

Néanmoins, Jocelyne voit ces espoirs déçus. En effet, la cadre sage-femme constate que sans projet médical des sages-femmes, sans leur investissement à accompagner les femmes qui souhaitent un accouchement *low-tech*, sans dynamique collective de résistance, cette salle n'est pas utilisée. Par ailleurs, Jocelyne note que les médecins exercent une forte pression sur les sages-femmes qui souhaiteraient s'émanciper du cadre technique des protocoles. Ces contraintes expliquent l'absence d'investissement des sages-femmes dans un projet alternatif :

« Il faut un projet d'équipe... si c'était porté par cinq ou six sages-femmes, ce serait super. Mais je sais la pression qu'elles subissent par les médecins, les protocoles, tout est devenu technique. Moi je peux m'enfuir mais pas elles (blanc). Je ne sais pas par où on peut tirer sur la pelote pour que ça aille mieux » (Jocelyne, cadre sage-femme, Femme Heureuse).

La salle « nature » de *Femme Heureuse* est ainsi emblématique du paysage obstétrical français. De nombreux établissements ont aménagé des espaces alternatifs d'accouchement sans qu'aucune pratique professionnelle alternative remettant en cause la conformité technique et la hiérarchie professionnelle n'y soit observée. C'est un des effets du « verrou biomédical ». Avec l'affichage d'une telle salle « nature »,

les médecins mettent en avant la possibilité formelle d'un accouchement *low-tech* tout en empêchant les pratiques concrètes de cette alternative.

Qu'il s'agisse de l'accompagnement des projets de naissance ou de la possibilité d'être accompagnée et d'accoucher au sein de la salle « nature », la maternité *Femme Heureuse* est emblématique du « verrou biomédical » qui fait obstacle à l'émergence de pratiques alternatives dans l'espace institutionnel. Le soutien de l'État ou de la direction d'un établissement au niveau local ne suffit pas à engager un rapport de force pour s'opposer aux normes biomédicales. Sans associations d'usagères au niveau local, il n'y a pas d'alliance effective entre les usagères que nous avons identifiées comme relevant des modèles citoyen ou cosmique. Sans dynamique collective dans le groupe des sages-femmes, chacune est individuellement prise dans des malaises ou contrainte au départ. L'exemple de la maternité *Belle Naissance* met en scène une toute autre configuration.

2 Une dynamique collective pour une alternative démocratique et *low-tech* à *Belle Naissance*

L'exemple de la maternité *Belle Naissance* est emblématique d'écologies liées entre sages-femmes et usagères contestant la biomédicalisation et l'État. La partie qui suit décrit l'ébauche d'une organisation collective dans la résistance à la culture technique et à la hiérarchie médicale. Les exemples de l'usage de la salle « nature » et de l'application d'un protocole de soin national illustrent la construction de compromis avec les médecins.

2.1 Une association d'usagères emblématique d'un renouveau démocratique

Dans le contexte de l'hégémonie biomédicale, du renouveau des expériences corporelles relationnelle et sacrée du corps et des évolutions réglementaires à partir de la loi Kouchner du 4 mars 2002, un nouvel espace associatif s'ouvre, légitime pour porter une contestation de la culture technique et de la hiérarchie médicale. Ce nouvel

espace s'organise à partir des associations préexistantes dans tout le pays et va saisir les différentes opportunités analysées dans le chapitre sept. Historiquement, il s'agissait d'associations de promotion de l'accouchement à domicile portées plutôt par des usagères aux représentations cosmiques du corps. Si une partie des associations de soutien à l'accouchement à domicile vont poursuivre leurs activités, d'autres vont évoluer dans le cadre de cette nouvelle donne et devenir des associations d'usagères. C'est le cas de l'association où l'ethnographie a été réalisée, *La Voix des parents*. Quelle configuration d'alliances chez les usagères se construit en prenant appui sur les opportunités analysées au chapitre précédent ?

La genèse de l'association La Voix des parents, une voix différentialiste

En 1994, la sage-femme libérale Marie, co-fondatrice d'une association d'auto-médecine, crée un groupe de réflexion autour de la naissance à domicile. C'est une façon pour cette sage-femme de regrouper au sein d'une association les femmes qui ont accouché à domicile avec elle. En 1998, à la suite des décrets de périnatalité et des États généraux de la santé, le ministère de la santé propose de faire travailler ensemble associations et professionnel.les autour de l'enjeu de la création des maisons de naissance en 2001. Marie va alors proposer aux femmes du groupe de créer *La Voix des parents* afin de participer aux discussions. L'objectif, à la création de l'association, est de faire la promotion de l'accompagnement global par une sage-femme libérale et de soutenir un projet de création de maison de naissance attenante à une maternité hospitalière universitaire. Le second projet n'a pas abouti face à l'opposition médicale de la maternité visée.

Parmi les héritières des pionnières de l'association, l'argumentation en faveur de l'accouchement à domicile ou sur un plateau technique avec une sage-femme libérale est explicitement orientée contre la performativité de la culture technique. Or, cette contestation frontale de la biomédicalisation à partir de pratiques alternatives est difficilement acceptable, c'est ce qu'explique Sophie qui anime des groupes de parole au sein de l'association : le refus d'adhérer aux normes biomédicales a un prix social élevé.

« On nous traite d'inconscientes. Tu es en permanence en train de te justifier. Dans des choix qui à la base sont naturels. L'allaitement c'est pareil. Combien de fois j'ai dû me

justifier sur la conduite de mon allaitement, la durée, le nombre de fois... On ne laisse pas la femme tranquille avec ses propres choix et ce qu'elle ressent de mieux pour son bébé ou pour sa naissance, tu es sans arrêt en train de te justifier » (Sophie, 4 enfants, La Voix des parents).

Stéphanie, quant à elle, illustre une posture de rejet de la hiérarchie propre à la biomédicalisation. La culture technique efface également le corps des femmes, fait disparaître les sensations. Ce sont les professionnels qui savent ce qui se passe dans le corps des femmes par l'intermédiaire d'objets techniques :

« Après la pose de la péridurale, je me suis sentie complètement déconnectée de ce qui se passait. A un moment, on me dit que je suis à dilatation complète, le bébé est descendu, je n'en avais même pas conscience. Je faisais la sieste cinq minutes avant. Ils m'ont bougé les jambes différemment pour faire descendre le bébé et j'ai vraiment eu le sentiment d'être de la viande » (Stéphanie, 3 enfants, La Voix des parents).

Enfin, pour Sophie, le féminin sacré, les femmes, sont, dans cette perspective différentialiste, les uniques actrices de la scène de l'accouchement. La scène de l'accouchement est une scène féminine et non une scène médicale :

« Je voulais vivre en pleine conscience la naissance de mes enfants. Je mets à part toute considération religieuse, pour moi cette douleur elle a vraiment un sens, je me dis il faut que chaque femme ait cette expérience parce qu'on en sort différente » (Sophie, 4 enfants, La Voix des parents).

Les héritières s'inscrivent ainsi dans une dynamique collective qui repose sur la posture du cosmos alliant rejet de la biomédicalisation et point de vue différentialiste ou naturaliste. La dimension démocratique est absente des discours militants. Ce collectif n'est pas en mesure de tirer bénéfice de l'émergence de la démocratie sanitaire ni de faire des alliances avec les sages-femmes du fait notamment de leur soutien au mouvement naissant des doulas¹² qui ont fait l'objet d'un rapport de la Mission Interministérielle de Vigilance et de LUTtes contre les DÉrives Sectaires (MIVILUDE) en 2006.

¹² Cf. chapitre 2, p.62.

L'acquisition d'un local révélateur de la continuité entre les pionnières et l'émergence d'une nouvelle forme de militantisme

En 2005, les membres de l'association vont louer un local. Il permet à l'association de proposer des activités à de nouvelles adhérentes. L'élargissement de l'association à un public non spécifiquement militant de l'accouchement à domicile va rendre visible une pluralité de formes de résistance à la biomédicalisation. Nous présentons dans ce paragraphe les outils qui mettent en scène les évolutions et les permanences au sein de l'association.

Figure 6. Un entre soi féminin dans la continuité avec les pratiques des pionnières.
« Les moments partagés » au sein de l'association La Voix des parents.



Source : Photographie personnelle – 2011.

Dans la continuité de l'engagement historique des pionnières, l'association propose de nombreuses activités payantes avec des professionnel.les comme une préparation à la naissance avec le yoga ou la sophrologie, un accompagnement après la naissance avec des activités d'éveil musical, des ateliers de massage pour le bébé ou de portage avec une écharpe. L'association propose également des conférences thématiques avec des personnalités invitées. Une sage-femme libérale assure des consultations de grossesse. Les adhérentes peuvent assister à des séances gratuites

avec des « marraines » bénévoles qui assurent l'animation de « moments partagés », héritage de l'animation historique du mouvement. Les femmes échangent entre elles autour de thématiques comme l'allaitement, le sommeil de l'enfant, la place du père, la diversification alimentaire...

Parmi les évolutions, une bibliothèque est désormais disponible à l'entrée du local avec un système de prêt de livres. On y trouve de très nombreux ouvrages sur l'accouchement ou sur l'éducation sans violence dans la tradition féministe initiée par *Our Bodies Ourselves*. En effet, l'accès et la qualité de l'information est fondamentale pour former les militantes. Comme le souligne Nicole-Claude Mathieu (1991), ces lectures doivent nécessairement être adossées à un partage d'expérience :

« Les dominants et les dominées – ici hommes et femmes – ne reçoivent pas la même quantité ni la même qualité d'information sur les connaissances, les représentations et les valeurs. [...] De plus, même s'il s'agissait théoriquement de la même information, l'expérience vécue n'est pas la même, de chaque côté de la barrière » (Mathieu, 1991).

Par ailleurs, la question de l'accès à l'information des femmes sur leur propre corps est un enjeu d'égalité tant cette question constitue un pilier de la différenciation sexuée pour Paola Tabet :

« L'accès différentiel à la connaissance de son propre corps et de sa propre sexualité constitue, même dans des sociétés qui ne pratique pas les mutilations génitales, l'autre forme d'invalidation des femmes et de leur sexualité » (Tabet, 2004, p.162).

Figure 7. L'émergence d'une posture citoyenne : l'importance de l'accès à l'information.

La bibliothèque de l'association La Voix des parents contenant près de trois cents ouvrages.



Source : Photographie personnelle – 2012.

Enfin, près de mille cinq cents usagères participent tous les ans à ces activités. En ce sens, l'acquisition d'un local, l'obtention de subventions de fonctionnement de différentes institutions comme la Caisse d'Allocation Familiale (CAF) et l'accueil de professionnel.les pour des activités payantes médicales ou d'accompagnement, ont élargi le spectre sociologique du public accueilli, qui s'étend désormais de militantes de l'accouchement à domicile aux usagères citoyennes du système de santé.

L'émergence d'un militantisme pluriel observable chez les usagères

L'élargissement de l'association, à partir de l'acquisition du local en 2005, fait également émerger un militantisme ancré dans une logique citoyenne.

Ainsi, Lilou, qui assure l'accueil et le secrétariat, fustige la hiérarchie médicale. Selon elle, il est très difficile de trouver des professionnel.les avec qui une usagère peut discuter de sa prise en charge :

« Il y a peu de structures en France actuellement qui peuvent, et de corps de métier, qui peuvent se remettre en question. [...] Si on n'a pas un tout petit peu de bon sens et de respect vis-à-vis de la volonté des gens et de leur liberté à naître, vivre ou mourir et à être soignés ou pas. Ici, on ne prend pas pour argent comptant ce qui arrive d'en haut. Il y a un début de réflexion. » (Lilou, 2 enfants, *La Voix des parents*).

Catherine abonde dans ce sens et précise que cette capacité de négociation s'appuie sur des connaissances et une compréhension de la culture technique si l'usagère veut réaliser ses propres choix :

« Globalement on n'est pas du tout informé. Vous voyez dans mon projet d'accouchement sans péridurale à l'hôpital, il y avait cette idée que ça les ferait plus réfléchir avant de faire des actes comme l'épisiotomie* ou le forceps »* (Catherine, 3 enfants, *La Voix des parents*).

Enfin, la contestation de la différenciation et de la hiérarchie sexuée passe une présence permanente et engagée du compagnon dans le processus de l'accouchement sans que ces deux piliers du genre soient forcément explicités. Théa et Oscar forment un couple emblématique de ce décalage au système de genre. Lors de l'entretien, Théa montre une photo polaroïd où on voit les deux parents nus au sol sur un tapis avec leur enfant nouveau-né collé contre eux :

« À la naissance, j'ai vraiment eu l'impression qu'on accouchait ensemble. J'ai accouché en me tenant à lui, contre lui. C'était assez fusionnel. Ensuite il a pu enlever ces vêtements et on était tous les trois collés » (Théa, 1^{er} enfant, *Belle Naissance*).

L'association *La Voix des parents* est ainsi emblématique de la nouvelle donne réglementaire issue de la loi Kouchner. Les nouvelles adhérentes se saisissent de l'opportunité juridique et incarnent une nouvelle dynamique démocratique et citoyenne. Les militantes traditionnelles de l'accouchement à domicile côtoient désormais des usagères du système de santé. Les deux postures militantes se rejoignent sur la contestation des normes biomédicales, la posture cosmique ayant un gradient de rejet de la biomédicalisation plus important. Néanmoins, le système de genre ne fait pas l'objet d'analyses entre les militantes même si elles en combattent les effets.

L'alliance des usagères ancrées des postures citoyenne et cosmique : la construction d'une dynamique collective

Des débuts des groupes de paroles en 1994 à l'acquisition du local en 2005, l'activité militante des femmes autour des conditions d'accouchement était relativement marginale. Dans le même bassin de population, une autre association militait à l'époque pour le maintien d'une maternité de proximité. Jacques Ion et Bertrand Ravon y ont réalisé un travail de terrain. Ils notent que « *l'engagement associatif est davantage orienté par les enjeux propres à la sphère domestique que par les appels à la mobilisation* » (Ion, Ravon, 1998). Le constat est identique concernant la première partie de la vie de l'association *La Voix des parents*. Les rencontres sont orientées sur le vécu des femmes concernant leur accouchement. Pour autant, tous les accouchements ne sont pas mis en récit, tous les vécus n'ont pas leur place. Dans leur immense majorité, les usagères présentant, selon nous, un profil cosmique participent à ces rencontres, ont accouché à domicile, ont allaité leur enfant plus de deux ans et rejettent la médicalisation des accouchements.

Ainsi, au sein de *La Voix des parents*, on observe un *continuum* entre les dimensions privée et publique dans la mesure où l'entrée dans l'association est liée à l'expérience intime de l'accouchement. La politisation de cette expérience ne se produit que dans un second temps, après que les femmes ont échangé avec d'autres femmes et qu'elles ont analysé que leur expérience n'est pas uniquement personnelle mais partagée. C'est aussi ce que notent Laura Bereni et Anne Revillard dans un contexte plus général

« des études menées sur la période contemporaine, dans une grande variété de contextes nationaux, prolongent ces perspectives historiques, en montrant à quel point des identités privées et des rôles féminins a priori fondateurs d'exclusion de la sphère publique continuent d'être des leviers importants de politisation des femmes » (Bereni, Revillard, 2012).

Ainsi, pour les pionnières, l'expérience de l'accouchement à domicile et d'une parentalité alternative est centrale dans la construction de l'engagement militant. En effet, au moment de la constitution de l'association, cinq des six femmes fondatrices avaient accouché à domicile avec Marie, la sage-femme libérale qui a porté le projet.

Isabelle, une des fondatrices ayant accouché à domicile, fait le récit du choix de la réorientation de l'association et de ses conséquences sur le militantisme :

*« On était trois à dire que l'enjeu ce n'est plus l'accouchement à domicile mais la maison de naissance. Une fois qu'on avait dit ça, il était clair qu'on allait drainer vers nous des femmes qui ne se retrouvaient pas dans l'accouchement à domicile mais qui ne souhaitaient pas accoucher à l'hôpital non plus. Les trois autres, et ce sont des amies, ont accepté un peu en reculant mais le projet maison de naissance permettait aussi d'élargir les pratiques alternatives. C'est pour ça que nous nous sommes lancées » (Isabelle, 2 enfants, *La Voix des parents*).*

Entre la création de l'association en 2001 et l'acquisition du local en 2005, le conseil d'administration s'est donné pour objectif d'accompagner les parents, sans plus de précisions. Durant cette période, la militance associative se construit simultanément dans le partage d'expérience dans l'entre soi féminin de l'accouchement à domicile et dans la construction d'une alternative citoyenne avec le projet de maison de naissance.

L'année 2005 marque un tournant pour l'association. L'acquisition du local et sa publicisation vont attirer de nouvelles usagères et répondre à une demande de prise en charge alternative globale et non plus seulement spécifique à l'accouchement à domicile. La pluralité d'entrée dans le militantisme s'observe dans les postures des adhérentes et dans les transformations de l'association dans laquelle la posture citoyenne devient majoritaire.

Cette transformation va s'inscrire dans l'administration de l'association avec la candidature à la présidence d'une militante ayant selon nous un point de vue citoyen. La présidente qui lui a succédé confie la difficulté du relais entre les militantes au point de vue citoyens et les militantes historiques attachées à une conception cosmique de l'accouchement :

« La première fois où je suis venue, j'avais une poussette, je n'allaitais plus alors que Maria avait quatre mois, bref pour les puristes c'était n'importe quoi. Je n'étais pas la seule à vivre ça et il fallait que ça change, l'association accueillait tout le monde, non ? C'est l'ancienne présidente qui a permis de changer tout ça mais ça a été super dur. Elle a le même profil que moi et quand elle a voulu être présidente au CA de 2005, ça a fusé du genre "tu n'as même pas allaité" ou "t'y connais rien à l'accouchement

physio” et elle a été élue à quelques voix d’avance » (Rita, 2 enfants, *La Voix des parents*).

2.2 L’alliance et ses effets entre usagères, institution et sages-femmes

Au milieu des années 2000, le contexte est porteur pour la création d’une offre d’accouchement alternatif à la biomédicalisation au sein du territoire enquêté. En effet, le projet de service accouchement « physiologique » de *Belle Naissance* et la possibilité d’accouchement *low-tech* reposent sur une combinaison de facteurs favorables pour voir le jour : un soutien formalisé des usagères, un accord financier et un projet médical porté par une dynamique collective au sein de l’équipe de sages-femmes aux postures de contestations du système de genre et de la biomédicalisation. Ce contexte exceptionnel est ainsi favorable à une alliance entre l’institution, les sages-femmes et les usagères. Quelles en sont les modalités ?

L’alliance permet l’émergence du projet accouchement « physiologique »

Les opportunités de l’émergence du projet d’accouchement « physiologique » de *Belle Naissance* sont de nature diverses : des usagères et des sages-femmes libérales qui ne trouvent pas de possibilités d’accouchement alternatif sur leur territoire, une équipe de sages-femmes renouvelée à *Belle Naissance* et qui proposent clandestinement des accouchements *low-tech*, une maternité en péril dont l’augmentation du nombre d’accouchement est vitale pour maintenir l’activité.

Des usagères et des sages-femmes libérales dans l’impasse

Les usagères sont dans une impasse au moment de la création de leur local au cœur de la métropole en 2005. Le projet associatif est construit sur la possibilité d’une alternative à l’accouchement biomédical mais il n’existe plus de maternité pouvant les accueillir, la dernière à proposer des accouchements dans l’eau ferme en 2005. Justine et Marc vont accoucher à leur domicile en 2006 après avoir essuyé des refus de pratiques alternatives dans différents établissements :

« *La sage-femme nous a fait comprendre que la maternité ne pouvait pas nous proposer mieux et qu'en pratique, c'est ça ou le domicile. Si ça nous pose un problème, c'est parce qu'on en veut trop et ils font déjà beaucoup pour les gens comme nous...* » (Justine et Marc, 1 enfant, *La Voix des parents*).

Un collectif de sages-femmes libérales qui travaillent en lien avec l'association d'usagères *La Voix des parents* cherche également un plateau technique pour pratiquer des accouchements depuis la fermeture de la maternité pratiquant l'accouchement dans l'eau où certaines exerçaient en 2005.

Une pratique informelle et clandestine à Belle Naissance

À la maternité *Belle Naissance*, une nouvelle génération de sages-femmes travaille en salle d'accouchement. Elles sont en rupture avec les pratiques professionnelles des sages-femmes plus anciennes qui ont demandé à finir leur carrière dans le service des suites d'accouchement. Les plus anciennes ont un profil de conformité à la biomédicalisation et ne partagent pas les résistances de la jeune génération de sages-femmes. En effet, cette nouvelle génération conteste la biomédicalisation soit dans une posture citoyenne, soit dans une posture cosmique. Elles vont faire alliance pour promouvoir une alternative à la biomédicalisation. La nouvelle équipe de sages-femmes en salle d'accouchement a tout d'abord expérimenté des pratiques alternatives lors des accouchements de femmes souhaitant un accompagnement alternatif ou lors de l'accouchement de certaines d'entre elles. Elles ont suivi ensuite un cycle de formation continue dans la tradition française de l'accouchement physiologique portée par Jacqueline Lavillonière¹³. La première expérience d'accouchement physiologique a été vécue par Éva, une des sages-femmes de *Belle Naissance*. Il s'agissait d'un accouchement à domicile dans le cadre d'un accompagnement global par une sage-femme libérale pour son premier enfant :

« *Mes accouchements, c'est ce qui nous a fait toutes basculer dans la physio, je pense, non je suis sûre. J'ai opté pour un suivi global donc je me suis faite suivre par une*

¹³ La profession de sage-femme lui doit un ouvrage passionnant : « Manuel d'obstétrique physiologique » écrit à quatre mains avec Mai Le Du (2022, Éd. PUF).

sage-femme libérale parce que ça représentait pour moi l'idéal de notre métier et puis j'ai fait le choix d'accoucher à domicile » (Éva, sage-femme, Belle Naissance).

Progressivement et dès 2005, ces jeunes sages-femmes, encouragées par l'expérience d'Éva, ont commencé à proposer des alternatives aux femmes qui étaient volontaires et qui ne présentaient pas de risques particuliers pour leur accouchement. La démarche est très discrète, les naissances ont lieu la nuit hors du regard des médecins. Les sages-femmes vont disposer des lampes de chevet dans les salles d'accouchements pour avoir une lumière tamisée. Éva va investir dans des tapis de sol pour installer les femmes et parfois les couples. L'enregistrement du cœur de l'enfant à naître ne sera plus continu mais en alternance :

« Pour moi, les plus marquants ce sont les premiers qu'on a faits, on en parlait tout à l'heure. C'était des accouchements caviar, les femmes étaient triées sur le volet parce qu'on savait qu'on n'avait pas le droit à l'erreur. C'était tout nouveau, les médecins n'étaient pas pour. Ce sont les accouchements les plus marquants et ce sont ceux qui m'ont laissé les plus beaux souvenirs » (Éva, sage-femme, Belle Naissance).

Une opportunité liée à l'État : l'accord de pérennité financière

Simultanément, la maternité *Belle Naissance* ne réalise pas suffisamment d'accouchements pour l'Agence Régionale de Santé du territoire. L'hôpital a donc signé des accords en 2006 pour stabiliser la situation financière de l'établissement. Cet accord précisait le maintien de l'activité d'obstétrique sous condition d'un nombre suffisant d'accouchements¹⁴. En 2006, *Belle Naissance* réalisait environ cinq cents accouchements, en 2011, plus de mille. La cadre sage-femme précise que pour augmenter le nombre d'accouchements, il a fallu organiser les conditions d'une mixité de publics entre la population locale, racisée et précaire, et les couples à haut capital culturel, principaux demandeurs d'un accouchement *low-tech* :

« Le plan c'était l'accouchement physiologique ! On faisait déjà des accouchements physiologiques avant 2006. On a décidé ensuite d'ouvrir le plateau technique aux

¹⁴ Cour des comptes, décembre 2014, Les maternités, Cahier 1 : Analyse générale, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, voir plus particulièrement les pages 29, 30 et 31 soit la partie « Des soins de plus en plus techniques ». Pour des raisons d'anonymat, tant des personnes que des structures concernées, nous ne pouvons citer au lecteur le rapport de la cour des comptes régionale concernant l'établissement qui précise les conditions de cet accord. Par ailleurs, la situation que nous décrivons n'est pas isolée, il en fait état dans le rapport de la cour des comptes national de 2014 à travers plusieurs exemples similaires à *Belle Naissance*.

sages-femmes libérales. Il faut dire qu'on n'était pas du tout attractif pour la clientèle de [la grande métropole à proximité] qui est venue pour la physio, c'est mon analyse, mais il y avait une connotation...spéciale...(blanc) dans la population locale, pauvre et maghrébine. En plus, nous n'avions que des chambres à deux lits. Les patientes disaient qu'elles viendraient bien chez nous mais vu que ce ne sont que des chambres à deux lits, elles ne venaient pas. La direction a joué le jeu » (Bénédicte, cadre sage-femme, Belle Naissance).

Pour y arriver, les professionnel.les de la maternité ont dû élargir le périmètre de recrutement des femmes et pour ce faire, la direction a opté pour trois axes de développement :

- Une amélioration des conditions d'accueil à travers la restructuration des salles d'accouchement et la rénovation du service de maternité notamment en valorisant les chambres individuelles.

- Une augmentation de l'offre de soins sur le territoire en créant une consultation avancée avec des gains potentiels de clientèle.

- Un projet accouchement « physiologique » inscrit dans le projet d'établissement qui comprend la création d'une salle « nature » et l'ouverture du plateau technique à des sages-femmes libérales.

Le succès du projet d'accouchement « physiologique » grâce à l'appui des sages-femmes, des usagères et de l'État

La mise en œuvre du projet d'accouchement « physiologique » est un succès car il répond aux nécessités des différentes parties prenantes.

Ainsi, les sages-femmes de la maternité *Belle Naissance* s'appuient sur leurs pratiques clandestines pour monter leur projet qui vient reconnaître cette activité. Ce faisant, elles expérimentent une autonomie professionnelle plus large.

Au sein de l'association *La Voix des parents*, cette évolution de l'offre de prise en charge correspond à une posture de négociation avec le système médical tout en intégrant certaines revendications relatives au féminin sacré portées par les militantes

de la posture cosmique. Cette combinaison des deux approches est illustrée par le commentaire de la présidente de l'association en 2012 :

« Le projet d'accouchement physiologique et l'ouverture du plateau technique à Belle Naissance, c'est clair que ça a alimenté ce qu'on disait sur le fait que ça peut très bien se passer quand on accouche à l'hôpital, je veux dire dans le respect du projet de chaque couple. On ne leur fait pas de pub, mais les femmes parlent entre elles et effectivement il y a beaucoup de femmes qui accouchent à Belle Naissance et qui viennent de chez nous » (Rita, 2 enfants, La Voix des parents).

De plus, les sages-femmes libérales qui soutiennent l'association n'avaient pas de plateau technique pour les accouchements. Le projet de *Belle Naissance* leur ouvre de nouvelles perspectives dès 2007.

Figure 8. Une ambiance décalée en salle de naissance : tapisseries enfantines, lampes de chevet et baignoire.

Une partie de la salle « nature » de Belle Naissance ¹⁵.



Source : Photographie personnelle – 2012.

Enfin, l'État, à travers la direction de l'hôpital et l'agence de santé du territoire, a maintenu l'activité obstétricale. Jamais une maternité n'avait doublé son nombre d'accouchement en si peu de temps, c'est pourtant l'accord initial qui avait été signé.

¹⁵ Cette salle « nature » comprend aussi un lit bas pour réaliser les accouchements dont l'illustration se trouve dans l'introduction générale (Figure 2).

Les autorités avaient donc acté la fermeture du site. La réussite du projet a surpris les instances qui en ont pris leur parti. La direction de l'hôpital peut désormais s'asseoir sur la notoriété de sa maternité (et les financements afférents) pour poursuivre de nouveaux projets à l'échelle de l'établissement.

Plusieurs facteurs ont ainsi contribué à l'institutionnalisation des pratiques alternatives au sein de la maternité : l'alliance formelle entre les postures de contestation du système de genre et de la biomédicalisation chez les sages-femmes et chez les usagères, l'ébauche d'une organisation collective de promotion de l'accouchement *low-tech* et les écologies liées avec l'État. Néanmoins, au quotidien, cette alliance fonctionne sur des compromis professionnels entre sages-femmes et médecins. Si l'accord des médecins n'est pas nécessaire à la mise en œuvre du projet, leur opposition a été constante dans sa mise en œuvre.

2.3 La salle « nature », un compromis professionnel relatif à la culture technique entre sages-femmes et médecins

Compte tenu de la situation financière de l'établissement, le projet d'accouchement « physiologique » des sages-femmes a pu être intégré dans le projet d'établissement et mis en œuvre. Simultanément, les médecins constatent que ce projet s'oppose à la tradition biomédicale ce qui va conduire sages-femmes et médecins à des confrontations puis des arrangements au quotidien. La confrontation entre leurs domaines de compétences est rendue visible par l'aménagement de la salle nature et de son évolution. Nous allons analyser cette confrontation et ces arrangements sous l'angle de leurs dimensions spatiales et temporelles qui mettent en scène l'initiative des sages-femmes répondant aux demandes des usagères et les résistances du corps médical contraint aux arrangements.

Confrontations et arrangements au niveau des territoires professionnels

L'aménagement et l'usage de la salle « nature » par les sages-femmes illustrent un conflit de territoire professionnel avec les médecins. La bataille pour l'accès au lit

des accouchées à l'âge classique¹⁶ se manifeste à nouveau dans la modernité biomédicale. L'accouchement « physiologique » constitue un monopole d'activité pour les sages-femmes au cœur d'une lutte de territoire professionnel avec les médecins dans le contexte de leur émancipation professionnelle progressive depuis 1982¹⁷.

D'un côté, les sages-femmes ont mis au point une organisation de l'accouchement physiologique avec des éléments techniques permettant une pratique professionnelle alternative (monitoring* fœtal sans fil et aquatique, une baignoire, des lianes pour suspension, un ballon d'accouchement, des lumières tamisées et un lit bas utilisé à l'hôpital habituellement par les kinésithérapeutes) et une organisation pour maximiser l'usage de la salle « nature » (présentation systématique de la salle et proposition d'accouchement alternatif à chaque femme ne présentant pas de pathologie). Cette salle est également un espace réservé, intime, pour les usagères et les sages-femmes. Les auxiliaires de puériculture ne sont autorisées à y pénétrer qu'au moment de la naissance. Les sages-femmes refusent la présence de médecin si elles ne sont pas à l'origine de l'appel.

Encadré 7. La physiologie, un monopole d'activité pour les sages-femmes.

Note de terrain, Belle Naissance.

La sage-femme de garde et moi sommes dans la salle nature avec un couple. La sage-femme installe la parturiente avec l'aide du conjoint dans la baignoire. À peine installée, nous entendons quelqu'un qui frappe à la porte et qui n'attend pas pour ouvrir. C'est l'anesthésiste de garde qui veut se présenter au couple. La sage-femme lui répond avec un fond d'ironie qu'il n'est pas le bienvenu dans cette salle et qu'il faut respecter l'intimité du couple. L'anesthésiste ferme la porte en bougonnant.

D'un autre côté, les médecins obstétriciens et anesthésistes sont en désaccord avec les sages-femmes et les usagères et se dressent contre les termes du projet « physiologique » y voyant une limitation dans ce qu'ils estiment être leurs prérogatives hiérarchiques sur les sages-femmes. La maternité *Belle Naissance* est de type I*, c'est-à-dire qu'elle prend en charge les patientes sans pathologies et à terme. Les interventions des médecins y sont très limitées et il s'agissait déjà pour eux d'un

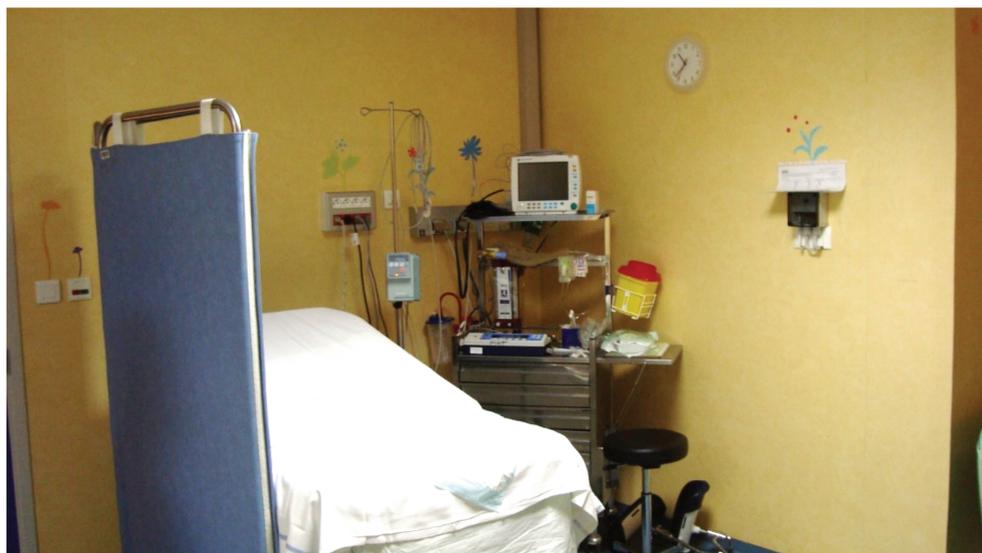
¹⁶ Cf. chapitre 1, § 1.2, p. 40.

¹⁷ Cf. chapitre 4, § 2.4, p. 150.

enjeu spécifique lors de la négociation avec l'État lors de l'écriture des décrets de périnatalité de 1998. La montée en puissance des accouchements *low-tech* réduit d'autant leur hégémonie.

Figure 9. Un arrangement entre sages-femmes et médecins concrétisé par le partage de la salle « nature » en deux espaces, néanmoins invisibilisé par un paravent.

Une table d'accouchement et du matériel pour une anesthésie dans la salle « nature » de Belle Naissance.



Source : Photographie personnelle – 2012.

Une série de compromis vont alors se forger entre sages-femmes et médecins sur l'intervention en urgence des médecins devant une pathologie dans la salle « nature ». Témoignant des négociations successives entre praticien.nes, la salle que nous observons quatre ans après sa mise en œuvre comprend un chariot d'anesthésie et une table d'accouchement classique. Ces matériels sont exigés par les médecins pour traiter efficacement, selon eux, des situations cliniques difficiles comme les hémorragies* après la naissance et ont été invisibilisés par les sages-femmes derrière un paravent. De même, ils ont imposé la pose systématique d'un cathéter veineux dans le cas où il faille administrer un médicament en urgence. Symboliquement, si les sages-femmes refusent leur présence dans cette salle, les médecins laissent leur empreinte technique, du reste elle être occultée par un paravent.

Des confrontations sur les temporalités

Outre une lutte de territoires, les temporalités médicales et physiologiques font débat. L'analyse de Madeleine Akrich et de Bernike Pasveer (1996) dans une approche comparative des pratiques d'accouchements entre la France et les Pays-Bas montre la difficulté à faire cohabiter la temporalité technique de la biomédicalisation avec une approche *low-tech* de l'accouchement. La temporalité de l'approche physiologique est emblématique des contestations relatives à la hiérarchie professionnelle et de la culture technique. Le conflit sur ces temporalités met en scène les procédures différenciées des médecins et celles de sages-femmes.

Le décalage avec la tradition des temporalités techniques biomédicales s'observe sous différentes formes.

Ainsi, les femmes souhaitant un accouchement physiologique mais qui sont venues trop tôt à la maternité, vont patienter dans une chambre en service de maternité. La marche ou l'utilisation d'un ballon de gymnastique sont valorisées là où classiquement l'organisation de cette attente est rythmée par la technique biomédicale (l'enregistrement du cœur fœtal et le décompte de contractions utérines par exemple).

D'une autre façon, en salle d'accouchement, le partogramme, qui représente la dilation du col de l'utérus de la future mère, est initié tardivement, vers quatre centimètres de dilatation. L'homme sage-femme Éric explique que, pour lui, « *pas besoin d'être pressé... le début du travail, moi je considère que ce n'est pas avant quatre centimètres. Si tu ne fais pas ça, tu te retrouves à médicaliser les femmes pour rien* ». Éric partage avec les autres sages-femmes de *Belle Naissance* l'idée qu'il vaut mieux savoir patienter qu'intervenir.

En matière de pratiques professionnelles, le délai entre deux touchers vaginaux pour connaître la dilatation et donc l'avancée du travail est nettement plus long. Habituellement, les sages-femmes réalisent un toucher vaginal par heure et le reportent sur le partogramme*. Dans une situation d'accompagnement de la physiologie, ce délai est théoriquement porté à deux heures. Signe que les sages-femmes de *Belle Naissance* bénéficient d'une plus grande marge dans l'organisation, certaines données médicales sont faussées : « *Certaines, je les examine au bout de*

quatre heures. Et sur le partogramme, je m'arrange. Ce qui compte, ce n'est pas la montre, le temps n'est pas le même, surtout avec les femmes avec qui tu vas rester tout le temps » (Camille, sage-femme, Belle Naissance).*

Encadré 8. La physiologie : l'héritage clinique des matrones.

Note de terrain, Belle Naissance.

La contestation des sages-femmes est une opportunité pour ce groupe professionnel de redécouvrir des pratiques anciennes disparues dans le contexte hégémonique de la culture technique, comme le raconte Camille :

« Et puis tu n'as pas besoin de les examiner pour savoir où elles en sont. Un jour, j'ai une collègue qui m'a montré les dernières vertèbres d'une patiente en travail et elle m'a dit, "ça y est, tu vois, il est descendu ce bébé, la vertèbre du bas, elle a bougé" et effectivement, elle était à complète, prête à pousser ce bébé. C'est triste parce qu'avec toute ces techniques, péridurale et autre, on a perdu notre savoir-faire » (Camille, sage-femme, Belle Naissance).

Les conflits de temporalités vont avoir lieu à la jonction des territoires professionnels des sages-femmes et des médecins. Ils se situent par exemple dans le cas d'un diagnostic d'une pathologie, entre la procédure médicale qui exige la mise en œuvre d'objets techniques pour permettre l'activité médicale et celle des sages-femmes qui nécessite l'accord de l'usagère et qui est décalée des procédures standards. L'exemple suivant en est une illustration. Une sage-femme dépasse le temps requis pour un diagnostic de stagnation du travail de plus de quatre heures sans que le médecin en soit informé, la femme accouchant finalement très rapidement après que la sage-femme a proposé la baignoire de dilatation. Dans une autre maternité, l'appel au médecin aurait signifié une césarienne*.

Sages-femmes et médecins ont construits des arrangements compte tenu de l'accord de pérennité financière du site et de la réussite du projet des sages-femmes. Ces professionnelles peuvent ainsi entrer dans les interstices des organisations et faire vivre l'institutionnalisation de leurs pratiques décalées des procédures médicales. Ce constat sur les espaces de liberté dans les organisations a été analysé par Michel Crozier et Erhard Friedberg (1977) comme le rappelle Evelyne Jardin :

« Acteur, pouvoir mais aussi incertitude. Pour Crozier et Friedberg, il existe dans toutes les organisations des espaces de liberté qui se logent dans des interstices

(nommés “zones d’incertitude”) sur lesquels les acteurs vont jouer et dont ils vont se jouer » (Jardin, 2009).

Nous retenons le terme d’interstices car l’incertitude propre au quotidien de la salle « nature » permet des écarts à la culture technique qui remettent en cause sans le déstabiliser l’ensemble de l’organisation médicale. C’est la force et la limite de cet arrangement sous contrainte entre sages-femmes et médecins.

Encadré 9. L’art de la sage-femme : saisir le *kairos*.

Note de terrain, Belle Naissance.

Le passage d’un accompagnement physiologique en salle « nature » à un temps médicalisé, rendu nécessaire par la situation médicale, est d’une grande complexité et fait appel à l’expérience de la sage-femme. Sabrina raconte un accouchement physiologique en salle nature. La femme est sur lit bas de la salle « nature », soutenue par son conjoint. Sabrina a posé un monitoring en continu pour la poussée. Le travail que les sages-femmes décrivent est un temps de vigilance et d’attention. Il s’agit d’accompagner un projet mais de se fixer une limite. Le passage à la temporalité médicale et à un espace médicalisé représente cette limite. Dans le récit de Sabrina, la temporalité change brusquement, la sage-femme doit aller vite pour aider à faire naître cet enfant, pour le réanimer et pour cela, il faut aussi modifier l’espace et passer sur une table d’accouchement classique. Sabrina passe d’une dimension relationnelle dans son activité à une articulation rationnelle entre analyse du rythme cardiaque fœtal*, ressources disponibles pour répondre à l’urgence (mobiliser un obstétricien et un anesthésiste) et une réanimation pédiatrique où les cinq premières minutes sont essentielles :*

« À un moment, le rythme cardiaque de l’enfant s’est cassé la gueule, mais profond, sans récupérer, alors qu’il était au petit couronnement. Tu vois d’habitude je n’appelle pas mais là... À l’oreille, ça a été tellement brutal que j’ai demandé tout de suite à l’auxiliaire d’appeler en urgence un médecin pour une extraction. Avec l’auxiliaire, on a passé la dame sur la table classique et je l’ai faite pousser activement. J’ai fait une épisiotomie* pour qu’il naisse, le médecin est arrivé là-dessus. Et cet enfant est né avec ‘un’ d’apgar* complètement schlasse et je me suis tapée la super réanimation* bébé que je n’ai toujours pas compris d’où elle sortait. Salle ‘nature’, bradycardie* du siècle et enfant en mort apparente, j’ai cru qu’il ne récupérerait pas... tout ça avec le père à côté de moi » (Sabrina, sage-femme, Belle Naissance).*

Dans le contexte d'alliance avec l'institution et les usagères, les sages-femmes bénéficient d'une plus forte autonomie professionnelle. La salle « nature » rend ainsi visible l'enjeu de territoire entre sages-femmes et médecins, redéfinit les frontières du normal et du pathologique, impose aux acteur.trices professionnel.les des compromis et des arrangements. Pour les usagères, la mise en œuvre du projet d'accouchement « physiologique » ouvre un espace de dialogue et de respect de leurs choix.

Chez les sages-femmes comme chez les usagères, les décalages à la biomédicalisation des accouchements sont expérimentés par des femmes dont nous avons identifiées un positionnement de résistance, citoyen ou cosmique. Le système de genre n'est observable dans ses résistances qu'au niveau des logiques inter-individuelles analysées dans les deux premières parties. Cependant, on observe l'ébauche d'une organisation collective de résistance à la biomédicalisation sans pour autant observer une conscience collective du système de genre. L'accouchement *low-tech* serait d'abord une forme institutionnalisée de décalage à la biomédicalisation. Dans quelle mesure ce décalage en permet d'autres hors de la salle « nature » ?

2.4 L'approfondissement d'un arrangement social avec les médecins

La salle « nature », l'exercice par les sages-femmes, d'une moindre technicisation de l'accouchement, la demande de négociation des pratiques de soins par les usagères constituent un ensemble de décalages sociaux à la biomédicalisation. Cet arrangement entre sages-femmes, usagères et médecins se prolonge dans l'espace social de la salle d'accouchement et hors de la salle « nature » à l'occasion de différentes modifications dans les pratiques professionnelles à l'image du protocole de soin « Délivrance Dirigée » (PDD). Il s'agit d'un protocole emblématique de la culture technique pour lequel l'opposition des usagères et des sages-femmes constitue un nouveau décalage à l'hégémonie des représentations biomédicales de l'expérience

de l'accouchement et à l'autorité « *scientifique et morale* » (Piquemal *et al.*, 2021)¹⁸ des médecins.

Le consensus médical et politique autour du protocole « Délivrance Dirigée » (PDD)

Protocole de soin thérapeutique estimé efficace et non iatrogène¹⁹, le PDD fait consensus dans la communauté obstétricale française. Ce protocole de lutte contre les hémorragies, première cause de mortalité jusqu'au milieu des années 2010²⁰, va évoluer. D'une injection médicamenteuse sur facteurs de risque en 2004²¹, il sera réalisé systématiquement à toutes les femmes à partir de 2014²² suite à la parution en 2011 d'une enquête internationale (Begley *et al.*, 2011) qui démontre son intérêt en routine.

Entre 2011 et 2014, certains réseaux de périnatalité demandent alors son application systématique en dehors de recommandations officielles : c'est le cas à *Belle Naissance*. Or, les sages-femmes voient dans cette demande de systématisation la mainmise mandarinale du président du réseau, un obstétricien renommé d'un Centre Hospitalier Universitaire du territoire, qui est opposé aux pratiques physiologiques. La sage-femme Agathe résume ainsi son analyse :

« Avec la physio, le patron du réseau crie à qui veut l'entendre que nous sommes dangereuses parce qu'on ne fait pas le PDD, c'est vraiment un procès d'intention. C'est très difficile, tu sens la pression des médecins ici mais aussi la pression de l'extérieur. Tous les mois, on reçoit individuellement un courrier accusé réception pour

¹⁸ Pour reprendre les termes des auteurs du rapport de l'inspection générale des affaires sociales de 2021 sur le malaise de la profession de sage-femme.

¹⁹ Il s'agit de l'injection d'un millilitre d'ocytocine de synthèse après la naissance de l'enfant.

²⁰ Il s'agit désormais du suicide d'après le dernier rapport sur la mortalité maternelle publié en 2021 par Santé Publique France avec le concours de l'INSERM et portant sur la période 2013/2015.

²¹ Le Collège des Gynécologues Obstétriciens diffuse une recommandation pour la pratique clinique (RPC) sur l'hémorragie de la délivrance comprenant un volet anténatal avec une consultation d'anesthésie systématique, un volet de prévention clinique et pharmacologique, un volet de prise en charge classique ou en cas d'aggravation de l'hémorragie et un volet concernant les conditions de transfert inter-établissements des femmes.

²² De nouvelles recommandations pour la pratique sont officialisées en 2014 par le collège scientifique des gynécologues. Le PDD devient systématique mais son mode d'injection change d'intraveineuse directe à intraveineuse lente compte tenu des risques cardiovasculaires d'une injection en intraveineuse rapide comme indiqué dans la RPC de 2004.

nous dire qu'on est des mauvaises filles (rires) » (Agathe, sage-femme, Belle Naissance).

Dès 2011, usagères et sages-femmes de *Belle Naissance* expriment leur désaccord avec cette application systématique qui va donner lieu à un nouveau compromis, cette fois en dehors de la salle « nature », c'est-à-dire dans le domaine réservé des médecins.

Les arguments du conflit à Belle Naissance

Durant notre période d'observation, le PDD est un enjeu fort entre les usagères, les sages-femmes et les médecins de la structure. La non-application du protocole par les sages-femmes provoque régulièrement des confrontations ouvertes avec les médecins.

Pour les usagères accompagnées par *La Voix des parents*, deux arguments se complètent dans le rejet du traitement préventif post-accouchement. Le premier argument est lié à une posture citoyenne. L'application du protocole ne peut être systématique et la femme à qui ce traitement est proposé doit être informée et donner son accord. Ce premier argument montre la tension entre les pratiques professionnelles observées (le traitement imposé sans l'accord de la personne voire sans information) et la loi. Le second argument est issu d'une posture que nous avons qualifiée de cosmique et vient compléter l'argument légal. Le refus des femmes est ici motivé par le souhait de laisser le cordon ombilical de l'enfant cesser de battre spontanément après la naissance²³, ce qui est rendu impossible par l'injection du traitement préventif (le placenta est dans ce cas délivré très rapidement après l'injection).

Les sages-femmes évoquent également deux arguments qui justifient leur opposition au PDD. Le premier argument est de l'ordre de la controverse scientifique. Le PDD impose une thérapeutique systématique là où les pratiques professionnelles habituelles étaient cliniques, en fonction de l'évaluation des risques repérés par la

²³ La question de la gestion du cordon ombilical et du placenta est récurrente pour les usagères qui relèvent d'une posture sacrée, qu'il s'agisse de planter un arbre avec le placenta de l'enfant après sa naissance ou de laisser l'enfant rattaché à son placenta pendant une dizaine de jours (ils sont alors nommés « enfants-lotus »).

sage-femme. La controverse s'inscrit dans le passage entre une médecine obstétricale traditionnellement clinique et une médecine obstétricale épidémiologique portée par une médecine par les preuves. La controverse sur ce protocole de soin est révélatrice de cette transformation tardive de l'obstétrique, de la tradition clinique à la modernité thérapeutique, comme l'a montré Nicolas Dodier dans son analyse des controverses thérapeutiques lors de l'épidémie de sida (Dodier, 2003). La sage-femme Agathe montre son adhésion à une vision traditionnelle et clinique de l'obstétrique :

« Le dernier truc à la mode, c'est la délivrance dirigée. On s'est pris la tête pendant super longtemps parce que dans l'équipe on ne faisait des délivrances dirigées que sur facteurs de risques » (Agathe, sage-femme, *Belle Naissance*).

Le second argument a trait à l'organisation du travail au sein de la salle d'accouchement. Ce protocole a été rédigé nationalement par des médecins qui connaissent mal le fonctionnement ordinaire des salles d'accouchement. Ainsi, la sage-femme qui est présente pour l'accouchement ne peut pas enlever ses gants stériles pour réaliser l'injection, une autre sage-femme doit être disponible, ce qui est rarement le cas. À *Belle Naissance*, il n'y a qu'une seule sage-femme de garde. L'injection est impossible à moins de demander à une auxiliaire de puériculture de la réaliser en dehors de ses compétences. Dans l'extrait ci-après, la sage-femme Camille est amenée à injecter le traitement car l'usagère le nécessite mais elle aménage le protocole, elle prépare le traitement à l'avance et ne l'injecte pas directement mais en intraveineuse lente dans une perfusion là où le protocole de l'époque impose une intraveineuse directe :

« Il y a ce temps d'accueil avec le bébé et dans les trois minutes, on a fait cette fameuse dirigée à ma méthode c'est-à-dire que j'ai augmenté l'ocytocine, j'en avais préparée, donc je l'ai branchée pour ne pas impliquer l'auxiliaire » (Camille, sage-femme, *Belle Naissance*).

Pour les médecins, l'opposition des usagères et des sages-femmes est incompréhensible. Ainsi l'obstétricienne Jessica s'interroge :

« Je ne comprends pas pourquoi elles ne veulent rien entendre à ce protocole ! c'est juste une injection après l'accouchement, un millilitre, c'est sans conséquence pour les femmes, ça ne les empêche pas de faire leur accompagnement physiologique... et nous,

ça nous évite d'avoir le réseau sur le dos (blanc) » (Jessica, obstétricienne, Belle Naissance).

D'une autre façon, l'anesthésiste Rémi l'analyse comme une volonté d'autonomie des sages-femmes :

« Elles ont viré les obstétriciens de leur ordre et maintenant elles veulent nous virer nous avec leur affaire de physiologie et d'accompagnement global. Leur dernier truc c'est de ne pas faire la délivrance dirigée, elles n'en font qu'à leur tête et c'est nous qui ramassons les pots cassés après quand ça merde » (Rémi, anesthésiste, Belle Naissance).

Une négociation à l'avantage des usagères et des sages-femmes

Simultanément lors de la parution des recommandations pour la pratique clinique de 2014 qui prévoit que la méthode « aménagée » décrite par la sage-femme Camille soit désormais la règle, l'équipe médicale de *Belle Naissance* se réunit et valide collégalement que le refus du PDD par les usagères est possible sous réserve de la signature d'une décharge. C'est une victoire pour l'alliance des usagères et des sages-femmes. L'institution a été partie prenante de cette victoire en mettant en avant les principes de responsabilité et de gestion des risques hospitaliers²⁴. Dans le contexte des certifications Qualité à l'hôpital, la délégation de compétences aux auxiliaires de puériculture n'était pas tenable.

Le contexte local de la maternité *Belle Naissance* révèle les tensions globales entre acteur.trices. Les aménagements sociaux obtenus par l'alliance des usagères, des sages-femmes et de l'institution ne constituent pas un renversement des pratiques et de la hiérarchie biomédicale mais un décalage institutionnalisé, ce qui en fait un exemple emblématique.

Ces arrangements ont été rendus possibles par la mobilisation d'usagères qui ont trouvé des compromis entre modèles citoyen et cosmique leur permettant de devenir des actrices légitimes du débat médical. De même pour les sages-femmes, la

²⁴ Par ailleurs, certains médecins ont découvert la iatrogénie de l'injection préventive d'ocytocine en intraveineuse directe et la RPC de 2014 a facilité leur adhésion à la proposition faite par les sages-femmes qui permettait de régler la question de l'organisation des soins

faible représentation de la posture conforme à la culture technique²⁵ a permis l'émergence d'un espace professionnel alternatif en salle d'accouchement constitué de sages-femmes hospitalières et libérales qui contestent l'ordre biomédical. Usagères comme sages-femmes ont su créer l'ébauche d'une organisation collective et plus démocratique. L'institution n'est pas intervenue dans les controverses entre professionnel.les mais a plutôt joué un rôle d'arbitre en faveur des usagères.

*

*

*

L'exemple de la maternité *Femme Heureuse* est emblématique du modèle ultra majoritaire des maternités françaises. Les rapports entre les acteur.trices illustrent le « verrou biomédical », sorte de *business as usual* de l'obstétrique moderne au bénéfice des médecins : une hégémonie de représentations techniques associée à un paternalisme médical fort et une hiérarchie médicale omniprésente. On observe l'absence de dynamique collective pour une alternative. Les usagères et les sages-femmes issues de postures de contestation ne dépassent pas le stade de la contestation individuelle. C'est ce qui explique les malaises ou les démissions.

Le cas de *Belle Naissance* est exceptionnel. Il participe de la visibilité d'une volonté d'émancipation des femmes et des sages-femmes. Le compromis forgé au sein de l'association *La Voix des parents* sur la base des postures citoyenne et cosmique a permis à leur collectif d'exprimer une demande de pluralité dans les manières d'accoucher nécessaire à l'alliance avec les sages-femmes et avec l'institution. Cette alliance locale est un exemple d'écologies liées qui fonctionnent malgré le « verrou biomédical ». Les usages de la salle « nature » de même que la controverse sur le protocole de délivrance dirigée illustrent les négociations constantes entre les

²⁵ En réalité, il s'agit essentiellement des sages-femmes les plus anciennes qui ont exercé à partir des années 1980. Elles exercent alors dans le service de suites d'accouchements. A titre d'exemple, le bureau de la cadre de la maternité est situé dans le service et non au sein du bloc d'accouchement comme c'est l'usage. Il semblerait donc qu'il y ait également un enjeu générationnel.

acteur.trices. Il s'agit donc de la construction d'un arrangement social précaire mais qui montre la maturité de l'alliance des femmes et des sages-femmes en résistance aux normes biomédicales. Pour autant, nous n'avons pas observé de dynamique collective autour du système de genre. Si la résistance au système de genre est visible au niveau des logiques individuelles, il semblerait que, dans les luttes locales, les femmes se concentrent sur la résistance aux normes biomédicales et non pas sur le combat contre les inégalités femmes/hommes qui structurent pourtant l'espace reproductif de l'accouchement.

Chapitre 9

La scène de l'accouchement comme problème public

*« Pour s'émanciper, les femmes doivent combattre l'oppression et l'exploitation, celles qu'elles partagent avec les hommes, mais aussi celles qu'elles subissent de façon spécifique, dans le travail salarié et dans le travail domestique. Or ces deux derniers sont liés, ainsi que les rapports de domination qui leur sont afférents »
Danièle Kergoat, *Se battre disent-elles*, 2012.*

Le chapitre huit a montré que les luttes locales s'appuient sur des écologies liées entre sages-femmes et usagères qui s'opposent à la culture technique et à la hiérarchie médicale avec le soutien de l'État. Dans ce dernier chapitre, nous allons analyser, dans les mobilisations nationales, la construction conjointe d'une conscience collective de l'inégalité femmes/hommes et du pouvoir médical. La lutte pour l'émancipation des femmes s'observe tant dans la lutte des sages-femmes pour l'autonomie professionnelle que celle des mouvements féministes contre les violences obstétricales et gynécologiques.

Les mobilisations des sages-femmes vont progressivement porter sur les questions d'indépendance et d'autonomie professionnelle. En la matière, Eliot Freidson (1996)¹ analyse que la légitimité du contrôle par les travailleurs repose sur un socle de connaissances spécialisées, d'un ordre professionnel, l'existence d'un marché fermé et réservé aux membres de la profession et sur une formation longue, universitaire et directement contrôlée par l'élite professionnelle. Concernant les sages-femmes, ce groupe professionnel a développé des connaissances spécifiques dans la discipline maïeutique, il est organisé avec un ordre et un code de déontologie et bénéficie d'un marché de la santé fermé et dont la profession a le monopole. Il ne reste aux sages-femmes pour accéder à la légitimité du statut de profession que l'obtention d'un troisième cycle et d'un doctorat spécifique. En quoi la compréhension par les professionnel.les de l'imbrication entre le système de genre et la biomédicalisation a-t-elle été nécessaire dans la lutte pour la reconnaissance du statut médical ? De quelle manière les acteur.trices ont-ils/elles intégré l'imbrication de ces deux rapports sociaux ?

Du côté des usagères et depuis une vingtaine d'années, la scène internationale de l'accouchement est devenue un problème public dont le terme de « violences obstétricales » est un révélateur (Rozée, Schantz, 2021). Ces violences étaient documentées depuis plusieurs décennies, elles sont devenues insupportables pour les femmes et plus largement pour la société. En quoi le récit de la militance contre les violences obstétricales et gynécologiques nous informe-t-il de la force de la

¹ Cité par Dubar, Tripier, p.126, 1998.

biomédicalisation et de l'imbrication entre le système de genre et la biomédicalisation ?

1 Les grèves des sages-femmes (1988, 2001, 2013, 2021) : vers l'émancipation

1.1 1988 – 1989 : la double émergence d'une force collective et d'une expression différentialiste du malaise

Les années 1980 constituent une étape essentielle dans l'émancipation progressive d'un point de vue réglementaire de la profession de sage-femme face aux médecins : la loi permet l'accès des hommes à la profession en 1982², un arrêté de 1983 exige le niveau baccalauréat pour entrer en formation initiale et un décret de 1985³ porte les études de trois à quatre ans. La profession fait face à une transformation de l'exercice libéral vers le salariat à l'hôpital depuis 1973 et la fin des petites maternités dirigée par des sages-femmes⁴. Ainsi, les gains réglementaires en matière d'autonomie professionnelle, en particulier en libéral, sont contrebalancés par le passage massif de la profession vers le salariat où l'emprise normative et hiérarchique du pouvoir médical est très forte.

Dans ce contexte, la première mobilisation de l'histoire du salariat au sein de la profession de sage-femme va avoir lieu au printemps 1988, à Paris, au sein de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP). Les sages-femmes refusent l'obligation de pointage faite à l'ensemble des professionnels paramédicaux (Knibiehler, 2007). Dans cette mobilisation, les sages-femmes parisiennes vont découvrir la force du collectif comme le souligne une sage-femme dans un entretien mené par Yvonne Knibiehler : « *la grève des sages-femmes de l'AP-HP leur a permis*

² Cf. chapitre 4, § 2.4, p. 150.

³ Décret n°85-1046 du 27 septembre 1985 relatif à l'organisation des études de sage-femme, à l'agrément et au fonctionnement des écoles de sages-femmes.

⁴ Le décret Dienesch du 3 mars 1972 inaugure en France la politique drastique de fermeture et de concentration des activités obstétricales.

de prendre conscience de leur faculté de mobilisation et de leur force, ainsi rassemblées » (Knibiehler, 2007).

Deux interprétations sont possibles sur l'enjeu du pointage dans les représentations professionnelles dans l'univers médical et paramédical. Une partie majoritaire des sages-femmes développe une argumentation différentialiste autour de l'entre-soi féminin dans la salle d'accouchement que le pointage met à mal dans la mesure où l'éthique professionnelle commande aux sages-femmes de ne pas quitter une parturiente prête à accoucher. Cette argumentation est associée au rejet de la masculinisation de la profession. Il s'agit d'une tendance de fond majoritaire comme le soulignent Béatrice Jacques et Sonia Purgues (2012). D'une autre façon, d'autres sages-femmes identifient la question du pointage comme un enjeu en matière d'autonomie professionnelle et de reconnaissance de leur statut médical. Ainsi, la question du statut des sages-femmes à l'hôpital se pose même si cette position est plus confidentielle : « *[Cette mobilisation] a mis en évidence le statut bâtard dans lequel les sages-femmes sont confinées* » (Knibiehler, 2007).

Un accord est signé entre les syndicats représentatifs et la direction de l'AP-HP en octobre 1988. Il porte sur la fin du pointage, les salaires et la titularisation des 19% de contractuel.les. Les syndicats donnent ainsi satisfaction aux sages-femmes sur plusieurs points.

Néanmoins, la colère demeure et les syndicats apparaissent comme insuffisants car la question de la place des sages-femmes dans l'organisation hospitalière n'est pas réglée. Les sages-femmes qui se sont mises en mouvement en 1988 demandent alors une séparation claire avec la filière infirmière car dans la plupart des établissements, les sages-femmes peuvent être sous l'autorité hiérarchique d'une surveillante infirmière. Les sages-femmes vont alors se doter d'une fédération nationale comprenant des organisations professionnelles pour un second mouvement au printemps 1989. Le 21 mars 1989 a ainsi lieu une journée de grève très suivie par les sages-femmes parisiennes⁵. Le législateur travaillait alors sur une modification des

⁵ https://www.lemonde.fr/archives/article/1989/03/23/medecine-les-greves-dans-les-hopitaux-infirmiers-et-aides-soignants-emboitent-le-pas-aux-sages-femmes_4111437_1819218.html. Même si la fédération a une envergure nationale, l'ensemble de cette première séquence (1988/1989) est essentiellement parisien. De notre point de vue, il faut y voir une survivance du décalage entre les deux

statuts de la profession sans ses représentant.es et ne mentionne pas le caractère médical de la profession. La fédération nationale va se battre avec pour principale revendication la reconnaissance du statut médical à l'hôpital avec l'obtention de la catégorie A au sein du fonctionnariat et la création d'une filière d'encadrement propre aux sages-femmes. Les séances de travail et les négociations de cette première fédération avec le ministère, sans les syndicats représentatifs, seront un succès⁶.

De cette étape inaugurale, nous retenons que les sages-femmes ont fait l'expérience des limites de leurs syndicats représentatifs. Leur colère perdure sous deux formes : l'entre-soi féminin de la salle d'accouchement et l'embryon d'une argumentation en faveur de l'autonomie professionnelle. L'enjeu de l'autonomie n'est ni élaboré ni porté par les syndicats comme revendication. La question du statut médical à l'hôpital reste donc entière. En effet, les sages-femmes restent la seule profession médicale à assumer des responsabilités médicales sans le bénéfice du statut de praticien hospitalier comme les médecins et les chirurgiens-dentistes. Les sages-femmes obtiennent une revalorisation de leur place à l'hôpital en regard du contexte de valorisation réglementaire de leur profession mais restent sous la dépendance des médecins.

1.2 2001 : la clarté de l'expression différentialiste et les prémisses d'un cadre de revendications en faveur de l'autonomie professionnelle

2001, une colère et une organisation différentialiste face à l'échec des syndicats

Les années 1999 et 2000 marquent pour les sages-femmes la faillite des syndicats professionnels et des syndicats représentatifs comme nous allons l'illustrer à partir de l'exemple de la création d'une coordination nationale de sages-femmes et de l'échec des négociations des trente-cinq heures à l'hôpital.

classes de diplômes parisiens et de province. Le diplôme de sage-femme ne sera unifié qu'avec la loi du 5 août 1916.

⁶ Le décret du 26 octobre 1990 classe toutes les sages-femmes en catégorie A. Le décret du 1^{er} août 1992 crée le statut de sage-femme surveillante-chef.

En effet, d'une part, le malaise ressenti par les sages-femmes aboutit à la réorganisation du mouvement en coordination nationale face au manque d'investissement des syndicats professionnels. Un an après la parution des décrets de 1998 qui réorganisent l'activité périnatale et pour lesquels la profession de sage-femme ne fut que peu concertée, René Frydman⁷ prépare, au sein du cabinet du Ministre Kouchner, un projet d'arrêté limitant le nombre de séances de préparation à la naissance et à la parentalité de huit à cinq. Il s'agissait à l'époque de la principale source de revenus des sages-femmes libérales. Françoise Bicheron, alors présidente de l'Ordre des sages-femmes apprend ce projet et va soutenir l'initiative de sa collègue Hélène de Gunzbourg concernant la création d'une coordination nationale pour défendre les sages-femmes libérales. Il semblerait qu'à ce moment, les deux syndicats professionnels, l'historique Union Nationale des Syndicats de Sages-Femmes (UNSSF) et le syndicat fondé en 1953 à partir de la scission du premier, l'Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes (ONSSF), n'aient pas saisi l'opportunité de la défense des sages-femmes libérales. Les sages-femmes de la toute nouvelle coordination nationale sont peu nombreuses devant le ministère de la Santé en juin 1999 mais obtiennent gain de cause et le projet d'arrêté est retiré.

D'autre part, la dégradation des conditions de travail dans les maternités, sur fond d'augmentation de la natalité, révèle la faillite des syndicats représentatifs à faire face dans le cadre des négociations sur les trente-cinq heures à l'hiver 2000/2001. Le contexte national dans les maternités en l'an 2000 est difficile : les conditions de travail se détériorent fortement sous l'effet d'une forte augmentation de la natalité et les syndicats doivent négocier avec l'État la mise en œuvre du protocole d'application des trente-cinq heures. Dans les maternités, l'année 2000 consacre une forte hausse de l'activité et le début d'un nouveau baby-boom⁸ à effectif constant de sages-femmes. C'est également une période de poursuite des fermetures de maternités qui passent de 1 747 établissements pour 911 161 naissances en 1972 à 700 établissements pour 807 405⁹ en 2000. La productivité des sages-femmes double ainsi en moyenne de 521 naissances par établissement en 1972 à 1 153 naissances par

⁷ R. Frydman, gynécologue obstétricien, Professeur d'Université-Praticien Hospitalier (PU-PH), chef de service à la maternité Antoine Béclère à Clamart.

⁸ 774 782 naissances vivantes en France métropolitaine en 2000. Source : INSEE.

⁹ Source : DRESS.

établissement en l'an 2000. Sylvie Laberibe qui a été une des dirigeantes de la grève de 2001, observe que « *c'est l'époque des restructurations hospitalières. On est en train de vivre à ce moment-là une mutation de l'activité vers une détérioration, avec des femmes qu'on accouche sur des brancards, moins de lits, moins de sages-femmes, moins de tout* » (Sylvie Laberibe, 2021). Cette sage-femme souligne la dégradation des conditions de travail et notamment le peu de temps réservé à l'accompagnement des femmes : « *Avant ça, on était mal payé mais on avait le temps pour faire les choses et être dans la relation avec les gens. Mes collègues acceptaient le sacrifice salarial parce qu'elles avaient une satisfaction dans leur travail* » (Sylvie Laberibe, 2021). Les syndicats représentatifs de la fonction publique hospitalière négocient des protocoles d'augmentation de points d'indice. Les négociations, qui durent tout l'hiver 2000/2001, ne portent que sur les salaires et l'application de la loi cadre de la ministre Martine Aubry. Les syndicats qui représentaient l'ensemble des fonctionnaires ont très peu négocié le traitement des sages-femmes dans le protocole du 14 mars 2001. La profession obtenait cinquante francs par sage-femme, soit un peu moins que les catégories C. Comme en 1988, les syndicats représentatifs négocient les salaires de manière catégorielle. À aucun moment, il n'est question dans les négociations du statut des sages-femmes. L'insatisfaction perdure.

Par ailleurs, nous estimons que la colère diffuse de 1988 laisse la place à une argumentation plus clairement différentialiste. Ainsi, quand Hélène de Gunzbourg et Françoise Bicheron obtiennent le retrait du projet d'arrêté, on peut lire sur les tracts : « *Messieurs les Ministres et Hauts-Fonctionnaires de la santé, vous êtes des misogynes... Nous lutterons pour défendre nos compétences et notre liberté, car elles sont garantes du pouvoir des femmes dans la procréation* ».

L'émergence de nouveaux cadres organisationnels

Ainsi, à la suite du malaise chez les sages-femmes libérales et de l'absence de prise en compte des revendications par les syndicats, un nouveau cadre organisationnel émerge qui s'appuie sur des sages-femmes hospitalières et sur la coordination nationale. À ce propos, Laure Bereni et Anne Revillard observent que les mouvements sociaux féminins « *interroge[nt] trois frontières souvent excessivement rigidifiées par la sociologie des mobilisations collectives et du*

militantisme : entre privé et public, entre militantisme et non-militantisme, et entre mouvements et institutions » (Bereni, Revillard, 2012).

En mars 2001, sous l'impulsion de la coordination nationale des sages-femmes, Sylvie Laberibe et ses collègues se mobilisent en dehors des cadres institutionnels existants. En effet, les sages-femmes, à l'appel des syndicats représentatifs, se regroupent dans les amphithéâtres universitaires, en particulier à Port Royal où se trouve Sylvie Laberibe. La représentante de la Confédération Générale du Travail (CGT) observe qu'elle n'arrive pas à mobiliser sur la question salariale, elle ne veut donc pas lancer les sages-femmes dans une grève. Les syndicats représentatifs refusent de porter la responsabilité de l'échec d'une manifestation. Face au refus d'engagement des syndicats, la coordination nationale des sages-femmes va prendre la responsabilité d'une grande mobilisation à Paris qui sera un succès. Le soutien logistique de Sylvie Laberibe aura été déterminant. Son conjoint met son entreprise à disposition pour l'envoi par fax d'informations sur la manifestation dans toutes les maternités. Ainsi, les sages-femmes de toute la France se sont mobilisées, en débordant la représentation syndicale, autour d'un discours public de nature différentialiste :

« J'ai demandé qui prenait la responsabilité de la manifestation et la fille de la CGT qui avait mis cinquante sages-femmes au ministère a dit qu'elle n'y allait pas. "Nous on y va !". Ça s'est fait en trois semaines, j'ai faxé dans toute la France. C'est l'entreprise de mon mari qu'il m'a mis à disposition ! Pas internet, pas de mail, tout en fax ! Donc il a mis ses employés à faxer dans toutes les maternités de France. On était trois mille sages-femmes le 20 mars (blanc-émue) et la CGT nous a combattues sans relâche après. En fait, Hélène de Gunzbourg et Françoise Bicheron avait monté une asso, la coordination des sages-femmes, c'était une association de libéraux. Elles avaient fait ça parce que l'ONSSF et l'UNSSF ne mouillaient pas la chemise ! La manifestation est partie sous les couleurs de la coordination nationale des sages-femmes. Les syndicats nous ont combattues et ils nous en ont beaucoup voulu » (Sylvie Laberibe, 2021).

À la différence du mouvement de 1988 – 1989 essentiellement parisien, le mouvement lancé par la coordination est national. Toutes les maternités hospitalières sont en grève, une grève dure avec des réquisitions au domicile. L'aspect national du

mouvement s'observe également dans la tenue des assemblées générales comme le note le sociologue Stéphane Sirot :

« Les porte-parole cherchent donc à assurer la contribution la plus ample aux débats. Témoignage récent, lors de l'assemblée générale des sages-femmes en grève tenue à l'hôpital parisien de la Pitié-Salpêtrière en avril 2001, la technique est mise au service d'une discussion élargie : "La province a eu maintes fois l'occasion de s'exprimer. De Toulouse, Montpellier, Strasbourg, Lyon, Lorient, Tours, Bordeaux, Grenoble, dans la salle ou par téléphone"¹⁰. La réunion, par la parole qu'elle provoque et réclame, prend donc bien l'allure d'un Parlement de la grève. Elle l'est aussi dans les formes de son déroulement, dont les grands traits perdurent sur la longue durée » (Sirot, 2002).

Figure 10. Les médecins soutiennent les sages-femmes en 2001.

L'unité entre sages-femmes et médecins illustrée par cette photo prise dans une maternité bretonne.



Source : *Le Télégramme*, 30/03/2001.

De plus, Sylvie Laberibe œuvre pour obtenir le soutien des autres professions hospitalières, notamment celui des médecins, qui vont soutenir le mouvement. Ainsi, le collège des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF) publie un communiqué : *« Le mouvement de grève des sages-femmes, entrepris le 20 mars dernier, s'est construit autour de revendications professionnelles légitimes et entièrement soutenues par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens*

¹⁰ *Le Monde*, 11 avril 2001, cité par S. Sirot.

Français » (CNGOF, 26 mars 2001). On peut voir dans la presse locale les médecins chefs soutenant les équipes de sages-femmes.

Ainsi, la coordination nationale des sages-femmes crée un nouveau cadre de mobilisation qui porte l'expression publique différentialiste des sages-femmes en marginalisant les syndicats et en ayant le soutien de la profession médicale. C'est dans ce nouveau cadre que va émerger une revendication d'autonomie professionnelle : « *l'université et le statut médical* » (Sylvie Laberibe, 2021).

L'émergence de revendications d'autonomie sur fond d'expression publique différentialiste

Ces nouveaux cadres ouvrent la voie à l'élaboration de nouvelles revendications comme le souligne Sylvie Laberibe dans son récit de l'organisation du mouvement de 2001 :

« Il faut comprendre qu'il y a eu deux mouvements successifs. Le premier qui est celui de la revendication salariale va avorter et celui que j'ai porté avec mes amies qui prend la suite, qui s'élargit et s'amplifie. Les sages-femmes de la première partie du mouvement vont en plus lutter contre nous. Le premier mouvement, il est pour les salaires et nous on arrive là-dessus et on dit ça suffit, on lance deux revendications : l'université et le statut » (Sylvie Laberibe, 2021).

Cette élaboration avait été anticipée par les étudiant.es. En décembre 2000, près de deux mille étudiant.es sages-femmes sur deux mille cinq cents en formation manifestent pour la reconnaissance de leurs quatre années d'études obtenues en 1985. Ils demandent l'intégration à la PCEM1 (la première année de médecine de l'époque) pour tous les étudiant.es à l'image de l'expérimentation qui a eu lieu dès 1992 à Grenoble. Les étudiant.es portent ainsi une voix différente de celle de leurs aîné.es en revendiquant l'égalité professionnelle entre les filières médicales.

Encadré 10. Une sage-femme pionnière d'une analyse matérialiste de l'accouchement.

Biographie de Sylvie Laberibe.

Au moment de la grève, Sylvie Laberibe a une trentaine d'années, elle travaille à la maternité de Louis Mourier (AP-HP), elle est sage-femme depuis dix ans. Militante politique au Parti socialiste pendant les années 1990, elle sera la figure de proue du mouvement de grève des sages-femmes entre mars et mai 2001 au sein de la coordination nationale des sages-femmes. C'est également une militante féministe universaliste comme elle le montre dans l'extrait suivant :

« Je suis pas du tout dans les affaires de féminin sacré, je ne sais pas quoi faire de ça. Par contre, ce que je disais à l'époque et que je pense toujours, on est une profession de femmes au service des femmes donc il y a quelque chose sur la place des femmes dans la société qui se joue. Et les femmes, nous sommes dominées. Pour moi, notre mouvement de 2001, il vient après " un enfant si je veux, quand je veux ". Ce que j'ai défendu c'est " un enfant comme je veux ", tu vois ? Le problème pour moi, c'est que pour les féministes des années 1970, la femme qui accouche c'est Mme couches et casseroles, la vraie femme, c'est celle qui va bosser. Elles ont participé à occulter ce moment de l'accouchement en disant en gros que c'était avilissant. Le fait de l'occulter, ça explique pourquoi les femmes sont maltraitées parce que quand même, tout le monde accouche, y compris la femme chef d'entreprise ou la féministe ! » (Sylvie Laberibe, 2021).

Sylvie Laberibe est une pionnière dans le sens où elle va réussir à formaliser les revendications qui correspondent au choix de l'autonomie professionnelle. Le journal *Libération* fait un article trois jours après la grande manifestations parisienne sur une visite du ministre de la Santé Bernard Kouchner dans un hôpital parisien. L'échange avec les sages-femmes qui a été repris par le journaliste montre la transformation du discours public vers une reconnaissance du statut médical de la profession. Si le point de vue Sylvie Laberibe n'est pas majoritaire, elle n'est pas seule pour autant :

« Kouchner acquiesce : "Ce sera difficile. Quant à votre salaire, tout est lié. Regardez les infirmières anesthésistes, elles font trois ans d'études, plus deux ans de spécialité. Et vous, quatre." Une sage-femme : "Il ne s'agit pas de nous comparer. On veut être reconnu." Kouchner : "D'accord, mais il faut prendre en compte les études". Une autre : "Nous, on s'occupe de la patiente, du début jusqu'à la fin, on est responsable

du traitement comme du diagnostic. On a une responsabilité médico-légale, c'est ça les faits, peu importe les années d'études" » (Libération, 23/03/2001).

C'est dans ce contexte que Pierre Bourdieu interviendra dans les amphithéâtres parisiens en exhortant les sages-femmes à revendiquer l'autonomie universitaire, clé de l'autonomie professionnelle.

Ainsi, la mobilisation de 2001 représente les premiers pas dans l'élaboration de revendications d'autonomie professionnelle de la profession de sage-femme. Deux points centraux vont être négociés au ministère de la Santé : la question universitaire avec le passage à une formation de cinq ans et l'intégration de la première année commune aux médecins et aux chirurgiens-dentistes ; le remplacement progressif des gynécologues de ville compte tenu de la démographie médicale. Sylvie Laberibe analyse ainsi ce processus :

« La question salariale elle dépend du statut et le statut il dépend de l'intégration universitaire. De fait, la formation ne sera pas la même et tout découle de ça après. L'enseignement, la recherche et la question salariale mais pour moi elle n'est pas centrale la question salariale. Je ne demande pas un statut de Praticien Hospitalier (PH) pour avoir deux mille balles de plus à la fin de l'année. Je ne dis pas que je n'en veux pas mais ce n'est pas maintenant la revendication de ce statut. Après je me suis fait vilipender parce que j'avais mis la question salariale en dernier. La vraie question, à l'époque, c'était le passage par la première année de médecine, c'était la question incontournable parce que si un jour on veut rentrer dans le statut de praticien hospitalier, il nous faut la première année commune avec les médecins. Je me suis fait insulter pendant des années. 80% de la profession était contre. Tout ce qu'est la profession aujourd'hui découle de ça. Il y a deux facteurs : la première année de médecine et la démographie des gynécos » (Sylvie Laberibe, 2021).

Néanmoins, ces revendications heurtent frontalement la pyramide hiérarchique de l'hôpital. Les prémisses de la question statutaire à l'hôpital sont débattues durant les négociations mais les médecins mettent leur veto : *« À cette époque, on est passé à deux doigts du statut de praticien hospitalier. Kouchner était pour mais il s'est fait défoncer par les médecins. Il a fait volte-face... » (Sylvie Laberibe, 2021).*

Pour autant, cette première mobilisation nationale est un large succès. Les sages-femmes obtiennent le passage par la première année de médecine comme année commune de santé en 2003¹¹ et la reconnaissance de la formation au grade de master en 2013¹². En matière de pratique professionnelle, des cotations pour l'exercice libéral sont créées en 2001, notamment celles qui permettent le suivi du post-partum à domicile. Les sages-femmes obtiennent le droit de réaliser des consultations gynécologiques de prévention à partir de 2009¹³. En matière salariale, le comité de suivi du protocole du 14 mars 2001 a reconnu la nécessité d'une reconnaissance salariale substantielle, notamment en début de carrière¹⁴ de presque 10%.

Le mouvement de 2001 marque ainsi une étape fondamentale. Ce sont cette colère et cette argumentation différentialiste qui ont mis en mouvement les sages-femmes de toute la France. Pour autant, cette période est aussi celle de l'émergence d'une posture citoyenne dont Sylvie Laberibe est une figure emblématique. Elle fut, en effet, une pionnière dans l'élaboration de revendications en faveur de l'autonomie professionnelle qui étaient tout à fait minoritaires à cette époque.

1.3 2013 – 2014 : les prémisses d'une jonction entre clarté différentialiste et revendication d'autonomie

Le mouvement de 2013/2014 ne sera pas un succès pour la politique professionnelle. Néanmoins, il constitue un tournant et une phase de maturation essentielle dans la compréhension par la profession de l'imbrication entre le combat contre la hiérarchie sexuée portée par les revendications différentialistes et celui pour l'autonomie professionnelle de nature citoyenne porté par les héritières du mouvement de 2001.

¹¹ Décret n°2003-422 du 7 mai 2003 modifiant le décret n°85-1046 du 27 septembre 1985 relatif à l'organisation des études de sage-femme et à l'agrément et au fonctionnement des écoles de sages-femmes.

¹² Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme.

¹³ La Loi Bachelot du 21 juillet 2009 dite HPST, loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, plus connue sous l'expression « Hôpital, patients, santé et territoire ».

¹⁴ https://www.lemonde.fr/archives/article/2001/04/29/apres-leur-entrevue-avec-bernard-kouchner-les-sages-femmes-interrompent-la-greve_4170328_1819218.html.

L'élaboration d'une plateforme majoritaire pour l'autonomie professionnelle

L'exercice professionnel est de plus en plus difficile. Les sages-femmes se mobilisent nationalement dans un environnement hospitalier toujours plus complexe avec la poursuite de l'augmentation de la productivité au travail. Ainsi, entre 2001 et 2012, 155 maternités ont été fermées¹⁵. Le nombre de naissances s'élève à 821 047 naissances, soit plus de 1 500 naissances en moyenne par maternité. La productivité a donc triplé en quarante ans et s'est accentuée fortement depuis 2001. Les médecins avaient présenté l'augmentation de la productivité comme gage de sécurité des soins périnataux, ce n'est pas le cas en 2014 comme le note David Belliard :

« Alors qu'il existait plus de 800 établissements en France au milieu des années 1990, ce chiffre est tombé à 550 en 2009, tandis que le nombre d'établissements pratiquant plus de 1 500 accouchements annuels a triplé en quinze ans. Ces regroupements n'ont pas permis cependant pour l'instant d'afficher de meilleurs indicateurs sanitaires que d'autres pays de l'OCDE » (Belliard, 2014).

Dans ce contexte, on observe une maturation de la profession et la mobilisation qui commence en octobre 2013 illustre un tournant en faveur de l'indépendance professionnelle des sages-femmes. C'est le résultat de la stratégie de la pionnière Sylvie Laberibe mais également de la combinaison de trois facteurs présentés ci-dessous : une nette augmentation de l'activité libérale, le développement des compétences techniques des sages-femmes et le changement des modalités de recrutement en formation initiale.

Les sages-femmes sont en effet nombreuses à s'installer en cabinet libéral et à réaliser des consultations de gynécologie en plus de leurs activités habituelles en obstétrique¹⁶. La profession affirme son statut de profession consultante en ville au-delà de l'entre soi féminin de la salle d'accouchement. Les nouvelles sages-femmes diplômées à partir de 2006 ont passé une année commune avec les futurs médecins et chirurgiens-dentistes. Ce nouveau recrutement transforme la sociologie du groupe

¹⁵ https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/02/01/deux-tiers-des-maternites-ont-ferme-en-france-en-quarante-ans_5250322_4355770.html. Source DRESS.

¹⁶ Entre 2010 et 2016, le nombre d'installation progresse de 9% par an (ONDPS, 2016). D'après la DREES, 20% de l'effectif des sages-femmes en 2012 était libéral contre 34% en 2021. À l'horizon 2050, on constaterait une augmentation de 70% de l'effectif libéral (DREES, 2021).

professionnel et accentue le malaise de la profession comme le note Philippe Charrier :

« Dans un avenir proche, la profession devra sans doute résoudre un paradoxe qui tend à devenir de plus en plus visible. Les sages-femmes se recrutent à des niveaux socio-économiques de plus en plus élevés. Ce qui donne à se voir et à s'entendre comme une recherche de reconnaissance sociale, et la frustration qui en découle parfois chez certaines sages-femmes, s'explique sans doute par cet écart que les plus jeunes sages-femmes perçoivent entre leurs aspirations professionnelles, modelées par leurs origines sociales et la réalité en termes de reconnaissance sociale et professionnelle de la sage-femme » (Charrier, 2011, p.46).

Tout comme les orthophonistes¹⁷, la revendication d'autonomie professionnelle va se construire à partir de la demande de reconnaissance des compétences techniques biomédicales comme la pratique de l'échographie. En effet, les sages-femmes ont le droit depuis le début de la décennie 2010 de s'inscrire au même diplôme inter-universitaire d'échographie que les médecins¹⁸. Si en 2001, le discours public central portait sur la qualité de la relation entre la femme qui accouche et sa sage-femme, un des mots d'ordre dans les manifestations de 2013 sera « *À compétences égales, rémunérations égales* ». La revendication de l'égalité est devenue centrale dans le récit public.

Ainsi, le développement de l'activité libérale, la demande de reconnaissance des compétences techniques et le changement des modalités de recrutement en formation initiale ont permis à la stratégie d'indépendance de la profession portée par Sylvie Laberibe de devenir désormais majoritaire. Les sages-femmes se sont appuyées sur une position hybride intégrant la colère différentialiste et les arguments citoyens pour parvenir à une posture en faveur de l'autonomie professionnelle.

La création d'une plate-forme majoritaire dans la profession en 2013 va de pair avec l'élargissement du cadre organisationnel créé en 2001 constitué d'un syndicat professionnel, l'ONSSF, d'un syndicat représentatif, la Confédération Française des Travailleurs Chrétiens (CFTC), de l'ensemble des associations professionnelles de

¹⁷ Cf. chapitre 7, § 2.3. p.281.

¹⁸ Les sages-femmes avaient uniquement accès à certificat pour la pratique de l'échographie obstétricale et non le Diplôme Inter-Universitaire (DIU) d'échographie gynécologique et obstétricale.

sages-femmes (cadres hospitaliers, étudiants, enseignants, collège scientifique) et du soutien du conseil de l'ordre. Les autres organisations syndicales représentatives de la fonction publique ne sont pas associées.

Caroline Raquin est présidente de l'ONSSF et a fait partie de l'équipe de direction du mouvement. La préparation de la future loi de santé qui sera publiée en 2016 est l'occasion pour les sages-femmes de rappeler ses engagements en matière de santé des femmes au gouvernement socialiste de l'époque. Compte tenu des acquis issus du mouvement de 2001, la revendication principale du statut de praticien hospitalier semble une évidence pour le collectif professionnel dans la mesure où il permettrait aux sages-femmes d'être reconnues à l'hôpital comme une profession médicale comme les médecins et les chirurgiens-dentistes.

Encadré 11. L'héritage difficile du mouvement de 2001.

Biographie de Caroline Raquin.

Caroline Raquin est sage-femme depuis une vingtaine d'année à l'hôpital Louis Mourier de l'AP-HP comme Sylvie Laberibe. Caroline est tout juste présidente de l'organisation professionnelle ONSSF quand la grève débute. Sans expérience politique et avec un bagage syndical faible, le mouvement tourne au fiasco. Il se joue également une revanche entre la coordination nationale et l'ONSSF qui n'avait pas vraiment participé à 2001.

Sous le verrou biomédical, le verrou patriarcal

La mobilisation des sages-femmes en octobre 2013 va se heurter frontalement au pouvoir médical car la question du statut de praticien hospitalier est emblématique de la reconnaissance médicale de la profession à l'hôpital comme le précise Nour Richard-Guerroudj :

« Les pouvoirs publics n'ont donc pas favorisé un changement de philosophie de la naissance. En dix ans, les sages-femmes ont en revanche connu une extension de leur droit de prescription, l'augmentation de leur numerus clausus, l'élargissement de leurs compétences au suivi contraceptif et gynécologique de prévention et le renforcement de leur intervention en post-partum à domicile. On pourrait émettre l'hypothèse que ces mesures ont été distillées au fil des ans, en une politique de "petits pas" afin de ne

pas heurter trop frontalement la profession dominante des gynécologues obstétriciens » (Richard-Guerroudj, 2014).

Du fait des nouvelles compétences en gynécologie données aux sages-femmes, les tensions de territoires professionnels entre sages-femmes et médecins sont explosives à l'image de la tribune de la gynécologue médicale Odile Buisson dans le journal *Le Monde* de mars 2012. L'argumentation patriarcale de cette femme médecin se situe dans l'héritage de la tradition médicale qui fut employée contre les sages-femmes des XVII^e et XVIII^e siècles. Les sages-femmes sont des femmes, par nature incompetentes et naïves, et l'État compterait en tirer un bénéfice politique au détriment des usagères :

« C'est dans ce contexte de raréfaction médicale que les revendications de l'Ordre des sages-femmes s'avancent sur un terrain qu'il n'aurait jamais envisagé dix ans plus tôt : faire le travail du médecin ou du gynécologue, sans avoir de compétence équivalente mais à un coût moindre selon la conception managériale du soin actuellement en vogue. À cet égard, l'arrivée en masse de sages-femmes libérales arrive à point nommé pour venir combler le déficit de médecins et le trou creusé par les dépenses de santé. C'est ainsi que les sages-femmes sont promues gynécologues sans autre légitimité que celle des circonstances économiques » (Le Monde, 29/03/2022).

De nombreuses sages-femmes ont découvert l'hostilité ouverte de collègues hommes médecins dont elles pensaient avoir le soutien. En pleine grève, la Fédération des Gynécologues Médicaux publie un communiqué humiliant sur les compétences professionnelles des sages-femmes qui reprend l'argument cité plus haut :

« La Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale s'inquiète de la dégradation attendue de la qualité des soins en raison du remplacement progressif des médecins spécialistes par des sages-femmes »¹⁹.

Un mois plus tard, le SYNGOF, principal syndicat des gynécologues obstétriciens, publie un communiqué plus virulent et cible cette fois clairement la revendication d'autonomie portée par les sages-femmes. Le pouvoir médical

¹⁹ Communiqué de presse du Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale, 19/12/2013, « Céder aux sages-femmes sur le "premier recours", c'est brader la santé des femmes et revenir loin en arrière ».

considère que mettre fin à son hégémonie en donnant l'autonomie aux sages-femmes est dangereux pour la santé des femmes :

« [le SYNGOF] alerte les pouvoirs publics sur les conséquences des dérapages dans la pratique de certaines sages-femmes. L'autonomisation des sages-femmes, portée par le climat d'effervescence actuel, ne peut se faire qu'au péril des patientes »²⁰.

Une stratégie naïve

Le collectif qui a dirigé la grève de 2013 n'avait pas anticipé la violence de la réaction des médecins au début de la mobilisation. L'affirmation de l'enjeu statutaire à l'hôpital fut une erreur tactique pour les sages-femmes. En effet, elles se sont heurtées à une alliance de fait entre le ministère, les syndicats représentatifs de la fonction publique et les gynécologues-obstétriciens. L'État n'est pas en mesure de financer le changement de statut, les syndicats représentatifs ne veulent pas de l'autonomie professionnelle pour les sages-femmes hors de la fonction publique hospitalière²¹ et les médecins sont opposés à l'indépendance de celles qu'ils voient comme des concurrentes sur le marché fermé de la périnatalité.

Ainsi, Marisol Touraine, alors ministre de la Santé, fait le constat de l'impasse des discussions sur le statut de praticien hospitalier car il ne fait pas consensus chez les médecins. La Ministre missionne Édouard Couty pour mettre les différents acteurs autour de la table afin de mener une négociation. Les médecins ont la garantie que les sages-femmes n'accéderont pas au statut médical à l'hôpital, les syndicats représentatifs de la fonction publique obtiennent un changement de grille indiciaire et une augmentation du traitement, les sages-femmes sont défaites. Leur statut hospitalier reste quasiment identique, une circulaire sans valeur réglementaire pour les directions d'hôpitaux rappelle le caractère médical de la profession. Édouard Couty fait l'analyse d'une négociation bien menée :

« Le débat s'est alors déroulé entre trois acteurs, les organisations syndicales de la fonction publique, les associations professionnelles avec l'Ordre des sages-femmes et les praticiens hospitaliers de la spécialité. Cela a permis au médiateur de faire des

²⁰ Communiqué de presse du SYGOF du 21/01/2014.

²¹ Le chapitre d'ouvrage écrit Jacqueline Heinen sur le syndicalisme italien précise que le mouvement syndical n'a pas été un soutien des mouvements de femmes, un responsable syndical expliquant ainsi que « l'égalité transformerait les privilèges masculins en privilèges féminins [...] alors que la vie de l'homme est beaucoup plus difficile que celle de la femme » (Mahaim, Holt, Heinen, 1979, p.126).

propositions favorables à une meilleure reconnaissance des compétences et du positionnement des sages-femmes notamment en matière de responsabilité d'unités fonctionnelles dites physiologiques au sein des services face aux praticiens de la spécialité et des propositions d'évolution statutaires et salariales face aux organisations syndicales ainsi que des propositions annexes sur différents sujets » (Couty, 2021).

De l'avis de tous les observateurs, cette longue grève nationale est un échec qui aurait montré « *l'invisibilité professionnelle* » (Naiditch, 2014) des sages-femmes. Pour Michel Naiditch, la grève n'a pas été stratégiquement préparée, il a manqué également des alliances avec d'autres acteurs comme les usagères. Sylvie Laberibe fait le même constat :

« 2013 – 2014, c'était un fiasco dès le départ. L'ONSSF ne comprend pas le lien entre statut et intégration universitaire. Si tu ne fais pas le lien entre les mouvements de grève, ça tourne au fiasco et c'est ce qui s'est passé. Ils se prennent une claque. Tu ne débarque pas en disant que tu veux le statut de PH. Pour tous ceux qui connaissait le dossier c'était évident. 2014 c'est un échec et ça fait même reculer le dossier et la question du statut. Fallait être plus subtil mais les gens qui ont joué à ça n'ont pas l'envergure de porter des dossiers pareils. Les questions universitaire et statutaire sont centrales. Tant que la profession n'intègre pas ça, tant qu'elle n'en fait pas un fil rouge viscéral, rien d'autres n'avancera » (Sylvie Laberibe, 2021).

Deux textes vont inscrire la volonté de la Ministre : la circulaire d'avril 2014²² sur la « *nouvelle place* » des sages-femmes à l'hôpital et le décret du 23 décembre 2014 sur le statut hospitalier²³ qui continue d'inscrire les sages-femmes dans la fonction publique hospitalière et sous la dépendance des médecins. La circulaire n'a pas de portée juridique et le décret entérine de nouveaux grades, échelons, primes et traitement des sages-femmes des hôpitaux. En mai 2014, France Info titre : « *Sept*

²² Circulaire n°DGOS/RH4/2014/92 du 10 avril 2014 relative à la mise en œuvre des mesures prises en faveur de la reconnaissance des sages-femmes hospitalières et à l'application de certaines dispositions du décret n°2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé.

²³ Décret n°2014-1585 du 23 décembre 2014 portant statut particulier des sages-femmes des hôpitaux de la fonction publique hospitalière.

mois de grève : le baby-blues des sages-femmes », le journal *La Croix* du 21 octobre 2014 « *Après un an de grève, les sages-femmes fatiguées et écœurées* ».

Les sages-femmes, soutenues par les usagères, font l'analyse de l'imbrication entre l'inégalité femme/homme et le pouvoir médical

Le contexte de la grève révèle ainsi aux sages-femmes les soubassements sociaux qui entravent leur émancipation professionnelle. Caroline Raquin fait le constat amer que les médecins ont été les principaux opposants au mouvement et qu'ils ont développé des arguments qui visent à entraver l'émancipation des sages-femmes :

« En tant que femmes, nous ne sommes pas sorties du carcan dans lequel on a grandi. Le patriarcat, on n'est pas prêt d'en sortir... Tu vois pendant la grève, l'opposition la plus forte a été celle des médecins. Il suffit de voir leurs réactions odieuses. Ils ne veulent pas que la profession accède à un vrai statut médical, on est quasiment que des femmes, c'est insupportable pour eux. Ils ne savaient même pas que les dentistes et les pharmaciens étaient dans les mêmes grilles qu'eux. Je crois que ce qui était inadmissible pour eux c'est qu'ils ont découvert que ce statut, pour nous sages-femmes, en tant que femmes, ça nous rendait visible auprès du public » (Caroline Raquin).

Pour Juliette, sage-femme à la maternité *Femme Heureuse*, c'est la fin des illusions sur le caractère uniquement professionnel du couple médecins/sages-femmes. Les sages-femmes sont une profession féminine à 97%. Ces professionnelles réalisent en 2013 que c'est en partie la raison de la non reconnaissance de leur statut médical, ce qu'elles vivent comme une injustice. Il est désormais très clair pour une majorité de sages-femmes que sous le verrou biomédical se situe le verrou patriarcal :

« La grève de 2013, ça a été l'horreur ! (rires) Les médecins se sont mis à nous insulter, je ne te raconte pas les injures sexistes... Ils ne sont pas gênés, j'ai gardé des échanges de mails avec mon chef de service. Je n'aurais jamais cru que c'était possible et je n'étais pas la seule. Certaines collègues croyaient travailler avec des hommes qui respectaient leur travail de sage-femme, en réalité pas du tout ! Ils considèrent qu'on est là pour faire le ménage comme bobonne à la maison ! Si la profession en est là, c'est parce qu'on est des femmes et les médecins nous l'ont bien rappelé. 2013, c'est

le divorce sans consentement et ils vont nous le faire payer longtemps » (Juliette, sage-femme, Femme Heureuse).

D'une autre façon, Caroline Raquin explique dans les colonnes de l'*Obs* en février 2014 que les sages-femmes ne sont pas dupes des comportements des médecins qu'elles estiment sexistes, et l'affirme ainsi publiquement :

« Le journaliste : Le collectif s'est trouvé ces dernières semaines sous les tirs croisés de l'intersyndicale de la fonction publique et des intersyndicales de praticiens hospitaliers. Ces derniers jugent que l'émancipation des sages-femmes risque de désorganiser les maternités. “ [Les médecins] disent que nous sommes des folles furieuses, que nous ne demandons pas ce que veulent les sages-femmes” » estime Caroline Raquin » (L'Obs, 2014).

Figure 11. Les sages-femmes comprennent l'imbrication entre l'inégalité femme/homme et le pouvoir médical à travers l'évolution des slogans entre octobre 2013 et février 2014.

Les cortèges de sages-femmes durant cette mobilisation.



Source : *L'Express*, 21/10/2013.



Source : *20 Minutes*, 19/02/2014.

Les usagères du CIANE, qui n'ont pas fait partie des discussions, ont soutenu publiquement le mouvement des sages-femmes et dénoncent également les comportements considérés comme sexistes des médecins :

« Cette attitude traduit un mépris manifeste non seulement à l'égard des sages-femmes mais aussi des femmes elles-mêmes. [...] En jetant le discrédit sur les sages-femmes, le SYNGOF et la FNCGM peuvent peut-être inquiéter les femmes les plus vulnérables, les moins informées. Plus profondément, tant par leurs déclarations que par leur comportement, ils minent la confiance du public à l'égard des professions de santé.

C'est non seulement une faute morale mais une erreur stratégique qui pourrait se retourner contre les professionnels dans leur ensemble » (CIANE, 2014)²⁴.

Si elle est un échec, la mobilisation des sages-femmes de 2013/2014 illustre pourtant la jonction entre les arguments différentialistes et les revendications citoyennes. Les sages-femmes revendiquant un exercice professionnel de l'entre-soi féminin et du féminin sacré font prendre conscience aux sages-femmes issues de la posture pionnière de Sylvie Laberibe qu'un des verrous se situe dans l'inégalité entre femmes et hommes. La non-reconnaissance de la profession est le produit de la non reconnaissance par les hommes et le pouvoir médical du travail des femmes pour les femmes. Réciproquement, les sages-femmes citoyennes font comprendre à leurs collègues la nécessité de revendications pour faire reconnaître leurs activités scientifique et médicale notamment en tant que femmes. La mobilisation de 2013/2014 est ainsi révélatrice de l'analyse décisive par la profession de l'imbrication entre les rapports de genre et la biomédicalisation.

1.4 2021, la cohérence du discours public, des revendications et de la stratégie en faveur de l'indépendance professionnelle

Désormais, les sages-femmes ont compris que leur combat pour l'émancipation ne se jouait pas uniquement sur le plan professionnel mais que l'imbrication des rapports sociaux de biomédicalisation et de genre constitue le verrou principal. Le collectif inter-associatif qui a porté les mobilisations de 2013/2014 est également plus solide. Les sages-femmes intègrent cette analyse dans leurs actes en comprenant l'impasse des discussions sur le statut et en mettant en avant la question universitaire qui sera centrale dans cette mobilisation.

La construction d'une stratégie face au double verrou du genre et de la biomédicalisation

La décennie 2020 s'ouvre sur différentes crises dans la périnatalité. La démographie médicale est en forte baisse et les sages-femmes ont de plus en plus

²⁴ Communiqué de presse du CIANE, 30/01/2014, « *Le CIANE dénonce la campagne de dénigrement à l'encontre des sages-femmes* »

tendance à remplacer les gynécologues médicaux en ville pour assurer le suivi gynécologique de prévention. Ainsi, le nombre de sages-femmes libérales a quasiment doublé depuis la grève de 2014 (Anguis *et al*, 2021). On peut faire l'hypothèse que l'échec de la prise en compte des revendications de la grève de 2014 s'est traduit par une fuite des sages-femmes vers l'exercice libéral.

Les conditions de travail au sein des établissements ne cessent de se dégrader du fait de la pénurie de professionnel.les (les gynécologues-obstétriciens comme les sages-femmes). En 2018, au dernier recensement de la DREES, on dénombrait 471 maternités pour 704 430 naissances, soit une moyenne de 1 500 naissances par établissement. La productivité s'est donc stabilisée mais cache une grande diversité entre les établissements et les bassins de recrutement.

Les tensions au sein des hôpitaux liés à la crise de la Covid-19 n'ont pas été dénouées par le *Ségur de la santé* au printemps 2021 malgré la prime de cent quatre-vingt-trois euros nets accordée à l'ensemble des professionnel.les de l'hôpital. C'est d'ailleurs l'issue du *Ségur* qui va mobiliser les sages-femmes pour une nouvelle séquence de grève et de mobilisation nationale. Professionnel.les comme usagères s'accordent à dire qu'il faut revoir les décrets de 1998 qui organisent le fonctionnement des maternités. À l'occasion des auditions dans le cadre du rapport commandé par la secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes en 2017, le CIANE demande une révision des décrets de périnatalité : « *La surcharge d'activité des soignants est un facteur contribuant à la maltraitance envers les patientes* » (CIANE, 2017)²⁵.

À l'université, le décret du 30 octobre 2019 crée la section 90 Maïeutique au sein du Conseil National des Universités²⁶. Le premier poste de professeur des universités est ouvert à l'été 2021²⁷ sans transformation du cadre réglementaire de la formation. Les écoles restent pour le moment des écoles hospitalières.

²⁵ Dossier de presse du CIANE, « *Violences Obstétricales. Comprendre, prévenir, réparer* », octobre 2017.

²⁶ Décret n°2019-1107 du 30 octobre 2019 relatif au Conseil National des Universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques.

²⁷ Il s'agit du Pr. Corinne Dupont, thèse et HDR en épidémiologie.

Encadré 12. Une dirigeante syndicale emblématique ou un collectif ?

Biographie de Camille Dumortier.

Camille Dumortier devient présidente de l'ONSSF en 2017 après être entrée au conseil d'administration en 2015. Elle aborde donc la grève de 2021 avec près de six ans d'expérience syndicale. Elle est sage-femme depuis vingt-deux ans et travaille à la maternité publique de Nancy. Camille représente la prise de conscience féministe du mouvement des sages-femmes à partir de 2013 :

« On est des femmes. Quand on est sage-femme, on est féministe parce qu'on est humaniste. Moi je suis pour l'égalité. Mais force est de constater que ce n'est pas facile d'être une femme aujourd'hui. Ils nous en parlent tant de la place des femmes et on a gagné quoi, rien. Transmission, puissance, amour, c'est ça l'accouchement quand on est une femme » (Camille Dumortier, 2021).

Les différentes modalités stratégiques de la direction du mouvement de 2021 sont des facteurs clés pour la réussite de la profession.

Tout d'abord, la formation à l'université est la revendication principale du mouvement de 2021. La création de la sixième année de formation avec une thèse d'exercice et l'ouverture d'un troisième cycle court à l'image des filières pharmaceutique et odontologique est un enjeu fort de maîtrise de l'ensemble du parcours de formation par les sages-femmes. C'est principalement l'association des étudiant.es qui porte ce dossier.

En matière d'organisation, le collège national des sages-femmes prend l'initiative en 2015 de la création d'une coordination pérenne, le *Collegium*²⁸, qui structure l'ensemble des organisations professionnelles, syndicales et associatives. Lors de la mobilisation de 2021, les différents acteur.trices se connaissent et travaillent ensemble depuis presque six ans. La coordination qui organise le mouvement est donc particulièrement solide et préparée.

Il était nécessaire pour les sages-femmes de ne pas reproduire l'échec de 2014 et empêcher une coalition de fait entre les syndicats représentatifs, les médecins et le

²⁸ <https://www.cnsf.asso.fr/le-csnf/le-collegium/>.

ministère de la Santé. Le *Collegium* des associations de sages-femmes cherche donc des alliés pour dénouer les enjeux propres à la biomédicalisation : avec les représentants syndicaux de la fonction publique, hormis pour la question du statut mais ce point est mis de côté ; avec les obstétriciens et les usagères en mettant en avant les conditions de travail de l'ensemble des professionnel.les de la périnatalité. La normalisation du caractère médical de la profession et son rapprochement avec les praticiens hospitaliers s'illustre par l'adhésion de l'ONSSF à l'inter-syndicat des praticiens hospitaliers (InPH). L'objectif était de neutraliser les potentiels oppositions des médecins. Camille Dumortier, nouvelle présidente de l'ONSSF et l'une des dirigeantes de la mobilisation de 2021, précise : « *On les a convaincus que leur soutien ne leur enlevait rien. Et puis on augmente le nombre de PH potentiel dans leur intersyndicale* » (Camille Dumortier, 2021).

Figure 12. Les sages-femmes dénoncent l'urgence de la situation à l'hôpital et le dégoût de l'ambivalence de leur situation professionnelle.

Un visuel disponible pour les réseaux sociaux



Source : Profession sage-femme, 5 mars 2021.

Enfin, la tactique face au verrou du système de genre va consister à mettre à la tête du collège scientifique des sages-femmes un homme président, Adrien Gantois, comme les orthophonistes qui avaient fait le choix stratégique de placer des hommes majoritairement dans leurs instances syndicales.

Dans ce contexte de mobilisation, Olivier Véran commande un rapport à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) qui sera publié en septembre 2021. Ce rapport²⁹ note la défiance de la profession et les mobilisations à répétition depuis une trentaine d'année : « *Le traitement inabouti de leurs préoccupations, explique, au moins partiellement, la résurgence de leur mobilisation et le malaise profond très clairement exprimé par les sages-femmes rencontrées, particulièrement marqué chez celles exerçant en établissement* » (Piquemal *et al.*, 2021, p.3).

Le Ministre fait le choix de la valorisation universitaire avec la création d'une filière universitaire complète, le troisième cycle et la thèse d'exercice poursuivant le travail de normalisation de l'aspect médical de la profession avec les médecins, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens. La stratégie est payante, les sages-femmes bénéficient désormais d'une autonomie pleine et entière sur leur filière universitaire jusqu'au doctorat. Pour autant, si la question universitaire est tranchée, celle du statut hospitalier reste entière et provoque la déception d'une partie des sages-femmes.

La réussite d'une stratégie issue de l'analyse de l'imbrication entre l'inégalité femmes/hommes et le pouvoir médical.

La mobilisation de 2021 est marquée par l'intrication des points de vue différentialiste et citoyen. L'engagement de la profession dans une stratégie lucide est en marche. Comme les orthophonistes ou les chirurgiens-dentistes, quarante ans après eux³⁰, les sages-femmes utilisent l'université pour consolider le rapport de force avec

²⁹ Le rapport reprend la proposition d'un statut spécifique à la profession hors de la fonction publique hospitalière pour valoriser le statut médical. Les inspecteurs proposent de relever le point d'indice d'un équivalent de cent soixante-dix points. Ils préconisent la mise en place d'une filière universitaire complète avec la sixième année de formation et la thèse d'exercice. Le ministre ne suivra pas cette voie en totalité. Les sages-femmes resteront dans la Fonction Publique Hospitalière avec une majoration de traitement qui correspond en totalité à 500 euros nets par mois *via* une prime médicale. Les sages-femmes obtiennent l'expérimentation pour trois ans de la pratique chirurgicale des interruptions volontaires de grossesse et la création de nouvelles maisons de naissance.

³⁰ En effet, les chirurgiens-dentistes obtiennent un troisième cycle court en odontologie à la fin des années 1960 avec l'intégration des écoles privées de chirurgie dentaire, le statut de praticien hospitalier

la profession médicale. Par ailleurs, les sages-femmes sont lucides sur le verrou constitué par le système de genre et affirment publiquement le caractère patriarcal de la profession médicale. Les sages-femmes sont au cœur du système de genre et de contrôle social des femmes en présidant aux accouchements.

Du point de vue de l'imbrication sociale entre inégalités femmes/hommes et pouvoir médical, les principales organisations professionnelles portent désormais un discours public d'autonomie professionnelle. Ainsi, au dernier trimestre 2021, l'ensemble du conseil national de l'ordre des sages-femmes note dans sa publication trimestrielle que « *depuis des décennies, cette profession essentiellement féminine au service des femmes se sent méconnue, méprisée et négligée. [À propos du rapport IGAS] Les propositions formulées dans ce rapport étaient peu concrètes et la tonalité de celui-ci révélait une perception désuète et paternaliste de la profession* ». Dans une tribune du journal *Le Monde* datée du 2 août 2022, la présidente de l'ordre des sages-femmes Isabelle Derrenderinger répond à l'ancien président du CNGOF Israël Nisand qui souhaite imposer deux ans de pratique à l'hôpital avant l'installation en libéral à l'image des infirmier.ères :

« Dans une récente tribune, le gynécologue Israël Nisand commente l'évolution de l'exercice des sages-femmes et formule des recommandations pour faire face à la crise que traversent les maternités. Son analyse ne repose sur aucun échange préalable avec les représentants de notre profession et révèle en conséquence une méconnaissance profonde des problématiques que traversent les sages-femmes. Il est par ailleurs extrêmement regrettable qu'un membre d'un autre corps professionnel que celui des sages-femmes se permette d'émettre des recommandations les concernant, illustrant une nouvelle fois le paternalisme de notre système de santé, particulièrement prégnant pour la profession de sage-femme » (Derrenderinger, 2022).

Cet extrait est révélateur de l'intégration par l'ensemble de la profession, car porté par la présidente de l'Ordre, du double verrou de genre et biomédical. En effet, dans le même mouvement, Isabelle Derrenderinger fait le lien entre le sentiment hiérarchique des médecins sur les sages-femmes et le système de genre.

leur sera octroyé dans les années 1980. Le rapport de force était alors avec la profession de stomatologue.

Les sages-femmes qui se sont mobilisées pendant le mouvement de 2021 ont intégré la dimension du genre pour élaborer une stratégie d'autonomie professionnelle. Malgré tout, le poids du pouvoir médical est tel qu'après trente ans de combat pour la reconnaissance de leur statut médical, les auteurs du rapport de l'IGAS de 2021 affirment la primauté ontologique du médecin :

« En France, affirmer que les sages-femmes sont les spécialistes de la physiologie se heurte à un partage flou de compétences entre les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes. Il serait bien difficile de définir ce qui distingue le suivi physiologique d'une patiente effectué par un gynécologue obstétricien ou par une sage-femme. Toutefois, les gynécologues représentent l'autorité médicale, intellectuelle et morale, construisent les connaissances sur la grossesse et les accouchements et définissent les principes de fonctionnement dans les maternités » (Piquemal et al., 2021, p.22).

En moins de trente ans, la profession de sage-femme va porter dans l'espace public un discours hybride alliant revendications de l'entre-soi féminin de la salle d'accouchement et demande de reconnaissance de leur statut médical. La jonction réalisée au sein du mouvement entre les tenantes d'une position différentialiste et les héritières de la position citoyenne incarnée par Sylvie Laberibe en 2001 a permis le succès dans les revendications professionnelles d'autonomie. La grève de 2013 aura été un pivot entre ces deux stratégies. Ainsi, les sages-femmes réussissent à rendre visible et à dénouer le double verrou du système de genre et de la biomédicalisation du fait de la jonction des revendications et de l'analyse de l'imbrication de l'inégalité femmes/hommes et du pouvoir médical dans la scène reproductive.

Par ailleurs, à la différence des infirmier.ères ou des orthophonistes, la mobilisation des sages-femmes n'est pas uniquement affaire de corporatisme car la reproduction est une question centrale pour toute la société. Les sages-femmes portent la question de leur statut dans la société comme un élément central d'une politique féministe de la santé. Comme le souligne Sylvie Laberibe, *« le statut, il redonne du pouvoir à la sage-femme, elle reprend le pouvoir en son domaine, elle n'est plus assujettie et de leur statut dépend la prise en charge des femmes, un autre regard sur la naissance, une autre façon de travailler » (Sylvie Laberibe, 2021).*

Tout comme les sages-femmes, les usagères font progressivement la même analyse, ce qui va donner lieu au mouvement de lutte contre les violences obstétricales et gynécologiques.

2 Les violences obstétricales et gynécologiques

La violence des praticien.nes au moment de l'accouchement est historiquement documentée (Lausberg, 2020) et l'expression de violences obstétricales et gynécologiques vient nommer des descriptions déjà anciennes de pratiques médicales jugées non-éthiques. Dans le champ scientifique, de nombreux auteur.es font le constat de l'historicité de ces violences sans que les pouvoirs publics n'engagent de démarches réglementaires comme au Brésil (Diniz *et al.*, 2021), en France (Azcué, Tain, 2021), en Afrique du Sud (Chadwick, 2017) ou encore en Inde (Chattopadhyay *et al.*, 2018). Ces violences sont également au croisement de plusieurs rapports sociaux, le pouvoir médical, le genre mais aussi l'ethnie comme le souligne Priscille Sauvegrain :

« En dépliant le mille-feuille des soins, actes et informations/non-informations habituellement retrouvés pour définir les violences dites "gynécologiques et obstétricales", il est possible d'affirmer que les femmes immigrées de l'Afrique subsaharienne reçoivent des soins obstétricaux de qualité moindre en France » (Sauvegrain, 2021).

Dès les années 1980, des faits de violences étaient documentés en France sans qu'ils ne se diffusent massivement et ne mobilisent les militant.es et élu.es politique. L'expression publique de ces violences, en particulier par des journalistes féministes, est d'abord de nature différentialiste. À la fin des années 2000, au niveau international, différents pays d'Amérique du Sud légifèrent sans que le mouvement social ne s'exporte et n'ait une expression publique en France et plus largement en Europe. La publicisation dans la société française de ces violences débute à partir du #MeToo en octobre 2017. Des militant.es féministes différentialistes et universalistes vont partager leur expérience de la violence. Les pouvoirs publics en France, en Europe et à l'international, intègrent alors de manière hétérogène la question des violences obstétricales et gynécologiques à l'agenda politique en réponse aux démarches

militantes à ces différentes échelles. Les militant.es féministes portent des revendications d'égalité entre femmes et hommes depuis le #MeToo et se confrontent au pouvoir médical qui tente d'invisibiliser ce combat.

2.1 Les effets paradoxaux de la colère différentialiste dans les années 1970 – 1980

Les textes de Marie-José Jaubert en 1979 (*Les bateleurs du mal-joli*) et de Gisèle Tichané en 1980 (*Accouche et tais-toi*) rendent publics des témoignages de femmes qui font le récit de violences physiques et psychiques lors de leur accouchement. Les auteures accusent les médecins de misogynie, de non-respect des femmes et se positionnent dans une approche différentialiste de l'accouchement. La journaliste Marie-Françoise Levy écrit dans un article du *Monde* daté du 22 décembre 1980 à propos des témoignages de femmes dans l'ouvrage de Marie-José Jaubert que « *beaucoup d'entre elles [ont] un accouchement aux séquelles traumatisantes, inscrivant de façon négative cette expérience dans leur histoire* » et du texte de Gisèle Tichané que l'auteure « *s'insurge contre le sort réservé aux femmes qui accouchent, contre ce qu'elles subissent de mépris et d'humiliations* ».

Marie-José Jaubert (1979) reproche aux hommes médecins de ne pas proposer d'analgésie péridurale* aux femmes alors même que la technique existe. L'auteure fait une critique acerbe des méthodes d'accouchement sans violences de Fernand Lamaze, Michel Odent et Frédéric Leboyer. Ce sont tous des hommes qui viennent justifier les douleurs de l'accouchement comme un fait de nature. Pour Marie-José Jaubert, les femmes sont dépossédées de l'accouchement par ces hommes médecins qui leur imposent un modèle naturaliste.

Paradoxalement, cette expression différentialiste des femmes contre les violences médicales va conduire à une médicalisation de l'accouchement jugée aujourd'hui excessive par les femmes avec la systématisation de l'analgésie péridurale*. En effet, la technique est de plus en plus mobilisée dans les années 1980 jusqu'à son remboursement par la sécurité sociale en 1992. La sage-femme Nicole qui a vécu cette période au début de sa carrière indique que :

« Les années 1980, c'est la montée en puissance de la péridurale*. Ces sont les femmes anesthésistes qui ont été les fers de lance de ce changement en profondeur dans nos pratiques. En même temps, il fallait bien répondre à la demande des femmes de ne plus avoir mal » (Nicole, sage-femme).

Les années 1980 et 1990 sont ainsi marquées par une dénonciation publique de nature différentialiste des violences obstétricales et gynécologiques. De manière paradoxale, cette dénonciation a pour effet une surmédicalisation de l'accouchement avec la systématisation de la péridurale*.

2.2 Jusqu'en 2017, une maturation progressive de la contestation

En Amérique du Sud, une réaction citoyenne et une réponse politique qui restent isolées

À l'issue d'une décennie de description de faits de violences lors de l'accouchement mais aussi lors de consultations de gynécologie en Amérique du Sud (Flávia Pires Lucas d'Oliveira *et al.*, 2002 ; Diniz, Chacham, 2004), la loi vénézuélienne inscrira les violences gynéco-obstétricales dans une loi organique portant sur « *le droit des femmes à une vie sans violences* » en 2007³¹. L'un de ses articles précise que les violences gynéco-obstétricales sont le fait de praticien.nes dont l'« *appropriation [du corps des femmes] prend la forme d'une déshumanisation des soins, d'un abus de médicalisation et/ou d'une pathologisation des processus naturels, qui entraînent une perte d'autonomie des femmes et une perte de capacité à décider librement de leur corps et de leur sexualité, ce qui a un impact négatif sur leur qualité de vie* ». À la suite de mouvements féministes et citoyens, plusieurs gouvernements d'Amérique du sud vont ainsi donner une reconnaissance juridique aux violences obstétricales et gynécologiques durant la décennie 2000 : le Venezuela puis l'Uruguay et l'Argentine. Cette réponse politique aux violences que vivent les femmes reste isolée démontrant le peu d'intérêt des hommes politiques et des juristes en ce qui concerne les femmes. D'une façon plus générale, c'est ce que note Rachel Chagnon à propos du droit international :

³¹ República Bolivariana de Venezuela, « Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia » (Caracas, Venezuela, 2007).

« Encore aujourd’hui, le monde des théoriciens du droit peine à faire une place aux critiques féministes. Cet état de fait est encore plus flagrant dans l’univers du droit international. De façon plus générale, la pratique et l’analyse théorique du droit international demeurent très majoritairement une affaire d’hommes paraissant peu sensibles aux problématiques “femmes” » (Chagnon, 2013).

En France, une contestation des violences sans expression politique

La décennie 2010 marque ainsi l’internationalisation du concept de violences obstétricales et gynécologiques. En France, une première vague de libération de la parole a lieu à partir de 2014 avec les #PayeTonUtérus³², #PayeTonGyneco ou #PayeTonAccouchement qui recueillent plus de sept mille témoignages en quelques jours. La contestation des violences médicales vécues par les femmes ne trouve pas d’expression politique, c’est une contestation sans revendications ni organisations. Il s’agit d’une « vague » citoyenne qui intègre les différentes sensibilités du mouvement féministe.

Deux affaires seront médiatisées en 2014 et 2015. Le « point du mari », pratique qui consiste à resserrer la fourchette vulvaire après une suture d’épisiotomie* dans le but d’améliorer le plaisir masculin lors du coït a étonné de nombreux professionnels qui ne croyaient pas que cette pratique existait. Sa dénonciation publique est le fait de la féministe Isabelle Alonso qui publie ces échanges avec la sage-femme Agnès Ledig. Le « point du mari » est décrit comme une pratique mutilante qui est le fait d’hommes médecins pour faciliter la sexualité récréative du conjoint :

« Le “point du mari”, qu’est-ce que c’est ? Une pratique qui persiste et qui aménage le corps des femmes en fonction des désirs (supposés, en plus !) et plaisir de leur partenaire » (Isabelle Alonso, 2014).

« Alors, comment peut-on, statut de médecin sur les épaules, une pince et un fil de suture dans les mains, installé entre les jambes d’une femme vulnérable, se permettre

³² François Béguin, « #PayeTonUterus, contre les gynécologues irrespectueux », *Le Monde*, 25 novembre 2014.

de penser au plaisir sexuel masculin ultérieur, au risque de gâcher sa sexualité à elle ? » (Agnès Ledig, 2014)³³.

La publicisation de l'affaire du « point du mari » est donc le fait de féministes universalistes qui visent l'égalité femmes/hommes.

En 2015, un pharmacien parisien fait des recherches sur Internet après que sa femme a subi un frottis du col de l'utérus très douloureux et tombe par hasard sur des documents publics de l'université de médecine Lyon-Sud. Le pharmacien écrit un tweet qui vient dénoncer l'absence de consentement que semblent indiquer les documents pédagogiques à destination des étudiants. Ces documents ne sont pas datés et suggèrent que les étudiant.es apprennent à réaliser des touchers vaginaux et rectaux sur des patient.es endormi.es, sans leur consentement *a priori*. La dénonciation publique est de nature différentialiste. Ce qui est dénoncé, c'est que l'absence de consentement touche spécifiquement les femmes. L'auteur du tweet dit ceci à la journaliste Sylvie Montaron du journal *Le Progrès* de janvier 2015 :

« Je suis très sensible à ces questions car ma femme est enceinte et qu'on lui a réalisé un frottis sans son accord. Là, je m'interroge vraiment pour savoir si on a interrogé la patiente avant de l'endormir et recueillir son consentement » (Montaron, 2015)³⁴.

Une pétition est lancée sur Médiapart par le médecin généraliste Martin Winckler, des mouvements féministes et les présidentes des conseils de l'Ordre des sages-femmes et des kinésithérapeutes. Elle récolte plus de cinq mille signatures. Un groupe *Stop à l'Impunité des Violences Obstétricales*, surnommé *SIVO*, est créé le 28 février 2015 sur le réseau social Facebook.

Une lente maturation de la contestation face au pouvoir médical

Néanmoins, nous constatons à cette époque que cette « vague » de contestation fait face à une combinaison d'obstacles tant du côté féministe que du côté médical qui entretient un relatif *statu quo*.

³³ Cité dans le même article de blog.

³⁴ <https://www.leprogres.fr/sante/2015/01/30/emoi-autour-d-anciennes-consignes-de-stages-en-gynecologie-a-la-fac-lyon-sud>

Le mouvement féministe est en difficulté pour un bâtir un mouvement de protestation. Individuellement, certaines femmes s'emparent de ces sujets à l'image de la féministe Isabelle Alonso. Mais la différence de regards sur la maternité entre les courants féministes ne facilite pas une prise de conscience sur l'ampleur du phénomène des violences obstétricales et gynécologiques. De surcroît, les médecins gynécologues et obstétriciens, depuis leur soutien dans la lutte pour la contraception et l'avortement³⁵, bénéficient d'un regard relativement bienveillant de la population.

Par ailleurs, le groupe professionnel des médecins s'oppose à la contestation en minimisant les situations exposées dans les médias. Tout porte à penser que ce groupe ne considère pas les faits de violence évoqués par les femmes ni comme des violences ni comme des violences sexistes et sexuelles. C'est ce que notent Rachel Chagnon et Paméla Obertan à propos des médias canadiens et de leurs régulateurs :

« Il y a tout lieu de se demander si ceux et celles actuellement chargés de la mise en œuvre des codes de déontologie partagent une définition collective de ce qu'est un stéréotype sexiste et conçoivent les effets pervers de leur représentation par les médias ? » (Chagnon, Obertan, 2010)

Ainsi, le premier réflexe du groupe professionnel des médecins est le déni de la parole des femmes à l'image du Dr. Marty, président du syndicat des gynécologues en 2014, cité dans un article du journal *Le Monde* écrit par la journaliste Diane Jeantet lors de l'affaire dite du « *point du mari* » : « *pour Jean Marty, président du Syndicat national des gynécologues-obstétriciens de France (Syngof), le "point du mari", c'est surtout "dans la tête des femmes" que cela se passe* » (Jeantet, 2014).

Un autre argument pour conforter le pouvoir médical consiste à considérer que la naissance est en soi un espace violent pour le corps et que les femmes devraient être reconnaissantes des soins qui leur sont prodigués comme le souligne la présidente de l'association *Stop Violences Obstétricales et gynécologiques*, (*StopVOG*) : « *Il y a aussi la culpabilisation des victimes, pour les accouchements, on dit aux femmes qu'elles n'aiment pas leur enfant, qu'elles sont de mauvaises mères, et puis de quoi*

³⁵ Voir à ce sujet la première partie de l'ouvrage de Sandrine Garcia, 2011, *Mères sous influence*. L'auteure y propose une analyse du mouvement pour le planning familial et les enjeux de pouvoir propre au groupe des médecins.

elles se plaignent, elles et leur enfant sont en vie, ce qui est violent ce serait la situation pas ce que font les médecins ! Il y a une telle impunité... » (Sonia Bisch, présidente de *StopVOG*).

Malgré tout, le pouvoir médical s'effrite et la réaction des médecins est ambivalente.

À nouveau, l'affaire dite « *des touchers vaginaux sans consentement* » éclate en 2015 et les réactions du monde médical révélées par le journal *Le Monde*³⁶ s'avèrent cette fois ambivalentes. La doyenne de la faculté de médecine dans laquelle ces pratiques sans consentement sont recommandées précise alors que si le consentement est demandé aux patientes alors elles refuseront ce qui pénaliserait l'apprentissage des étudiants : « *On pourrait effectivement demander à chaque personne l'accord pour avoir un toucher vaginal de plus, mais j'ai peur qu'à ce moment-là les patientes refusent* » (Dupont, 2015). Pour sa part, Sébastien Foucher, le président de l'Association nationale des étudiants en médecine, va qualifier les réactions de ses pairs comme des « *réactions moyenâgeuses* ». La jeune génération semble donc refuser ces pratiques non-éthiques.

À cette étape, le pouvoir médical maintient le *statu quo* et invisibilise le sujet des violences obstétricales et gynécologiques dans un contexte de mobilisation féministe relativement modérée sur le sujet. Pour autant, la constitution de l'association de lutte contre les violences obstétricales et la nouvelle génération de praticien.nes marquent une première étape dans la construction d'un mouvement féministe et citoyen qui trouve peu à peu une expression politique et publique. Des militant.es féministes dont le combat est l'égalité entre femmes et hommes se mobilisent également de manière ponctuelle. La vague du *#MeToo* va changer la donne à partir d'octobre 2017 et favoriser une compréhension réciproque des enjeux comme dans le cas des sages-femmes.

³⁶ Gaëlle Dupont, « Le monde médical se divise à propos de la pratique des touchers pelviens sans consentement », *Le Monde*, 19 février 2015.

2.3 Le mouvement #MeToo permet l'aboutissement de la contestation sous une forme citoyenne

Un processus international de libération de la parole

À l'été 2017, la Ministre nouvellement nommée Marlène Schiappa dénonce sur la radio France Inter le taux d'épisiotomie en France³⁷. La Ministre évoque un chiffre de 75%. En réalité, le taux d'épisiotomie est à cette époque proche des 30%. La Ministre dira dans un documentaire (Ovidie, 2019) qu'elle considère qu' : « *il s'agit d'un sujet majeur qui concernait beaucoup de femmes mais qui n'avait jamais été traité par les pouvoirs publics, qui était en dessous des radars* ». C'est dans ce contexte politique que se diffuse à partir du 5 octobre 2017, et à la suite de l'affaire Weinstein, le #MeToo qui va entraîner une libération internationale de la parole des femmes sur les violences sexuelles et sexistes et également sur les violences obstétricales.

Dans le cadre de la Journée internationale pour l'élimination des violences faites aux femmes en novembre 2017, une manifestation est organisée contre les violences obstétricales à l'appel de Sonia Bisch pour l'association *Stop aux Violences Obstétricales et Gynécologiques (StopVOG)* et l'Institut de recherche et d'action pour la santé des femmes.

Un discours militant qui remet en cause la culture technique

Le refus de la systématisme technique et l'absence de recueil du consentement des usagères tout au long du processus de soin montre l'aspect systémique de ces violences. L'épisiotomie est un acte chirurgical, une incision sur le périnée lors de l'accouchement. C'est un exemple récurrent de dénonciation de violences à l'image de l'analyse de la présidente de *StopVOG* :

« On voit avec les épisiotomies où les femmes ne sont pas informées de ce qui se passe. À Besançon, il y a moins de 1% d'épisiotomie. Pourquoi c'est possible là et pas ailleurs ? Ce qui fait violence, c'est quand il n'y a pas corrélation entre le besoin des femmes et la réponse technique. Pour l'épisiotomie, les médecins parlent toujours au

³⁷ <https://www.radiofrance.fr/franceinter/marlene-schiappa-au-centre-d-une-nouvelle-polemique-cette-fois-sur-l-accouchement-1139210>.

nom du bébé qui serait en danger et donc ça nécessite une épisiotomie, c'est pratique... Les pratiques techniques autour de l'accouchement, on le voit bien, c'est d'abord une question de praticité pour les médecins, pour les sutures, c'est plus facile avec une épisiotomie qu'une déchirure spontanée et moins nette » (Sonia Bisch, présidente de StopVOG France).

Figure 13. Une mobilisation qui intègre les différentes sensibilités féministes.

Manifestation contre les violences gynéco-obstétricales à Paris en novembre 2017



Source : Twitter, Clara de Bort – 25/11/2017.

L'engagement militant citoyen d'une pionnière contre la différenciation et à la hiérarchie sexuée

L'engagement militant s'inscrit dans une logique hybride de nature citoyenne entre les différentes sensibilités du mouvement féministe. Cet engagement est d'une certaine manière l'héritage du mouvement associatif porté par les collectifs d'usagers dans les années 2000. Là encore, la militance des femmes a pour origine les violences qu'elles ont elles-mêmes subies comme l'explique la présidente de StopVOG France, qui fait figure de pionnière :

« J'avais toute confiance dans la médecine. Je ne savais pas que ça existait les violences obstétricales, je ne pensais pas qu'on pouvait agresser une femme quand elle accouchait. Je ne pensais pas que ce soit possible en fait. Je suis devenue une militante féministe matérialiste parce que j'ai moi-même subi des violences obstétricales. Lors de mon accouchement, la péridurale ne fonctionnait plus. Le gynécologue le savait, je l'ai dit, l'anesthésiste a dit qu'il fallait reposer une péridurale*. Le gynécologue a dit non. Il m'a suturée à vif (blanc). C'est de la torture clairement. J'ai hurlé pendant le*

forceps, je me tordais de douleur pendant la couture de l'épisiotomie ... Jamais on irait recoudre un homme comme ça. J'ai dépassé mon histoire pour voir que c'est un problème systémique et généralisé » (Sonia Bisch, présidente de StopVOG France).*

Ce militantisme s'inscrit par ailleurs dans une tradition féministe matérialiste et met à son agenda politique la lutte contre la différenciation et la hiérarchie sexuées à l'origine de l'inégalité structurelle entre femmes et hommes :

« Je considère que l'on vit dans une société patriarcale. Et qu'il faut se réapproprier la question reproductive parce qu'elle a été récupérée par les hommes. Il y a une oppression des femmes, des filles, la société nie le fait qu'elles sont capables d'être des sujets et non des objets pour la médecine » (Sonia Bisch, StopVOG France).

Ce discours militant fait écho à la décennie 2010 durant laquelle les recherches universitaires féministes et matérialistes connaissent un renouveau dans le champ de la maternité. Dans l'extrait d'entretien qui suit, Sonia Bisch évoque les prémisses d'une alliance nationale avec le groupe professionnel des sages-femmes à propos de la physiologie. La militante note, comme la sage-femme Sylvie Laberibe à propos de la grève des sages-femmes de 2001, que le combat politique vise à rééquilibrer les rapports de pouvoir avec les médecins quand Sylvie Laberibe expliquait qu'il fallait que *« les médecins acceptent de lâcher des choses »* :

« L'obstétrique, c'est un bastion qui n'a pas été exploré par les luttes féministes. Je pense que ça vient de là les abus de pouvoir médicaux et le non-respect flagrant des droits des femmes. Le non-respect de la physiologie de l'accouchement revient régulièrement. Quelle est la place du choix pour les femmes quand on ne donne pas d'informations ? surtout dans un système où on veut tout imposer aux femmes ? Il y a une vraie question du pouvoir qui se pose. Quand j'ai des hautes instances du ministère qui me disent que les médecins ne sont pas près de lâcher leur pouvoir... C'est pour ça que je suis devenue militante féministe. La bienveillance elle viendra du partage du pouvoir et non de l'imposition de toutes sortes de choses par ce qu'on a fait dix ans d'étude » (Sonia Bisch, présidente de StopVOG France).

Ces différents extraits d'entretien montrent la capacité de Sonia Bisch à intégrer dans son analyse les arguments de la colère différentialiste des années 1980 (notamment l'agentivité des femmes face à la médecine comme instrument de la lutte contre la hiérarchie médicale) et les acquis du mouvement matérialiste et

universaliste à travers les questions des droits des femmes et de l'égalité femmes/hommes (la lutte contre les différents piliers du système de genre).

Désormais, les militant.es font l'analyse que les violences obstétricales et gynécologiques sont le produit de l'inégalité femmes/hommes et du pouvoir médical. La réalisatrice Ovidie ajoute également que le pouvoir médical invisibilise sa domination patriarcale sur les corps des femmes. Dans un documentaire de l'émission Brut, la réalisatrice décrit ces différentes dimensions :

« Il y a cette idée qu'en tant que femme, on est censé avoir intériorisé la douleur, c'est quelque chose de commun chez nous. On a intégré l'idée qu'on devait en chier pendant l'accouchement, que c'était presque une fatalité. [...] Il y a certains actes qui sont pratiqués à vif, comme les césariennes et surtout les épisiotomies. C'est inconcevable dans n'importe quel autre service d'un hôpital » (Ovidie, 2019).

Le contexte politique et social du #MeToo a permis l'hybridation entre les différentes sensibilités féministes et explique en partie les avancées qui vont suivre.

2.4 Des premières avancées politiques face à la biomédicalisation

Cette mobilisation citoyenne adossée au mouvement #MeToo permet la construction d'un rapport de force contestant la biomédicalisation et la culture technique comme en témoigne le traitement médiatique et politique de l'épisiotomie. Les instances nationales et internationales vont désormais reconnaître et condamner fermement l'existence des violences obstétricales.

Le rapport au Haut Conseil pour l'Égalité en 2018

La scène de l'accouchement est ainsi devenue un problème public durant la décennie 2010 au point que les pouvoirs publics ont souhaité agir. En France, en 2018, le Haut Conseil à l'Égalité (HCE) remet un rapport sévère qui vient soutenir les démarches entreprises par les usagères en reconnaissant le terme de violences obstétricales et en clarifiant la définition même de ce qui devait être considéré comme des formes de violences (non prise en compte de la pudeur, propos porteurs de jugements qui renvoient à des injonctions sexistes, actes exercés sans le consentement de la patiente, les actes non justifiés médicalement et les violences sexuelles comme

le harcèlement sexuel, l'agression sexuelle et le viol). Le comité insiste également sur le caractère systémique de ces violences et leur lien avec l'histoire de la médecine :

« Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un.e ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter) » (HCE, 2018).

Les violences obstétricales deviennent un sujet européen

Le Conseil de l'Europe, dans sa résolution 2306 du 3 octobre 2019, donne une définition relativement similaire des violences obstétricales dans le cadre du droit des usagères en santé :

« Les violences obstétricales et gynécologiques sont une forme de violence restée longtemps cachée et encore trop souvent ignorée. Dans l'intimité d'une consultation médicale ou d'un accouchement, des femmes sont victimes de pratiques violentes ou pouvant être perçues comme telles. Il s'agit d'actes non appropriés ou non consentis, tels que des épisiotomies et des touchers vaginaux pratiqués sans consentement, l'utilisation de l'expression abdominale ou la non-utilisation de l'anesthésie pour des interventions douloureuses. Des comportements sexistes ont aussi été recensés lors de consultations médicales » (Conseil de l'Europe, 2019).

Plus que le rapport français de 2018, le conseil de l'Europe inscrit pleinement les violences obstétricales en tant que violences faites aux femmes. Le conseil détaille la nécessité d'une reconnaissance des violences obstétricales comme des violences systémiques dû au système de genre, à la suite des lois en Argentine et au Venezuela qui sont fondées au titre des violences contre les femmes :

« Les violences obstétricales sont reconnues et sanctionnées par la loi en Argentine et au Venezuela. La Convention d'Istanbul condamne spécifiquement les avortements forcés et les stérilisations forcées, dans son article 39, mais elle ne traite pas de manière générale des violences gynécologiques et obstétricales. Dès 2014, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a dénoncé les traitements non respectueux et abusifs dont peuvent être victimes les femmes lors de leur accouchement dans des hôpitaux. En août 2019, Dubravka Šimonović, rapporteuse spéciale des Nations Unies sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences, a soumis à

l'Assemblée générale de cette organisation un rapport sur l'adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales » (Conseil de l'Europe, 2019).

Les ambivalences de l'État

Il semblerait que le rapport du HCE n'ait pas eu de suite malgré les propositions pertinentes qui y sont formulées. Ainsi, en 2021, cinquante parlementaires de gauche et du centre droit signent une proposition de résolutions³⁸ dont l'impact est tout à fait relatif mais qui révèle la préoccupation de certains élu.es politiques nationaux sur ce sujet. Ces députés

« invite[nt] le Gouvernement à appliquer les recommandations du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes sur les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical et à proposer notamment une révision du code de la santé publique afin de renforcer la lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales, pour garantir en particulier un consentement éclairé des patientes et leur droit à l'information aux différentes étapes des procédures médicales et gynécologiques ».

2.5 Une nouvelle configuration entre les femmes et le pouvoir médical

La lutte contre les violences obstétricales rassemble ainsi des écologies liées à travers la mobilisation des usagères, des soutiens politiques et l'implication du groupe professionnel des sages-femmes. Ainsi, cette nouvelle configuration rend visible les rapports sociaux entre les femmes et le pouvoir médical et ouvre une nouvelle étape dans la mobilisation.

Nous faisons l'hypothèse que le refus des professionnel.les du modèle de la conformité à demander systématiquement et tout au long du processus de soin le consentement des usagères est lié à l'évidence de l'usage technique et à sa

³⁸ Proposition n°3305 invitant le Gouvernement à faire de la lutte contre les violences obstétricales et gynécologiques une priorité et à mettre en œuvre les recommandations du Haut Conseil à l'Égalité en la matière.

justification, le plus souvent le bien-être de l'enfant à naître. Anne Evrard, militante associative du CIANE, confirme que la question du consentement des usagères n'est pas comprise par les professionnel.les :

« Je pense à une femme qui avait déposé plainte devant l'ordre des sages-femmes au sujet d'une épisiotomie sans consentement : lors de la phase de conciliation, il lui a été dit que le nécessaire recueil du consentement existait jusqu'à l'accouchement mais pas pendant, ce qui est évidemment faux. Ces propos ont été tenus il y a trois ans, pas au siècle dernier ! » (Evrard, 2021).

La nature citoyenne du mouvement de lutte contre les violences obstétricales et gynécologiques à partir du #MeToo permet de rendre visible le système de genre. Si les pouvoirs publics actent dans la plupart des pays que les violences obstétricales entrent dans le champ des violences faites aux femmes, en France, la profession médicale se raidit dans cette confrontation avec les usagères, d'autant plus que les usagères ont le soutien de l'État et du groupe professionnel des sages-femmes par la voix du #JeSuisMaltraitante créé en 2020 par la sage-femme Anna Roy ou du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes :

« Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes salue le rapport publié par le Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes portant sur les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Dès juillet 2017, le CNOSF avait estimé que les violences obstétricales devaient faire l'objet d'une étude et que le ressenti des femmes ne devait en aucun être nié ou minimisé. Avec ce rapport, cette parole est désormais reconnue et certaines pistes ouvertes par le HCE présentent un intérêt certain, dont certaines rejoignent l'analyse de l'Ordre »³⁹.

Dès lors, le pouvoir médical va installer un rapport de force avec le mouvement de femmes simultanément sur trois fronts.

Un premier front est porté par l'Académie nationale de médecine en 2018 à la suite du rapport du Haut conseil à l'Égalité. Les auteurs actent les faits de violences mais refusent leur caractère systémique et renvoient les faits avérés à des situations de professionnel.les individuel.les. Il ne saurait être question de remettre en cause la

³⁹ Communiqué de presse de l'Ordre national des sages-femmes, 29/06/2018.

culture technique et la hiérarchie médicale⁴⁰. Dans ce rapport intitulé *De la bientraitance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités*, les auteurs soulignent ainsi que :

« Des critiques ont pu être légitimement formulées à l'encontre du fonctionnement actuel et passé des maternités françaises et certains comportements individuels ont pu être jugés indignes et inacceptables. Cependant, les très bons résultats en matière de sécurité de la naissance n'autorisent pas une mise en cause globale, outrancière et injuste des professionnels de la naissance. Ceux-ci peuvent, au contraire, être légitimement fiers des résultats obtenus » (Rudigoz et al., 2018, p.1337).

Un second front avait été ouvert à l'international dès 2014 et en France à partir de 2020 sur le refus des médecins du terme même de « violences ». En effet, les publications internationales rédigées par des médecins insistent sur l'usage des termes de « *manque de respect et mauvais traitements* » plutôt que ceux de violences obstétricales et gynécologiques (Bowser, Hill, 2010 ; OMS, 2014 ; Lynn P. Freedman et al., 2014). Cet enjeu a été souligné par Clémence Schantz et ses collègues : « *Certain.es professionnel.les de santé dénoncent le caractère intentionnel de maltraitance qui serait sous-entendu dans l'appellation « violences », et qui serait donc infondé* » (Schantz et al., 2021). Tous les écrits médicaux ne vont pas dans ce sens et on peut voir avec la revue *Périnatalité* que le terme de violences obstétricales fait débat :

« Violences obstétricales : le fait de choisir ce titre a suscité au sein de notre comité de rédaction d'intenses débats qui nous ont tenues longtemps en haleine. Nous envisagions de renoncer à utiliser cette expression, car le mot violence souligne l'intentionnalité de nuire, et nous savons que ce choix a rendu le débat inaudible pour nombre des professionnels de santé à qui nous nous adressons » (Yamgnane, 2020).

Ce qui semble le plus difficile à entendre et comprendre pour de nombreux médecins est le caractère systémique des violences obstétricales qui renvoient aux pratiques professionnelles analysées dans le modèle de la conformité dans nos deux premières parties :

⁴⁰ Ces arguments étaient déjà ceux du Pr. Papiernick dans ses débats avec Michel Odent à la fin des années soixante-dix, voir également sur ces débats Topçu S., (2021), « Obstétrique, (non)violence et féminisme », *Les cahiers du genre*, 2021|2, n° 71, p.81-106.

« La motivation première des professionnels de la périnatalité est avant tout la santé et le bien-être des femmes et de leurs enfants. Nous devons être à l'écoute des patientes qui témoignent d'un mauvais vécu de leur grossesse et/ou de leur accouchement. Il est cependant utile de rappeler que la majorité des 785 000 femmes qui accouchent en France chaque année est satisfaite des soins reçus et ne se retrouve probablement pas dans ces témoignages » (D'Ercole et al., 2017).

Enfin, un troisième front, plus récent, s'intéresse au volet juridique du concept de violences obstétricales autour de la notion de viol lors d'actes médicaux. Lors de son entretien, Sonia Bisch de l'association *StopVOG* fait le récit des difficultés des femmes à être entendues par la justice :

« On a beaucoup de témoignages de viol à l'accouchement. La loi sur le viol est très claire, une pénétration avec de la violence, c'est un viol. Les femmes sont confrontées à une seconde violence quand elles subissent des violences du fait que la société n'entende pas. La justice, c'est un parcours du combattant, on pense que la justice va nous aider face à notre préjudice, en fait, non. Il faut se battre, c'est une violence de plus. Les femmes n'arrivent pas à porter plainte, on veut qu'elles fassent des mains courantes, ce n'est pas rentré dans la culture qu'un professionnel du médical puisse violer une femme. La culpabilisation des victimes d'accouchements violents, on leur dit qu'elles n'aiment pas leur enfant, qu'elles sont de mauvaises mères, et puis de quoi elles se plaignent, elles sont en vie. Il y a une telle impunité... » (Sonia Bisch, présidente de *StopVOG France*).

Le discours de Sonia Bisch est similaire à celui des femmes qui luttent pour l'enregistrement des plaintes pour viol. De manière générale, Rachel Chagnon analyse que

« perçue à travers ce mythe de la victime idéale entretenu par le système judiciaire, la victime réelle peine à se faire entendre. Celles qui signalent leur agression courent encore aujourd'hui le risque d'être confrontées à cette image de la victime parfaite et de rencontrer scepticisme et suspicion de la part des forces policières » (Chagnon, 2016).

Cette analyse est partagée par les militantes à l'image de Marie-Hélène Lahaye du blog *Marie Accouche-là* et auteure du livre *Accouchement – Les femmes méritent mieux* publié en 2018. L'auteure, qui est également juriste, publie un guide pour faciliter le traitement judiciaire de violences obstétricales (Lahaye, 2020). L'année

2022 est ainsi marqué par le développement du volet juridique des violences, en particulier la question de la qualification de viol lors d'actes médicaux avec un speculum* par exemple. Le Collège national des obstétriciens a ainsi publiquement demandé à ce que le qualificatif de viol ne soit pas retenu dans les affaires de violences obstétricales au motif du caractère médical des examens :

« Le CNGOF a publié une charte de l'examen gynécologique, insistant sur la bienveillance et le consentement indispensables lors de cet examen et réaffirme le caractère essentiel de l'examen clinique. Ne plus pratiquer ces examens par crainte de poursuite pourrait nuire à la santé des femmes. Le CNGOF demande que soient désormais bien distingués les actes à caractère sexuel et les examens médicaux vaginaux ou rectaux pratiqués dans le cadre d'une prise en charge médicale » (Communiqué de presse, CNGOF, juin 2022).

Le journal *Le Monde* s'est fait l'écho de ce débat à travers plusieurs articles et une synthèse de la journaliste Lucie Soullier. Concrètement, faute de législation, l'État choisit de laisser la justice arbitrer comme dans le cas de la mise en examen du Pr. Émile Daraï⁴¹ après le dépôt de plainte de trente-deux patientes pour des faits de violences (Soullier, 2022).

Face au constat historique des violences faites aux femmes lors de leur accouchement, des contestations isolées et de nature plutôt différentialiste ont effrité le pouvoir médical des hommes dès les années 1970. De manière paradoxale, cette colère principalement différentialiste a abouti à la systématisation de l'analgésie péridurale* et une surmédicalisation des accouchements. À partir de la vague #MeToo en 2017, une seconde étape de compréhension féministe et citoyenne fait la jonction entre les arguments différentialistes et les revendications en termes de droits des femmes. Cette mobilisation rend possible une réaction et un soutien de la part de l'État au niveau national et international. Désormais, du fait de l'analyse conjointe de l'inégalité femmes/hommes et du pouvoir médical, les militantes inaugurent une période de rapport de force avec les médecins durant laquelle le positionnement de l'État sera déterminant.

⁴¹ Professeur de gynécologie obstétrique de l'AP-HP, spécialiste de l'endométriose.

*

*

*

Les mobilisations successives des sages-femmes pour la reconnaissance de leur autonomie professionnelle et du mouvement féministe contre les violences obstétricales et gynécologiques illustrent le caractère éminemment sexué de l'accouchement. Il s'agit d'une scène sociale contemporaine au fondement de l'inégalité femmes/hommes et construite par le pouvoir médical qui tente d'invisibiliser ses effets.

Dans les deux mouvements, on observe une première étape dans laquelle les femmes mettent en mots une colère pour l'essentiel de nature différentialiste. C'est parce que les sages-femmes sont des femmes, c'est parce que les femmes qui accouchent doivent souffrir, que le pouvoir médical est violent. Cette première étape différentialiste ne permet pas de succès pour le mouvement social des femmes.

Dès lors, dans chaque mouvement, une pionnière propose une analyse matérialiste. Chez les sages-femmes, Sylvie Laberibe participe d'un nouveau cadre organisationnel en 2001 et formule la première les revendications sur le caractère médical de la profession. La mobilisation de 2013/2014 permettra de réaliser la synthèse des arguments différentialistes et des revendications matérialistes. Plus tardivement, pour les usagères, Sonia Bisch participe à la création d'un collectif et formule une synthèse analogue en 2017 dans le contexte du *#MeToo*.

Les sages-femmes et les usagères intègrent alors dans leur analyse l'imbrication des rapports sociaux de genre et de biomédicalisation et simultanément la domination patriarcale sous-jacente à la biomédicalisation. La visibilité des rapports sociaux permet alors des avancées et la poursuite de la lutte pour l'émancipation des femmes.

Conclusion

-

Vers l'émancipation des femmes ?

Les opportunités sociales analysées dans le chapitre sept ont été saisies par les différent.es acteur.trices de la scène sociale de l'accouchement. Si les médecins se situent sur une position défensive de leur territoire professionnel, les usagères et les sages-femmes se sont mobilisées localement et nationalement de manière assez hétérogène. À chaque fois, l'État accompagne le mouvement social s'il est suffisamment fort ou si l'administration y voit son intérêt propre. C'est le cas du maintien de la maternité de *Belle Naissance* ou dans l'accès à la compétence de suivi gynécologique pour les sages-femmes dans un contexte de baisse de la démographie médicale.

La maternité *Femme Heureuse* est emblématique de l'hégémonie de représentations techniques et du monopole professionnel des médecins qui rend la mobilisation des usagères difficile sans le soutien des sages-femmes. Ce groupe professionnel exprime par ailleurs un malaise général dans ce contexte. Si *Femme Heureuse* est emblématique du fonctionnement des maternités françaises, la maternité *Belle Naissance* montre qu'un autre modèle de soin est possible. Nous l'avons qualifié d'accouchement *low-tech* dans l'objectif de signifier la cohérence du discours de certaines actrices usagères et sages-femmes entre critique de la biomédicalisation, promotion de l'égalité femme/homme et écologie politique, ce que Geneviève Pruvost nomme le « *féminisme de la subsistance* » (Pruvost, 2021). Pour autant, l'ethnographie relève majoritairement une critique collective de la biomédicalisation plus que la remise en question du système de genre.

C'est dans les mobilisations nationales qu'un discours de contestation de l'inégalité femmes/hommes traverse les mouvements de grèves des sages-femmes comme celui des usagères contre les violences obstétricales. Les mouvements ont en commun un processus de mobilisation en trois étapes. La première étape est celle de la colère différentialiste qui prend forme à la fin des années 1990 avec la coordination nationale des sages-femmes et qui est diffusée dans les années 1980 depuis les ouvrages de Marie José Jaubert dans les mouvements féministes. Dans un deuxième temps, on observe l'émergence de revendications citoyennes à côté de la colère différentialiste. Les revendications féministes et citoyennes aussi bien de Sylvie Laberibe concernant les sages-femmes ou d'Isabelle Alonso concernant les violences obstétricales sont

emblématiques de l'émergence de cette parole. La troisième étape consiste en l'intégration de la colère différentialiste et des revendications citoyennes. La mobilisation de 2013–2014 chez les sages-femmes et celles de 2017 chez les usagères illustrent cette transformation qui va permettre le succès des mobilisations.

| Tableau 3. Trois étapes dans le processus de mobilisation des femmes pour les droits reproductifs. <i>Extraits d'entretiens ou d'ouvrages.</i> | | |
|--|--|--|
| | Mobilisations sociales des SF | Lutte contre les violences obstétricales et gynécologiques |
| Étape une : une colère différentialiste. | L'expression d'une colère contre les misogynes. « <i>Messieurs les Ministres et Hauts Fonctionnaires de la santé, vous êtes des misogynes... Nous lutterons pour défendre nos compétences et notre liberté, car elles sont garantes du pouvoir des femmes dans la procréation</i> » (Tract de la coordination nationale des sages-femmes, 1999). | Une colère globale contre la domination masculine. « <i>Leboyer s'inspire de la mythologie hindoue : la mère s'efface, disparaît, pour que l'enfant vive. [...] Pour les technocrates de la naissance, ni la femme ni sa souffrance ne sont prises en compte</i> » (Jaubert, 1979, p.174 et p.197). |
| Étape deux : l'émergence d'une posture citoyenne à côté de la colère différentialiste. | L'émergence d'une demande de statut comme revendication citoyenne. « <i>Je suis pas du tout dans les affaires de féminin sacré [...]. On est une profession de femmes au service des femmes donc il y a quelque chose sur la place des femmes dans la société qui se joue. Et les femmes, nous sommes dominées. [...] On dit ça suffit, on lance deux revendications : l'université et le statut</i> » (Sylvie Laberibe, 2021, Direction de la grève des sages-femmes de 2001). | Les pratiques médicales comme cibles de revendications citoyennes. « <i>Le "point du mari", qu'est-ce que c'est ? Une pratique qui persiste et qui aménage le corps des femmes en fonction des désirs (supposés, en plus !) et plaisir de leur partenaire</i> » (Isabelle Alonso, 2014). |
| Étape trois : l'intégration de la colère différentialiste et des revendications citoyennes en faveur des droits reproductifs. | La colère comme catalyseur d'une revendication citoyenne. « <i>Le patriarcat, on n'est pas près d'en sortir... [Les médecins] ne veulent pas que la profession accède à un vrai statut médical. On n'est que des femmes, c'est insupportable pour eux</i> » (Caroline Raquin, 2021, direction de la grève de 2013) | Le vécu insupportable comme catalyseur de revendications citoyennes. « <i>Je suis devenue une militante féministe matérialiste parce que j'ai moi-même subi des violences obstétricales. [...] J'ai dépassé mon histoire pour voir que c'est un problème systémique et généralisé</i> » (Sonia Bisch, présidente de StopVOG, 2021). |

En chaussant des « lunettes de genre », l'analyse de ces deux mouvements a permis de déplacer le projecteur sur les intérêts du groupe dominant des médecins à invisibiliser les rapports sociaux de sexe tant dans le domaine professionnel que vis-à-vis des usagères. Durant les deux dernières décennies, le soutien politique aura été décisif à cette étape de l'émancipation des femmes dans un contexte à la fois de baisse de la démographie médicale et du mouvement féministe international *#MeToo*.

Épilogue

-

Pour une sociologie de l'accouchement

« On ne souvient pas du moment de sa naissance.

Je ne me souviens pas de la mienne, de naissance.

Je m'imagine une scène dans un hôpital ou une clinique. Une femme est allongée. Elle transpire, sa respiration est saccadée, elle a les jambes écartées en position gynécologiques. Elle pousse fort, un médecin fond vers l'entrejambe et disparaît derrière un drap. On entendrait un cri primal.

Ce serait une fille. [...]

J'inventerai mon histoire car les gens de Bilbao naissent où ils veulent, dit le dicton. Ils soulèvent des pierres, ils tronçonnent des arbres, ils sont plus fort que les actes de naissance, les Basques »

Maria Larrea, Les gens de Bilbao naissent où ils veulent, 2023.

Présider à des accouchements pendant plusieurs années nous a permis d'acquérir la conviction que la naturalisation, la biologisation de la naissance par la médecine et la science permettaient d'invisibiliser les rapports sociaux qui enserrant cette scène sociale si particulière. Nous avons illustré qu'à chaque période historique correspond une institution et une façon d'organiser les rapports sociaux entre les sexes. La biomédicalisation à l'époque contemporaine s'est imbriquée de façon solide avec le système de genre du fait des représentations biologiques du corps qui lui sont associées. Néanmoins, cette imbrication dans la scène reproductive a été fissurée lors de deux occasions, qu'il s'agisse du droit à la contraception et à l'avortement ou, plus récemment, à l'extension des bénéficiaires des techniques de PMA. Ces droits politiques ont été acceptés par la médecine dans l'intérêt des femmes et de la médecine elle-même. Ainsi, comme l'a souligné Michèle Ferrand, la loi autorisant l'avortement en 1975 consacre le monopole médical de la pratique. La loi de 2021 sur la PMA « pour toutes » offre, pour sa part, une nouvelle clientèle qui participe de la légitimité

des techniques reproductives. Dans les deux cas, la médecine tolère des décalages sociaux au système de genre, tout en construisant son monopole professionnel.

Notre enquête avait notamment pour objectif de « déplier » l'imbrication entre genre et biomédicalisation à partir de l'étude des logiques individuelles, de la progressive autonomie de la profession de sage-femme et des mobilisations des femmes contre les violences obstétricales et gynécologiques. L'originalité de ce travail est d'avoir fait le choix d'articuler les logiques individuelles et les interactions entre équipes soignantes et usagères avec les mobilisations contemporaines des sages-femmes et des femmes. Chacune des trois parties de ce texte répond ainsi à notre problématique initiale. La première partie montre de quelle manière le système de genre constitue un rapport social fondateur de la scène de l'accouchement. La deuxième partie présente une analyse de l'imbrication de la biomédicalisation et du genre et leurs effets réciproques. Enfin, la dernière partie opère un déplacement des logiques individuelles aux logiques collectives à partir des modèles identifiés dans les deux premières parties. Nous montrons alors que l'association de différentes formes de résistances à la biomédicalisation aboutit à rendre visible le verrou patriarcal qui se dissimule sous la biomédicalisation. Dès lors, des succès politiques deviennent possibles pour les femmes.

1 Une scène sociale de genre invisibilisée

Ainsi, notre expérience professionnelle de l'accouchement nous a amené à écrire et à déplier la scène sociale de genre qu'est l'accouchement, une scène de genre historique, effacée, même dans le choix des mots. Les femmes n'accouchent plus, elles donnent naissance, des accouchements effacés, des naissances poétisées. À la différence de la tradition féministe matérialiste et notamment de D. Kergoat qui voit dans le travail et l'activité productive l'enjeu central de l'inégalité entre femmes et hommes, nous pensons plutôt que l'activité reproductive, et plus précisément l'articulation production/reproduction, constitue le fondement du système de genre.

Nous avons fait le choix d'analyser en premier lieu la dynamique propre au système de genre car selon nous, et après de nombreuses auteures, la reproduction sexuée rend légitime la naturalisation du corps des femmes et les inégalités sociales entre femmes et hommes.

La modélisation du corps ternaire fut précieuse pour cette analyse. Il s'agissait de montrer les transformations du système de genre de manière historique depuis l'âge classique. À chaque époque, nous avons montré la plasticité du genre. Le moment révolutionnaire français de 1789 est un exemple vertigineux où de danger mortel, l'accouchement devient l'image de la femme en santé, glorieuse actrice d'une Nation en devenir. Les médecins en auront été les ardents promoteurs.

La scène genrée de l'accouchement est également une scène professionnelle où la conformité naturaliste du sexe traverse la majorité des discours des auxiliaires de puériculture, des sages-femmes et des médecins. Si les femmes médecins se décalent du fait de leur position professionnelle, la conformité demeure au sein de la salle d'accouchement. Quand les sages-femmes miment un défilé militaire au départ d'une des femmes médecins interviewée en est un révélateur. Auxiliaires et sages-femmes ont la tâche de participer à l'encadrement social genré de l'accouchement à l'exception de certaines sages-femmes se revendiquant de l'égalité entre les sexes ou valorisant la puissance des femmes dans une tradition différentialiste.

Enfin, l'accouchement est une scène révélatrice de la reproduction sociale du système de genre dans la sphère domestique. La majorité des femmes et des couples sont conformes à cette dynamique de genre à travers leur adhésion à la différenciation sexuée, la hiérarchie sexuée et l'hétéronormativité. Les décalages genrés des couples hétérosexuels dans les représentations et les pratiques de l'accouchement s'observent en continuité de décalages dans la sphère domestique. À titre d'exemple, les couples qui négocient entre eux le partage des tâches domestiques négocient les soins lors de l'accouchement avec l'équipe hospitalière. Les couples qui s'inscrivent dans une vision religieuse du mariage chantent des *Ave Maria* pour donner de la force à la parturiente pendant l'accouchement. Il y a ainsi une continuité entre monde domestique et monde hospitalier pour l'accouchement en matière de genre. Enfin, une représentation de l'accouchement très minoritaire socialement associe accouchement

et spiritualité hors des contingences du monde. L'accouchement n'est ainsi pas exclusivement une scène féminine mais également une porte vers le monde subtil.

L'analyse des interactions interindividuelles lors de l'accouchement au croisement du modèle du corps ternaire et du système de genre permet de dessiner une première esquisse de dynamiques sociales : une posture de conformité où les représentations biomédicales du corps correspondent à une naturalisation des rapports femmes-hommes ; une posture que nous avons qualifiée de citoyenne qui vise à l'égalité femmes-hommes dans la négociation des soins comme dans la sphère domestique ; une posture cosmique dont le récit, pluriel, est celui de l'accouchement des femmes et non celui des médecins.

Ainsi, de manière majoritaire, la scène sociale de l'accouchement est un théâtre où le système de genre est invisible et omniprésent, absent et évident. C'est un autre rapport social qui l'englobe et l'efface : la biomédicalisation.

2 La biomédicalisation comme rapport social

Nous avons analysé la biomédicalisation comme un rapport social qui s'appuie sur deux pivots majeurs : la culture technique et la hiérarchie sociale. Cette perspective scientifique s'inscrit dans la tradition du féminisme matérialiste de coextensivité et de consubstantialité des rapports sociaux.

La décision médicale entre sages-femmes et médecins est au centre des enjeux professionnels à la fois en matière de technique et de hiérarchie. Soit les sages-femmes appliquent une décision prise par les médecins, soit la décision prise par une sage-femme est systématiquement et implicitement remise en cause par les médecins. Néanmoins, nous avons identifié certaines situations de résistances chez les sages-femmes bien que l'hégémonie biomédicale ne semble offrir aucune issue réelle hormis des malaises ou des départs hors de l'institution hospitalière.

Il en est de même chez les usagères où l'on a pu analyser qu'en dernière instance et en cas de désaccord dans les couples se référant à un modèle de conformité sociale,

c'est le conjoint qui décide, du lieu d'accouchement ou des modalités techniques. Les usagères que nous avons qualifiées de citoyennes se créent des marges de manœuvre et d'autonomie dans le contexte hospitalier plus grandes que celles qui se réfèrent à un modèle cosmique qui expriment un rejet plus marqué de la culture technique et de la hiérarchie médicale. Ces principaux résultats viennent ainsi montrer la fragilité du statut d'usagères lors de l'accouchement. Individuellement, les femmes arrivent rarement à s'échapper de l'étreinte biomédicale.

Enfin, l'analyse de la biomédicalisation comme rapport social nous a permis de préciser les trois postures construites dans la première partie au croisement de représentations du corps et du système de genre. Nous avons repéré ainsi une double posture majoritaire de conformité tant à la biomédicalisation qu'au genre, une posture que nous avons qualifiée de citoyenne qui imbrique des décalages à ces deux rapports sociaux et une posture cosmique qui associe un rejet de la biomédicalisation au renforcement de la différenciation sexuée.

3 L'imbrication de l'inégalité femme/homme et de la biomédicalisation : sous le pouvoir médical, le verrou patriarcal

Quels sont les effets sociaux de cette imbrication ? Comment se joue l'imbrication dans la scène sociale de l'accouchement ? Quels en sont les effets ?

Tout d'abord, l'imbrication des rapports sociaux de genre et de biomédicalisation illustre le processus social et général de coextensivité. C'est ainsi que se constitue un verrou qui renforce les effets de domination propres à chaque rapport social. La profession de sage-femme constitue un exemple emblématique des effets sociaux de ce verrou. Les sages-femmes composent avec une double domination tant dans la hiérarchie professionnelle que dans la hiérarchie sexuée. Ainsi, les sages-femmes sont soumises à un ensemble de contraintes sur leur activité professionnelle en dépit de la législation qui consacre une relative autonomie de la profession. L'imbrication est difficile à dénouer car la dynamique sociale qui contraint

cette profession est celle de la consubstantialité des rapports sociaux de genre et de biomédicalisation qui renforce le poids des dominations.

La coexistence de deux rapports sociaux peut aussi contribuer à une forme d'émancipation sociale. C'est le cas des couples de femmes qui utilisent le rapport social biomédical pour se décaler du système de genre. Dans l'enquête, la reconnaissance de la conjugalité lesbienne s'appuie sur la légitimité des nouvelles techniques reproductives. Cet usage de la médecine a déjà été identifié par Laurence Tain (2013). Les femmes qui bénéficient de procédures de PMA mais qui n'obtiennent pas de grossesse peuvent justifier leur décalage au système de genre en utilisant l'argument de la médecine : « *Le devoir de médecine dispense du devoir d'enfant* ». Ainsi, le décalage vis-à-vis du système de genre est rendu possible par la biomédicalisation.

Néanmoins, dès lors que les femmes combattent le rapport social de biomédicalisation, on observe majoritairement des échecs comme nous l'avons illustré dans l'étude de la maternité *Femme Heureuse*. Dans le cas emblématique de *Belle Naissance*, la résistance des sages-femmes et des usagères se concentre sur le verrou de la biomédicalisation à travers l'exigence de l'accouchement *low-tech* avec succès mais cette configuration reste exceptionnelle en France. Quand les femmes font face à la biomédecine pour négocier ou faire valoir leur expérience en tant que femmes, nous faisons un constat d'échec. Notre analyse est que la difficulté vient du double verrou biomédical et de genre qu'il s'agit de dénouer.

Or, les mouvements sociaux de femmes ont trouvé de façon pragmatique une voie de succès pour dénouer l'imbrication tant chez les sages-femmes que chez les usagères. Nous avons montré que la chronologie de ces succès passait par trois étapes. Une première étape prend la forme d'une colère différentialiste, une conscience féministe de l'inégalité. Dans un second temps, des revendications de nature citoyenne prennent forme. La dernière étape est celle de l'intégration de ces deux positions par le mouvement social qui ouvre la possibilité de succès politiques. Le verrou biomédical se fissure dès lors que les militantes font l'analyse que l'inégalité femmes/hommes est première. Pour le dire autrement, l'alliance entre colère différentialiste et revendications citoyennes puis l'intégration des pôles cosmiques et

citoyens dans une démarche collective sont fructueuses selon nous parce qu'elles permettent de dénouer l'imbrication.

Mais, comme nous l'avons indiqué en conclusion de la première partie, la scène de l'accouchement a ceci de spécifique que le système de genre est invisibilisé afin de bâtir la biomédicalisation du corps des femmes.

Thomas Laqueur (1992) a montré que le passage d'un modèle « un sexe » à un modèle « deux sexes » correspond à la constitution de la biologie en tant que science et en particulier de la biologie de la reproduction. L'effacement du verrou patriarcal par le verrou biomédical dans la scène de l'accouchement relève selon nous du même mécanisme. L'évidence du corps biologique lors de l'accouchement vient effacer les conditions sociales de l'inégalité entre femmes et hommes dans la production d'enfant. Ainsi, la dynamique de renforcement des rapports sociaux se double d'une invisibilisation du genre par la mise en scène de l'accouchement comme phénomène biologique. Si l'institution ecclésiastique suffisait au moyen âge à maintenir l'ordre hiérarchique entre femmes et hommes, la biomédecine en tant que rapport social est plus adapté dans la société contemporaine pour ce rôle.

Pour conclure notre analyse, nous considérons que les mouvements sociaux ont obtenu des succès dès lors que l'alliance entre colère différentialiste et revendications citoyennes a permis de rendre visible le système de genre comme le fondement du verrou biomédical. De façon pragmatique, les femmes ont compris que la biomédecine s'appuie sur le genre pour bâtir son emprise. Pour desserrer l'étreinte médicale, il faut l'unité des deux courants féministes pour s'emparer et combattre simultanément les deux rapports sociaux.

*

*

*

Au-delà de la question périnatale, le développement technique est perçu dans notre société contemporaine comme une des principales raisons de l'exploitation, de la destruction de la nature et du bouleversement moral qu'implique la question de l'habitabilité même de notre planète. Les écrits écologistes et critiques de la modernité de B. Latour sont emblématiques de ce retour implacable à Gaïa, Terre-mère, mise en abîme par la modernité. Ainsi, le progrès technique serait à l'origine des désolations en cours et à venir. Cette volonté de réinterroger notre rapport à la nature fait partie intégrante d'un univers politique en recomposition chez de nombreuses usagères.

À titre personnel, il nous semble que cette position peut être rapprochée de la colère différentialiste que nous avons repérée dans une première étape des dynamiques de contestation. Si nous généralisons ce que nous avons observé dans la scène de l'accouchement alors la position latourienne vient limiter la portée du combat contre l'imbrication des rapports sociaux, au-delà du genre et de la biomédicalisation. Ainsi, le rejet de la notion de progrès implicite dans cette pensée écologiste suggère l'invisibilité de l'idéal émancipateur propre au siècle des Lumières et à son caractère universaliste. L'éclairage cosmique et différentialiste propre à la défense de Gaïa ne pourra que gagner en crédibilité et susciter l'adhésion politique s'il ouvre un espace à un désir d'universalisme au sein d'une République écologique et sociale renouvelée.

Bibliographie

- Acker, F. (2004). Les infirmières en crise ?. *Mouvements*, 32, 60-66.
<https://doi.org/10.3917/mouv.032.0060>.
- Abbott, A. (2003). Écologies liées : à propos du système des professions. Dans P.-M. Menger, *Les professions et leurs sociologies*. Éd. de la maison des Sciences de l'Homme.
- (1988). *The System of Professions*. University of Chicago Press.
- Aïach, P., Fassin, D., Saliba, J. (1994). Crise, pouvoir et légitimité. Dans P. Aïach, D. Fassin (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeu de pouvoir et quête de légitimité*. Éd. Anthropos, séries Sociologiques, 364 p.
- Aïach, P. (1998). Les voies de la médicalisation. Dans P. Aïach, D. Delanoë (dir.), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas* (p.15-35). Éd. Economica.
- Akrich, M., Pasveer, B. (1996). *Comment la naissance vient aux femmes : les techniques de l'accouchement en France et aux Pays Bas*. Éd. Synthelabo, coll. « Les empêcheurs de tourner en rond ».
- Akrich, M. (2006). La description des objets techniques. Dans M. Akrich, M. Callon, B. Latour, *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*. Éd. Presses de Mines.
- Akrich, M., Bardes, F., et Phan, E. (2010). Les lieux de naissance en France : quel choix pour les usagers ?. *Spirale*, 54, 149-158.
<https://doi.org/10.3917/spi.054.0149>.
- Akrich, M., Rabeharisoa, V. (2012). L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire. *Santé Publique*, 24, 69-74.
<https://doi.org/10.3917/spub.121.0069>.
- APRE/PIRTEM-CNRS (1988). Les rapports sociaux de sexe : problématiques, méthodologies, champs d'analyses. *Les Cahiers de l'APRE, avril-mai 1988*, 3 vol., 291p.
- Arborio, A. (2009). 3. Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du « sale boulot ». Dans : D. Demazière, *Sociologie des groupes professionnels : Acquis récents et nouveaux défis* (p.51-61). Paris, Éd. La Découverte.

- Arborio, A., Lechien, M. (2019). La bonne volonté sanitaire des classes populaires : Les ménages employés et ouvriers stables face aux médecins et aux normes de santé. *Sociologie*, 10, 91-110. <https://www.cairn.info/revue--2019-1-page-91.htm>.
- Azcué, M., Tardif, J. (2012). L'engendrement vu du don. Ce qu'accoucher dans un monde biomédicalisé veut dire. *Revue du MAUSS*, 39, 163-179.
- Azcué, M., Tain, L. (2021). L'émergence du concept de « violence obstétricale » : l'impact du mouvement féministe. *Santé Publique*, 33, 635-643. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0635>.
- Bacqué, M., Biewener, C. (2015). *L'empowerment, une pratique émancipatrice ?*. Éd. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.bacqu.2015.01>.
- Badinter, E. (1980), *L'Amour en plus : Histoire de l'amour maternel, XVII^e – XX^e siècle*. Éd. Flammarion.
- Barbot, J. (2002). *Les Malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*. Paris, Éd. Balland, 307 p.
- Beauvalet-Boutouyrie S. (1999). *Naître à l'hôpital au XIX^e siècle*, Paris, Éd. Belin.
- (2010). La tragédie des maternités hospitalières au XIX^e siècle et les projets de réaménagement, *Spirale*, 2010/2 (n°54), p.21-29.
- De Beauvoir, S. (1949). *Le deuxième Sexe, Tome 2 : L'expérience vécue*. Éd. Gallimard.
- Beck, U. ([1986] 2001), *La société du risque : sur la voie d'une autre modernité*. Éd. Champs Essais.
- Begley, C.-M., Gyte, G. M., Devane, D., McGuire, W., et Weeks, A. (2011). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* (11):CD007412. doi: 10.1002/14651858.CD007412.pub3.
- Belliard, D. (2014). Sage-femme, une profession invisible. *Alternatives Économiques*, 333, 40-40. <https://doi.org/10.3917/ae.333.0040>.
- Bell, C., Muggleton, S., et Davis, D. (2022). Birth plans: A systematic, integrative review into their purpose, process, and impact, *Midwifery*, Vol. 111, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103388>.
- Benamouzig, D., Robelet, M. (2014). Les indicateurs qualité et l'intégration bureaucratique de l'hôpital. *Quaderni* [En ligne], 85 | Automne 2014, mis en ligne le 05 octobre 2016.

- Bereni, L., Revillard, A. (2012). Un mouvement social paradigmatique : Ce que le mouvement des femmes fait à la sociologie des mouvements sociaux. *Sociétés contemporaines*, 85, 17-41.
- Bergeras, M., Tain, L. ([2007] 2016). Des orthophonistes dans le monde de la voix : savoir, savoir-faire et légitimité. Dans L. Tain (dir.), *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*. Éd. EHESP.
- Bert, J.-F. (2007). *Michel Foucault. Regards croisés sur le corps (histoire, ethnologie, sociologie)*, Strasbourg, Éd. du Portique, coll. « Cahiers du Portique », 2007, 177 p.
- (2016). *Introduction à Michel Foucault*. Éd. La Découverte.
- Bihoux, P. (2022). Rénover avec (techno-)discernement. *Annales des Mines - Réalités industrielles*, 27-30. <https://doi.org/10.3917/rindu1.222.0027>.
- Biosse-Duplan, A. (2017). Démocratie sanitaire : cadre légal, périmètre et tentative de définition. Dans A. Biosse-Duplan, *Démocratie sanitaire : Les usagers dans le système de santé* (p.5-31). Paris, Éd. Dunod.
- Birman, C. (2003). *Au Monde. Ce qu'accoucher veut dire. Une sage-femme raconte...* Paris, Éd. La Martinière.
- Blidon, M. (2011). En quête de reconnaissance, la justice spatiale à l'épreuve de l'hétéronormativité. *Justice spatiale | spatial Justice*, n°03.
- Boltanski, L., Chiapello, E. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris, Éd. Gallimard.
- Boltanski, L. (2004). *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. Éd. Gallimard.
- The Boston Women's Health Book Collective (1973), *Our Bodies Our selves*. A touchstone book simon and shuster New York.
- Boudier, F., Bensebaa, F., et Jablanczy, A. (2012). L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. *Innovations*, 39, 13-25. <https://doi.org/10.3917/inno.039.0013>.
- Bourcier, S. (2001). *Queer Zones. Politiques des identités sexuelles, des représentations et des savoirs*, Éd. Balland.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *Int. J. Psychoanalysis*, 39, p.350- 373.

- Bowser, D., Hill, K. (2010). *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth*, Harvard School of Public Health.
- Bracke, S., Puig de la Bellacasa, M. (2013). Le féminisme du positionnement. Héritages et perspectives contemporaines. *Cahiers du Genre*, 54, 45-66. <https://doi.org/10.3917/cdge.054.0045>.
- Bretin, H., Philippe, C. ([2007] 2016). Les hommes orthophonistes. Dans L. Tain (dir.), *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*. Éd. EHESP.
- Butler, J. ([1990] 2005), *Gender trouble. Féminism and the subversion of Identity*. Éd. Routledge.
- ([1996], 2011), *Bodies That Matter. On the Discursive Limits of Sex*. Éd. Routledge.
- Buscatto, M. (2019). La fabrique des filles et des garçons. Dans M. Buscatto, *Sociologies du genre* (p.21-59). Paris, Éd. Armand Colin.
- Buton, F. (2005). Sida et politique : saisir les formes de la lutte. *Revue française de science politique*, 55, 787-810. <https://doi.org/10.3917/rfsp.555.0787>.
- Camus, J. (2012). Une féminité instituée : tensions normatives et encadrement des femmes à la maternité. Dans Y. Knibiehler, Arena, F., Cid Lopez, R.-M., (dir.), *La maternité à l'épreuve du genre*. Éd. Presses de l'EHESP.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Presses Universitaires de France.
- Cardi, C., Odier, L., Villani, M., et Vozari A.-S. (2016). Penser les maternités d'un point de vue féministe, *Genre, sexualité & société* [En ligne], 16 | Automne 2016, <https://doi.org/10.4000/gss.3917>.
- Cardin, H. (2014). La loi du 4 mars 2002 dite "loi Kouchner". *Les Tribunes de la santé*, 42, 27-33. <https://doi.org/10.3917/seve.042.0027>.
- Carricaburu, D. (1994). Les sages-femmes face à l'innovation. Dans : P. Aïach, D. Fassin (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeu de pouvoir et quête de légitimité*. Paris, Éd. Anthropos, séries Sociologiques, 364 p.
- (2000). *L'hémophilie au risque de la médecine*. Paris, Éd. Anthropos-Economica, 245 p.
- (2005). De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public. *Sociologie du travail*, vol. 47, n°2, <https://doi.org/10.4000/sdt.26412>.

- (2009). Confinement et déconfinement des luttes définitionnelles : le cas de la périnatalité et des infections nosocomiales. Dans C. Gilbert, H. Emmanuel (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Éd. La Découverte.
- (2010). Entre incertitude et risque, les professionnels de l'obstétrique face à l'accouchement podalique. Dans D. Carricaburu (dir.), *Risque et pratiques médicales* (p.35-47). Rennes, Éd. Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.carri.2010.01.0035>.
- Carricaburu, D., Ménoret, M. (2004). *Sociologie de la santé, Institutions, professions et maladies*. Éd. Armand Colin.
- Caudron, O. (2013). Former les sages-femmes des campagnes : Madame du Coudray, l'Aunis et la Saintonge (1765-1782). *Écrits d'Ouest, Société rochelaise d'histoire moderne et contemporaine*, p.17-28, hal-01651330.
- Caumel-Dauphin, F., Szejer, M. (2001). *Les femmes et les bébés d'abord. Pour une médicalisation raisonnée de la maternité*. Éd. Albin Michel.
- De Certeau, M. (2008). Pour une nouvelle culture : le pouvoir de parler. *Études*, 408, 628-635. <https://doi.org/10.3917/etu.085.0628>.
- Chabaud-Rychter, D., Fougeyrollas-Schwebel, D., et Sonthonnax, F. (1985), *Espace et temps du travail domestique*, Paris, Éd. Méridiens- Klincksieck.
- Chabaud- Rychter, D., Gardey, D. (2000). Techniques et genre. Dans H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doaré et D. Sénotier (dir.), *Dictionnaire critique du féminisme*. Paris, Éd. Presses Universitaires de France.
- Chadwick, R. (2017). Ambiguous Subjects: Obstetric Violence, Assemblage and South African Birth Narratives. *Feminism and Psychology*, online: 1-21.
- Chagnon, R. (2013). Gina Heathcote, *The Law on the Use of Force, a Feminist Analysis*, New York, Routledge, 2012. *Revue Québécoise de droit international*, vol. 26-1, p.265-268.
- (2016). Les femmes et la justice au Canada : quelle justice ?. *Nouveaux Cahiers du socialisme*, (16), p.111-118.
- Chagnon, R., Obertan, P. (2010). Le droit à l'égalité et la lutte aux stéréotypes sexuels et sexiste, un arrimage difficile. *Labrys, études féministes/ estudos feministas*, n°17. En ligne : <http://www.tanianavarrosain.com.br/labrys/labrys17/droits/rachell.htm>.

- Chanial, P. (2010). Le New public management est-il bon pour la santé ?, *Revue du Mauss*, 2010 | 1 (n°35), p.135-150.
- Chantseva, V. (2021). Rendre « propre » son enfant selon son « rythme » individuel. Contraintes temporelles contradictoires d'un apprentissage d'hygiène. *Revue des politiques sociales et familiales*, 2021/2-3 (n°139-140), p.27-43.
- Chattopadhyay, S., Mishra, A., et Jacob, S. (2018). "Safe", yet violent? Women's experiences with obstetric violence during hospital births in rural Northeast India. *Culture, Health & Sexuality*, 20 (7) : 815-829.
- Chetcuti, N. (2010). *Se dire lesbienne. Vie de couple, sexualité, représentation de soi*. Éd. Payot, 300 p.
- Clarke, A., Fishman, J.-R., Fosket, J.-R., Mamo, L., et Shim, J.-K. (2000). Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales, rhizomes mondiaux. *Sciences sociales et santé*. Vol. 18, n°2, 2000. p.11-42.
- Clarke, A., Shim, J.-K., Mamo, L., Fosket, J.-R., et Fishman J.-R. (2003) Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, Vol. 68, No. 2 (Apr., 2003), pp. 161-194.
- Clerc, J., Doret, M., Decullier, E., Claris, O., Picaud, J.-C., et Dupuis, O. (2011). Les naissances des grands prématurés en dehors des maternités de type III sont-elles évitables ? Expérience du réseau Grand Lyon. *Gynecol Obstet Fertil*. 39(7-8) :412-7. Doi : 10.1016/j.gyobfe.2011.02.020. Epub 2011 Jul 13. PMID : 21742533.
- Collin, F. (1989). Les maternités et leurs interprétations, l'ovaire-dose ?. *Acte du colloque des 3-4 décembre 1988*, Planning Familial, SYROS, p.41-49.
- (2000). Théorie de la différence des sexes. Dans H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doaré et D. Sénotier (dir.), *Dictionnaire critique du féminisme*. Paris, Éd. Presses Universitaires de France.
- Connell, R. (2014). *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie*. Éd. Amsterdam.
- (2002), *Gender*, Polity Press, Cambridge.
- Couty, E. (2020). Les transformations de l'administration hospitalière. *Revue française d'administration publique*, 174, 351-362. <https://doi.org/10.3917/rfap.174.0055>.

- (2021). Concertation, négociation, médiation : des atouts pour la démocratie en santé. *Les Tribunes de la santé*, 67, 93-110. <https://doi.org/10.3917/seve1.067.0093>.
- Courduriès, J., Herbrand, C. (2014). Genre, parenté et techniques de reproduction assistée : bilan et perspectives après 30 ans de recherche. *Enfances Familles Générations* [En ligne], 21 | 2014, mis en ligne le 15 mai 2015.
- Courduriès, J. (2017). Nommer son enfant lorsqu'on est deux parents du même sexe. *Clio. Femmes, Genre, Histoire* [En ligne], 45 | 2017, mis en ligne le 01 mai 2020. URL : <http://journals.openedition.org/clio/13533> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/clio.13533>.
- Cresson, G., Schweyer, F. (2000). Introduction. Dans G. Cresson (dir.), *Les usagers du système de soins* (p.9-12). Rennes, Éd. Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.schwe.2000.01.0009>.
- Crompton, R. (dir.) (1999). *Restructuring Gender Relations and Employment. The Decline of the Male Bread winner*. Oxford University Press, Oxford.
- Crozier, M., Friedberg, E. (1977). *L'Acteur et le Système. Les contraintes de l'action collective*. Paris, Éd. Seuil.
- Darius, M., Déchaux, J.-H. (2017). Les familles homoparentales féminines dans la bio-économie reproductive, *Ethnologie française*, 2017 | 3, Vol.47, p.425-436. PUF.
- Déchaux, J. (2010). Agir en situation : effets de disposition et effets de cadrage. *Revue française de sociologie*, 51, 720-746. <https://doi.org/10.3917/rfs.514.0720>.
- (2014). Une autre manière de fabriquer de la parenté ? *Enfances Familles Générations* [En ligne], 21. URL : <http://journals.openedition.org/efg/715>.
- Delphy, C. (1999). *L'ennemi principal. I, Économie politique du patriarcat*, Paris, Éd. Syllepse, Coll. « Nouvelles questions féministes ».
- Descoutures, V. (2010). *Les mères lesbiennes*, Éd. Presses Universitaires de France.
- Desprès, C. (2010). Les femmes enceintes face aux incertitudes de la grossesse. Dans D. Carricaburu (dir.), *Risque et pratiques médicales* (pp. 139-154). Rennes, Éd. Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.carri.2010.01.0139>.
- Detrez, C. (2002). *La construction sociale du corps*. Éd. Seuil, 257 p.
- Didierjean-Jouveau, C.-S. (2007). Des états généraux de la naissance à la plate-forme périnatalité, *Spirale* 2007/1 (n°41), p.30-42.

- Diniz, C., Yoshie Niy, D., et Da Silva Cabral, C. (2021). Les « violences obstétricales » comme subversion épistémique : Saisir des maltraitances anciennes dans un concept nouveau. *Cahiers du Genre*, 71, 57-80. <https://doi.org/10.3917/cdge.071.0057>.
- Diniz, S.-G., Chacham, A.-S. (2004). “The cut above” and “the cut below”: the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters* 12, n°23: 100–110.
- Divay, S., Girard, L. (2019). Éléments pour l'ébauche d'une socio-histoire du groupe professionnel infirmier. Un fil conducteur : la formation des infirmières et de leurs cheffes. *Recherche en soins infirmiers*, 139, 64-83. <https://doi.org/10.3917/rsi.139.0064>.
- Dodier, N. (1993). *L'expertise médicale : Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Éd. Métailié. <https://doi.org/10.3917/meta.dodie.1993.01>.
- (2003), *Leçons politiques de l'épidémie de sida*. Éd. Presses de l'EHESS.
- Dodier, N., Barbot, J. (2000). Le temps des tensions épistémiques. Le développement des essais thérapeutiques dans le cadre du sida. *Revue française de sociologie*, 41-1 p.79-118.
- Dorlin, E. (2006). *La matrice de la race*. Paris, Éd. La Découverte.
- Dorlin, E. (2008). *Sexe, genre et sexualités : Introduction à la théorie féministe*. Éd. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.dorli.2008.01>.
- Downs, L. (2009). Le genre est partout. *Travail, genre et sociétés*, 21, p.155-166.
- Dubar, C., Tripiet, P. (1998). *Sociologie des professions*. Éd. Armand Colin.
- Dubet, F. (2004). Pourquoi rester « classique » ?. *Revue du MAUSS*, vol. n°24, n°2, p.219-232.
- Dumas, C., Faurand-Tournaire A.-L. (2010). Ethnographie d'un hôpital cambodgien. *Moussons* [En ligne], 15 | 2010, mis en ligne le 01 octobre 2012. DOI : <https://doi.org/10.4000/moussons.297>.
- Ehrenreich, B., English, D. ([1976] 1983). *Sorcières, sages-femmes et infirmières. Une histoire des femmes et de la médecine*. Éd. du Remue-Ménage.
- Nina, E. (2010). *L'évitement du politique. Comment les Américains produisent l'apathie dans la vie quotidienne*. Éd. Économica, coll. « Études Sociologiques », 352 p., EAN : 9782717858624.

- D'Ercole, C., Debillon, T., Deneux-Tharaux, C., et Dupont, C. (2017). Communiqué de presse : violences obstétricales, écoute et évolution des pratiques, une dynamique permanente. *Revue de Médecine Périnatale*, 9, 197-198. <https://doi.org/DOI 10.1007/s12611-017-0441-9>.
- Evrard, A. (2021). Violences gynécologiques et obstétricales : une justice au forceps. *Délibérée*, 13, 73-79. <https://doi.org/10.3917/delib.013.0073>.
- Fainzang, S. (2006). *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Éd. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.fainz.2006.01>.
- Faircloth, C. (2013). *Militant Lactivism? Attachment Parenting and Intensive Motherhood in the UK and France*. Berghahn Books, New York, 2013, 278 p.
- Fassin, D. (1996), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris, Éd. Presses Universitaires de France.
- (1998). Les politiques de la médicalisation. Dans : P. Aïach, D. Delanoë, *L'ère de la médicalisation*. Paris, Éd. Economica : 1-14.
- (2006). Avant-propos. Anesthésie politique et intérêt anthropologique. Dans D. Fassin (dir.), *Quand les corps se souviennent : Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud* (p.9-25). Paris, Éd. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.fassi.2006.01.0009>.
- (2017). Gouverner les vies. Dans : H. Lhéréty (dir.), *Michel Foucault : L'homme et l'œuvre. Héritage et bilan critique* (p.142-145). Auxerre, Éd. Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.lhere.2017.01.0142>.
- Fassin, D., Memmi, D. (2004). *Le gouvernement des corps*, Éd. EHESP.
- Faure, O. (1996). Les voies multiples de la médicalisation. *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 43-4, 571-577. <https://www.cairn.info/revue--1996-4-page-571.htm>.
- Faure, O. (2002). L'homéopathie entre contestation et intégration. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143, p.88-96.
- Favier, C. (2014). Les combats féministes dans le champ de la santé. *Les Tribunes de la santé*, 44, 25-34. <https://doi.org/10.3917/seve.044.0025>.
- Favre, A. (2000). *Moi, Adeline, accoucheuse*. Éd. Cabedita.
- Favret-Saada, J. (1977). *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage*. Éd. Gallimard.

- Feenberg, A. (2004). *(Re)penser la technique. Vers une technologie démocratique*. Trad. de l'anglais par A.-M. Dibon, Paris, Éd. La Découverte/MAUSS, coll. Recherches, 2004, 234 p.
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine*. New York, Harper & Row, traduction française : La Profession médicale, Paris, Éd. Payot, 1984 (préface de C. Herzlich).
- Freidson, E. (1996). *Theory of professionalism: method and subsistence*. Conférence de Nottingham.
- Federici, S. (2004). *Caliban et la sorcière : femmes, corps et accumulation primitive*, Éd. Entremonde, 464 p.
- Fermon, B., et Grandjean, P. (2015). *Performance et innovation dans les établissements de santé*. Éd. Dunod.
- Fillieule, O., Mathieu, L. (2020). Structure des opportunités politiques. Dans O. Fillieule (dir.), *Dictionnaire des mouvements sociaux*. 2^e édition mise à jour et augmentée (p.573-580). Paris, Éd. Presses de Sciences Po.
- Fillion, E. (2012). Quelles stratégies de soins face à des risques concurrents : Les professionnels de la grossesse et de la naissance aux prises avec des conflits de légitimité. *Sciences sociales et santé*, 30, 5-28. <https://doi.org/10.3917/sss.302.0005>.
- Foucault, M. (1976), *La volonté de savoir*. Paris, Éd. Gallimard.
- (1976 b), Crise de la médecine ou de l'antimédecine. *DE III*, no 170, p.40-58, Éd. Galimard.
- (2013), *Philosophie. Anthologie*. Éd. Folio.
- Fougeyrollas-Schwebel, D. (2005). Controverses et anathèmes au sein du féminisme français des années 1970, *Cahier du genre*, 2005 | 2, n°39, p.13-26.
- Fouque, A. (2004). *Il y a deux sexes*. Paris, Éd. Galimard.
- (2009). Les enjeux de la gestation pour autrui : Entretien avec Antoinette Fouque. *Le Débat*, 157, 145-157. <https://doi.org/10.3917/deba.157.0145>.
- Fox, R. (1988). *L'incertitude médicale*. Éd. L'Harmattan.
- Freedman, L. P., Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*, 384(9948).

- Fressoz, J., Pestré, D. (2013). Risque et société du risque depuis deux siècles. Dans D. Bourg (dir.), *Du risque à la menace : Penser la catastrophe* (p.17-56). Paris, Éd. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.bourg.2013.02.0017>.
- Frickert, D., (2009). “Il n’y a pas l’homme et la femme” (Ga 3,28), utopie ou défi ?. *Revue des sciences religieuses*, 83 | 1.
- Galerand, E., Kergoat, D. (2008). Le potentiel subversif du rapport des femmes au travail. *Nouvelles Questions Féministes*, 27, 67-82. <https://doi.org/10.3917/nqf.272.0067>.
- (2014). Consubstantialité vs intersectionnalité ? À propos de l’imbrication des rapports sociaux. *Nouvelles pratiques sociales*, 26(2), 44–61.
- Gamelin-Lavois, S. (2005). *Accoucher en sécurité. Plaidoyer pour une naissance plus naturelle*. Éd. Vivez Soleil.
- Gandon, A.-L. (2009). L’écoféminisme : une pensée féministe de la nature et de la société. *Recherches féministes*, vol. 22, n°1, 2009, p.5–25.
- Garcia, S. (2011). *Mères sous influence : De la cause des femmes à la cause des enfants*. Éd. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.garci.2011.01>
- Gardey, D., Löwy, I. (2000). *L’invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*. Éd. des archives contemporaines.
- Gaudillière, J. (2002). *Inventer la biomédecine : La France, l’Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)* (p.36-79). Paris, Éd. La Découverte.
- Gelbart, N. (1998). *The King’s Midwife. A History and Mystery of Madame du Coudray*, Berkeley, University of California Press.
- Gélis, J. (1977). Sages-femmes et accoucheurs : l’obstétrique populaire aux XVII^e et XVIII^e siècles. *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*. 32^e année, n°5, p.927-957.
- (1984). *L’arbre et le fruit. La naissance dans l’Occident moderne (XVI^e – XIX^e siècle)*. Paris, Éd. Fayard.
- (1988). *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Éd. Fayard.
- (2006). *Les enfants des limbes. Mort-nés et parents dans l’Europe chrétienne*, Paris, Éd. Audibert, 2006, 396 p.

- Gilligan, C. ([1986]2019). *Une voix différente : La morale a-t-elle un sexe ?*. Paris, Éd. Flammarion, coll. « Champs essais », 336 p.
- Girard, G. (2007). *Interview Elsa Dorlin : le Queer est un matérialisme, Femmes, genre, féminisme*, Éd. Syllepse.
- Godelier, M. (2009). Corps, parenté, pouvoir(s) chez les Baruya de Nouvelle-Guinée. Dans M. Godelier, M. Panoff (dir.), *Le corps humain. Conçu, supplicié, possédé, cannibalisé*, Éd. CNRS.
- Godelier, M., Panoff M. (dir.) (2009). *Le corps humain. Conçu, supplicié, possédé, cannibalisé*, Éd. CNRS.
- Goffman, E. (1963). *Stigmate. Les usages sociaux du handicap*. Éd. Les Éditions de Minuit. Coll. Sens commun.
- ([1974] 1991). *Les Cadres de l'expérience*. Éd. Les Éditions de Minuit.
- Gojard, S. (2010). *Le métier de mère*. Éd. La Dispute.
- Gremmo-féger, G. (2009). De quoi le nouveau-né bien portant a-t-il besoin en salle de naissance ?, XXXIXe journées nationales de néonatalogie.
- Gross, M. (2009). Les familles homoparentales : entre conformité et innovations. *Informations sociales*, 2009 | 4, p.106-114.
- (2017). L'accès des couples de femmes à la procréation médicalement assistée : questions de filiation. *Droit et cultures* [En ligne], 73 | 2017-1, DOI : <https://doi.org/10.4000/droitcultures.4102>.
- Gross, M., Courduries, J., et De Federico, A. (2014). Le recours à l'AMP dans les familles homoparentales : état des lieux. Résultat d'une enquête menée en 2012. *Socio-logos, Revue de l'association française de sociologie*, 9 | 2014.
- Guillaumin, C. (2016 [1992]). *Sexe, race et pratique du pouvoir. L'idée de nature*. Donnemarie-Dontilly, Éd. iXe.
- Haicault, M. (1984). La gestion ordinaire de la vie en deux. *Sociologie du travail*, 26^e année n°3, Juillet-septembre 1984. Travail des femmes et famille. p.268-277.
- Haraway, D. ([1992] 2012). Les promesses des monstres : politiques régénératives pour d'autres impropres/inapproprié-e-s. Dans E. Dorlin, E. Rodriguez (dir.), *Penser avec Donna Haraway*, Éd. Presses Universitaires de France.
- Harding, S. G. (1991). *Whose science? Whose knowledge? thinking from women's lives*. Cornell University Press,

- Harne, L. (2002). Nouveaux pères, violence et garde des enfants. *Nouvelles Questions Féministes*, 2002 | 2, p.8-30.
- Hegel, G. ([1807] 2017). *La phénoménologie de l'esprit*. Éd. L'Harmattan.
- Henry, S. (2009). Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie : entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux. *Genre & Histoire* [En ligne]. Vol.5, <https://doi.org/10.4000/genrehistoire.836>.
- Henry, M. (2000). *Incarnation. Une philosophie de la chair*. Éd. Seuil.
- Herreros G. (2007). L'hôpital à l'épreuve des réformes. *Socio-anthropologie*, 21 | 2007, p.23-36.
- (2012). *La violence ordinaire dans les organisations : Plaidoyer pour des organisations réflexives*. Éd. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.herre.2012.01>.
- Herreros, G., Milly, B. (2011). *La qualité à l'hôpital. Un regard sociologique*. Éd. L'Harmattan.
- Héritier, F. (1996). *Masculin/féminin I. La pensée de la différence*. Paris, Éd. Odile Jacob.
- (2002). *Masculin/Féminin II. Dissoudre la hiérarchie*. Paris, Éd. Odile Jacob.
- Hirata, H., Kergoat, D. (1998). La division sexuelle du travail revisitée. Dans M. Maruani (dir.), *Les nouvelles frontières de l'inégalité*, Paris, Éd. La Découverte, p.93-104.
- Honneth, A. (1992). *La lutte pour la reconnaissance*. Éd. Folio.
- Hughes E.-C. (1958). *Men and Their Work*. Glencoe, Free Press.
- (1996). *Le Regard sociologique. Essais choisis*. Paris, Éd. de l'EHESS.
- Ibos, C. (2019). Éthiques et politiques du *care*. Cartographie d'une catégorie critique. *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 49, 181-219, <https://doi.org/10.4000/clio.16440>.
- Illich, I. (1974). *Némésis médicale, l'expropriation de la santé*. Éd. Seuil.
- (1994). Health as one's own responsibility: no, thank you!. *Journal of Consciousness Studies*, vol. 1, n°1, 1994, p.25-31 (7).
- Imaz, E. (2010). *Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación*. Catedra. Coll. Feminismos.
- (2017). La maternité partagée chez les couples de lesbiennes. *Ethnologie française*, 47, 437-446. <https://doi.org/10.3917/ethn.173.0437>.

- Instititoris, H., Sprenger, J. ([1486-1487] 1893-1898). *Le Marteau des sorcières*. (trad. Jules Michelet) Paris, Éd. Flammarion.
- Ion, J., Ravon, B. (1998). Causes publiques, affranchissement des appartenances et engagement personnel. *Lien social et Politiques*, n°39, 1998, p.59-71.
- Irigaray, L. (1985). Sur l'éthique de la différence sexuelle. *Les cahiers du GRIF*, Année 85, n°32, p.115-119.
- (1995). Femmes et hommes : une identité relationnelle différente. Dans EPHESIA, *La place des femmes : Les enjeux de l'identité et de l'égalité au regard des sciences sociales* (pp. 137-142). Paris, Éd. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.ephes.1995.01.0137>.
- Jacquemart, A. (2017). Une histoire genrée des mouvements suffragistes. Vingtième Siècle. *Revue d'histoire*, 133, 3-14. <https://doi.org/10.3917/ving.133.0003>.
- Jacques, B. (2007). *Sociologie de l'accouchement*. Éd. Presses Universitaires de France – Le Monde.
- Jacques, B., et Purgues, S. (2012). L'entrée des hommes dans le métier de sage-femme : faire sa place dans un monde professionnel « ultraféminisé ». *Revue française des affaires sociales*, 52-71. <https://doi.org/10.3917/rfas.122.0052>.
- Jardin, E. (2009). L'acteur et le système. Dans : X. Molénat éd., *La sociologie* (p.170-170). Auxerre, Éd. Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.molen.2009.01.0170>.
- Jaubert M.-J. (1979). *Les bateleurs du mal-joli. Le mythe de l'accouchement sans douleur*. Éd. Balland.
- Jeanne, Y. (2007). Désiré Magloire Bourneville, rendre leur humanité aux enfants « idiots ». *Reliance*, 24, 144-148.
- Joseph, I. (2007). *L'athlète moral et l'enquêteur modeste*, Éd. Economica, coll. Études sociologiques.
- Juven, P.-A., Vincent, F. (2022). 29. Hôpital. Dans D. Fassin (dir.), *La société qui vient*. (p.541-555). Éd. Seuil.
- Kergoat, D. (1978). Ouvriers = ouvrières ? Propositions pour une articulation théorique des deux variables : sexe et classes sociales. *Critiques de l'économie politique*, n°5, 65-97.
- (1992). *Les infirmières et leur coordination, 1988-1989*. Paris, Éd. Lamarre.

- (2000). Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe. Dans H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doaré et D. Sénotier (dir.), *Dictionnaire critique du féminisme*. Paris, Éd. Presses Universitaires de France.
- (2010). Le rapport social de sexe de la reproduction des rapports sociaux à leur subversion. Dans A. Bidet-Mordrel (dir.), *Les rapports sociaux de sexe* (p.60-75). Paris, Éd. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.colle.2010.01.0060>.
- (2011). Comprendre les rapports sociaux. *Raison présente*, n°178, 2^e trimestre 2011. p.11-21.
- (2012). *Se battre, disent-elles*. Paris, Éd. La Dispute, coll. Le genre du monde.
- (2021). Penser la complexité : des catégories aux rapports sociaux. *La Pensée*, 407, p.127-139. <https://doi.org/10.3917/lp.407.0127>.
- Kiner, A. (2017). *La nuit des béguines*. Éd. Liana Lévi.
- Knibiehler, Y., Fouquet, C. (1983). *La femme et les médecins*. Éd. Hachette.
- Knibiehler, Y. (2000). *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, Éd. Presses Universitaires de France.
- (2007). *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XX^e*. Rennes, Éd. ENSP.
- (2013). Maternité et féminisme. *Travail, genre et sociétés*, 30, p.5-27.
- Kosofsky Sedwick, E. (1990). *Epistemology of the closet*. Éd. University of California Press.
- Labarrière, D. (2020). *Le bûcher des sorcières*. Éd. Pygmalion.
- Lacan, J. (1966). *Le séminaire sur "La Lettre volée"*. *Écrits*. Paris, Éd. Seuil, coll. Champ Freudien, p.11-61.
- Lacaze, G. (2004). Les techniques du corps chez les Mongols : une application de la notion Maussienne. *Techniques & Culture*, 42, <https://doi.org/10.4000/tc.114>.
- Lafontaine, C. (2014). *Le corps marché. La marchandisation de la vie humaine à l'ère de la bioéconomie*. Paris, Éd. Seuil.
- Lahaye, M.-H. (2018). *Accouchement – Les femmes méritent mieux*, Éd. Michalon.
- Lambin, R. (1995). Paul et le voile des femmes. *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, 2, 4-4. <https://doi.org/10.4000/clio.488>.
- Laplantine, F. ([1986] 1992). *Anthropologie de la maladie*. Éd. Payot.

- Laqueur, T. (1992). *La Fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*. Éd. Gallimard
- Lascoumes, P. (2007). L'usager dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ? *Politiques et management public*, vol. 25, n°2, 2007. p.129-144. <https://doi.org/10.3406/pomap.2007.2371>.
- Lascoumes, P., Bouchard, J. (2017). Le patient, objet de mobilisation : Entretien avec Pierre Lascoumes. *Politiques de communication*, 9, p.17-35. <https://doi.org/10.3917/pdc.009.0017>.
- Lausberg, S. (2020). Violences obstétricales, un enjeu de la lutte contre les violences envers les femmes. *Périnatalité*, 12, 157-164. <https://doi.org/10.3166/rmp-2020-0097>.
- Lavillonniere, J., Le Du, M. (2022). *Manuel d'obstétrique physiologique pour l'accompagnement des femmes et des couples au cours de la grossesse et de l'accouchement*. Éd. Presses Universitaires François Rabelais. p.168.
- Le Breton, D. (1999). *L'adieu au corps*. Paris, Éd. Métailié.
- (2010). Mauss et la naissance de la sociologie du corps. *Revue du MAUSS*, 36, 371-384. <https://doi.org/10.3917/rdm.036.0371>.
- (2018). *La sociologie du corps*. Éd. Presses Universitaires de France.
- Leboyer, F. (1974). *Pour une naissance sans violence*. Éd. Seuil.
- (1976). *Shantala : un art traditionnel, le massage des enfants*. Éd. Seuil.
- Lecoeur, C., Thibon, P., Prime, L., Mercier, P.-Y., Balouet, P., Durin, L., Deon, G., Lefevre, P., Le Coutour, X., Guillois, B., et Dreyfus, M. (2014). Frequency, causes and avoidability of outborn births in a French regional perinatal network. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 179:22-6. Doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.05.009. Epub 2014 May 21. PMID: 24965974.
- Le Naour, J.-Y., Vanlanti, C. (2001). Du sang et des femmes. Histoire médicale de la menstruation à la Belle Époque. *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, 14 | 2001, 207-229. <https://doi.org/10.4000/clio.114>.
- Lefaucheur, N. (1988). La résistible création des accoucheurs des hôpitaux. *Sociologie du Travail*, n°2-88. <https://doi.org/10.3406/sotra.1988.2405>.
- Le Feuvre, N. (2001). La féminisation de la profession médicale : voie de recomposition ou transformation du « genre ». Dans P. Aïach, D. Cèbe, G. Cresson, C. Philippe, *Femmes et hommes dans le champ de la santé*. Éd. EHESP.

- (2003). Le “genre” comme outil d’analyse sociologique. Dans D. Fougeyrollas-Schwebel, C. Planté, M. Riot-Sarcey, C. Zaidman (dir.), *Le genre comme catégorie d’analyse*. Éd. L’Harmattan, p.39-52.
- Lhuilier, D. (2005). Le sale boulot. *Travailler*, 2005 | 2, n°14, p.73-98, <https://doi.org/10.3917/trav.014.0073>.
- Löwy, I. (2005). Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale : Le Women Health Movement et les transformations de la médecine aux États-Unis. *Travail, genre et sociétés*, 14, 89-108. <https://doi.org/10.3917/tgs.014.0089>.
- Löwy, I., Rozée Gomez, V., et Tain, L. (2014). Nouvelles techniques reproductive, nouvelle production du genre. *Cahiers du genre*. 56, 5-18. Éd. L’Harmattan. <https://doi.org/10.3917/cdge.056.0005>.
- De Luca, V., Vilboux, R. ([2007] 2016). Les pionnières : récits de trajectoire dans les années 1950-1960. Dans L. Tain (dir.), *Le métier d’orthophoniste : langage, genre et profession*, Éd. EHESP.
- Lupton, D., Barclay, L. (1997). *Constructing Fatherhood, discourses and experiences*. Sage Publications.
- Mahaim, A., Holt, A., Heinen, J. (1979). *Femmes et mouvement ouvrier : Allemagne d’avant 1914, Révolution russe, Révolution espagnole*. Éd. Brèche.
- Marciano, P. (coord.) (2003). *Le père, l’homme et le masculin en périnatalité*. Éd. Eres.
- Martinent, E. (2002). La démocratie sanitaire, le service public de la santé et l’usager. *Cahiers Hospitaliers*, n°183, octobre, p.32-34.
- Mathieu, N.-C. (1973). Homme-culture et femme-nature ?. *L’Homme*, tome 13 n°3. p.101-113.
- (1984). De la conscience dominée des femmes. *Les Cahiers du GRIF*, n°29. p.73-75.
- (1985). *L’arraisonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*. Coll. Cahiers de l’Homme n°24, Éd. de l’École des Hautes Études en Sciences sociales, Paris, 1985, 251 p.
- (1991). *L’Anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*. Paris, Éd. Côté-femmes.
- Mathieu, M., Ruault, L. (2018). Une incursion collective sur un terrain éclaté pour une approche matérialiste des activités liées à la production des êtres humains. *Recherches sociologiques et anthropologiques* [En ligne], 48-2 | 2017, mis en

ligne le 10 juillet 2018, URL : <http://journals.openedition.org/rsa/1871> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rsa.1871>.

- Mauss, M. (1934). *Les techniques du corps*. Communication présentée à la Société de Psychologie.
- Memmi, D. (2003). *Faire vivre et laisser mourir*. Paris, Éd. La Découverte.
- (2014). *La revanche de la chair. Essai sur les nouveaux supports de l'identité*. Paris, Éd. Seuil.
- (2015). *La seconde vie des bébés morts*. Éd. de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Merleau-Ponty, M. (1964). *Le visible et l'invisible*. Paris, Éd. Gallimard.
- Mill, J. ([1975] 2005). *L'asservissement des femmes*. Éd. Payot, pour la traduction française.
- Mitchell, J. ([1966] 1971). *Women's Estate*. Penguin. 182 p.
- Moison, J. (2012). Le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalières et organisation. *Droit et société*, 80, 91-115. <https://doi.org/10.3917/drs.080.0091>.
- Molinier, P. (2000). Virilité défensive, masculinité créatrice. *Travail, genre et sociétés*, 3, 25-44. <https://doi.org/10.3917/tgs.003.0025>.
- Monnet, E. (2007). La théorie des « capacités » d'Amartya Sen face au problème du relativisme. *Tracés. Revue de Sciences humaines* [En ligne], 12 | 2007, mis en ligne le 18 avril 2008.
- Naiditch, M., Brémond, M. (1998). Réseaux et filières en périnatalogie, définitions, typologie et enjeux. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 27, supplément n°2, p.52-61.
- Naiditch, M. (2014). La sage-femme face aux pouvoirs : une analyse politique de la grève de 2013-2014. *Profession sage-femme* ; 208 : 22-28.
- Nettleton, S. (1995). *The sociology of health and illness*. Polity Press, Cambridge
- Neyrand, G. (2000). *L'enfant, la mère et la question du père. Un bilan critique de l'évolution des savoirs sur la petite enfance*. Éd. Presses Universitaires de France.
- Nisand, I.(1994). Démédicaliser ou humaniser ?. *Les dossiers de l'Obstétrique*. n°213, p.15-18.
- Oakley, A. (1972). *Sex, Gender and Society*. Londres, Temple Smith.

- (1980). *Women Confined: Towards a sociology of childbirth*. Oxford, Martin Robertson.
- (1984). *The Captured Womb: A history of the medical care of pregnant women*. Oxford, Basil Blackwell.
- (1993). *Essays on Women, Medicine and Health*. Edinburgh, Edinburgh University Press.
- Odent, M. (1976). *Bien Naître*, Éd. Seuil.
- (2001). *L'amour scientifié. Les mécanismes de l'amour*. Éd. Jouvance.
- Paperman, P. (2006). *Le souci des autres. Ethique et politique du care*. Éd. de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Parini, L. (2006). *Le système de genre*. Seisond, Zürich.
- Pfefferkorn, R. (2007). *Inégalités et rapports sociaux. Rapports de classes, rapports de sexes*. Éd. La Dispute, coll. « Le genre du monde », 412 p.
- Philippe, C. ([2007] 2016). L'institutionnalisation de l'orthophonie : vers l'autonomie (1940-2005) ?. Dans : L. Tain (dir.), *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*. Éd. EHESP.
- Picot, G. (2005). Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable : Le cas de deux services hospitaliers. *Revue française des affaires sociales*, 83-100. <https://doi.org/10.3917/rfas.051.0083>.
- Pierru, F. (2013). Impératifs gestionnaires et phronesis médicale : esquisse sociologique d'un engagement éthique dans un grand hôpital parisien. *Quaderni* [En ligne], 82 | Automne 2013, mis en ligne le 05 octobre 2015, consulté le 03 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/quaderni/745> ; DOI : 10.4000/quaderni.745.
- Pires Lucas d'Oliveira, A.-F., Grilo Diniz, V., et Blima Schraiber, L. (2002). Violence against Women in Health-Care Institutions: An Emerging Problem. *The Lancet* 359, n°9318 : 1681-85, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6).
- De Pourville, G. (2003). Rationaliser le système de soins : efficacité et équité. Dans I. Baszanger, M. Bungener, et A. Paillet (dir.), *Quelle médecine voulons-nous ?*. Éd. La Découverte.
- Praz, A., Modak, M., et Messant, F. (2011). « Produire des enfants » aujourd'hui : un défi pour l'analyse féministe. *Nouvelles Questions Féministes*, 30, 4-10. <https://doi.org/10.3917/nqf.301.0004>.

- Pruvost, G. (2016). Qui accouche qui ? Étude de 134 récits d'accouchement à domicile. *Genre, sexualité & société* [En ligne], 16 | Automne 2016, mis en ligne le 20 décembre 2016. <https://doi.org/10.4000/gss.3849>.
- Quéniart, A. (1989). Prévention des risques et contrôle social : l'exemple de la maternité. *Déviance et société*, vol.13 n°4, p.327-337.
- Rabeharisoa, V., Callon, M. (2002). L'engagement des associations de malades dans la recherche. *Revue internationale des sciences sociales*, 171, p.65-73. <https://doi.org/10.3917/riss.171.0065>.
- Rancière, J. (1993). L'histoire des femmes entre subjectivation et représentation. *Annales ESC*, n°4, p. 1011-1019.
- Rich, A. ([1976] 1986). *Of Woman Born. Motherhood and institution*. Éd. Norton, 322 p.
- (2010). *La contrainte à l'hétérosexualité et autres essais*. Genève-Lausanne, Éd. Mamamélis-Nouvelles Questions Féministes.
- Richard-Guerroudj, N. (2014). Le rôle des sages-femmes, une comparaison. France-Angleterre. *Les Tribunes de la santé*, 44, 85-91. <https://doi.org/10.3917/seve.044.0085>.
- Rimlinger, C. (2021). Féminin sacré et sensibilité écoféministe. Pourquoi certaines femmes ont toujours besoin de la Déesse. *Sociologie*, 12, 77-91.
- Rognon, F. (2012). *Génération Ellul. Soixante héritiers de la pensée de Jacques Ellul*. Genève, Labor et Fides.
- Rousseau, J.-J. ([1755] 1995). *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*. Éd. Folio, 185 p.
- Routelous, C. (2013). L'hôpital à l'épreuve de la performance économique : doctrines, instruments et hybridations des valeurs. *Quaderni* [En ligne], 82 | Automne 2013, <http://journals.openedition.org/quaderni/735>; DOI : 10.4000/quaderni.735.
- Roux, S., Courduriès, J. (2017). La reproduction nationale. *Genèses*, 108, 3-8. <https://doi.org/10.3917/gen.108.0003>.
- Rozée, V. (2012). L'homomaternité issue de l'assistance médicale à la procréation en France : état des lieux d'un recours transnational. *Raison Publique*, dossier « La bioéthique en débat : angles vifs et points morts » dirigé par D.Borillo et E.Fassin, <http://www.raison-publique.fr/article531.html>. ffhalshs-00613674v2f.
- (2013). Elles font des bébés toutes seules. *Terrain*, 61 | 2013, p.134-149.

- Rozée V., Tain L. (2010). Le recours aux techniques procréatives : des disparités nationales aux circuits transnationaux. Dans V. Chasles, *Santé et Mondialisation*, Université Jean Moulin Lyon 3, p.297-314.
- Rozée, V., Schantz, C. (2021). Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique. *Santé Publique*, 33, 629-634. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0629>.
- Rubin, G. (2010). *Surveiller et jouir. Anthropologie politique du sexe*. Éd. EPEL.
- Rudigoz, R.-C., Huissoud, C., Delecour L., Thévenet, S., et Dupont, C. (2014). Césariennes urgentes non programmées : intérêt des codes couleur pour la gestion optimale des urgences obstétricales. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 198, n°6, 1123-1140, séance du 24 juin 2014.
- Sage Pranchère, N. (2017). *L'école des sages-femmes. Naissance d'un corps professionnel (1786-1917)*. Tours, Éd. Presses universitaires Francois Rabelais, coll. « Perspectives historiques », 2017, 456 p., préface de Jean-Pierre Bardet, ISBN : 978-2-86906-422-5.
- St-Amant, S. (2015). Naît-on encore ? Réflexions sur la production médicale de l'accouchement. *Recherches familiales*, 12, 9-25. <https://doi.org/10.3917/rf.012.0009>.
- Sauvegrain, P. (2021). Violences dites « gynécologiques et obstétricales » envers les femmes immigrées de l'Afrique subsaharienne en France. *Santé Publique*, 33, 627-628. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0627>.
- Schantz, C., Rozée, V., et Molinier, P. (2021). Introduction : Les violences obstétricales, un nouvel axe de recherche pour les études de genre, un nouveau défi pour le soin et la société. *Cahiers du Genre*, 71, 5-24. <https://doi.org/10.3917/cdge.071.0005>.
- Schlumbohm, J. (2002). Comment l'obstétrique est devenue une science. *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol.143, p.18-30.
- Schnapper, D. (2003). Les expériences vécues dans quelques métiers de l'État providence. Dans P.-M. Menger (dir.), *Les professions et leurs sociologies*, Paris, Éd. de la Maison des Sciences de l'Homme.
- Schweyer, F. (2000). 4. Genèse et dimensions des usagers de l'hôpital public. Dans G. Cresson (dir.), *Les usagers du système de soins* (pp. 37-54). Rennes, Éd. Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.schwe.2000.01.0037>.

- Scott, J. W. (2012). *De l'utilité du genre* (trad. Claude Servan-Schreiber). Paris, Fayard.
- Simkin, P., Reinke, C. (1980). *Planning your baby's birth*. Minneapolis, MN: International Childbirth Education Association.
- Simonds, W., Katz Rothman, B., Meltzer N.B. (2008). *Laboring On: Birth in Transition in the Unites States*. Routledge.
- Sirot, S. (2002). V. Une journée de grève. Dans S. Sirot, *La grève en France : Une histoire sociale (XIX^e-XX^e siècle)* (p.145-181). Éd. Odile Jacob.
- Sureau, C. (2003). *Fallait-il tuer l'enfant Foucault ?*. Éd. Stock.
- Tabet, P. ([1979] 1998). Les mains, les outils, les armes. Dans P. Tabet, *La construction sociale de l'inégalité des sexes*. Éd. L'Harmattan.
- (2004). *La grande arnaque, sexualité des femmes et échange économique-sexuel*. Éd. L'Harmattan, p.211.
- Tabuteau, D. (2009). Crises et réformes. *Les Tribunes de la santé*, 22, 19-40. <https://doi.org/10.3917/seve.022.0019>.
- (2021). La démocratie sanitaire. *Les Tribunes de la santé*, 70, 25-35. <https://doi.org/10.3917/seve1.070.0025>.
- Tagawa, O. (2008). Le Projet de Naissance en question. *Dossiers de l'obstétrique*, 10(375), 14-22
- Tahon, M.-B. (2004). *Sociologie des rapports de sexe*. Éd. PUR - Les Presses de l'université d'Ottawa.
- Tain, L. (2003). Corps reproducteur et techniques procréatives : images, brouillages, montages et remue-ménage. *Cahiers du genre*, n°34, « La distinction entre sexe et genre. Une histoire entre biologie et culture » (Ilana Löwy et Hélène Rouch, eds).
- (2005). Refus des médecins, abandon des couples : quel contrôle pour la pratique de procréation assistée ?. *Sciences sociales et santé*, vol. 23, n°3. <https://doi.org/10.3406/sosan.2005.1656>.
- (2013). *Le corps reproducteur*. Rennes, Éd. Presses de l'EHESP.
- ([2007] 2016). *Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession*. Éd. EHESP.
- Théry, I. (2007). *La distinction de sexe. Une nouvelle approche de l'égalité*. Éd. Odile Jacob, 688 p.

- Thivel, A. (1997). Hippocrate et la théorie des humeurs. *Noesis* [En ligne], 1 | 1997, URL : <http://journals.openedition.org/noesis/1419>.
- Tichané, G. (1980). *Accouche et tais-toi. Des femmes parlent*. Éd. Le Centurion.
- Topçu, S., Brown, P. (2019). The impact of technology on pregnancy and childbirth: creating and managing obstetrical risk in different cultural and socio-economic contexts, *Health. Risk & Society*, 21:3-4, 89-99, DOI: 10.1080/13698575.2019.1649922.
- Topçu, S. (2021). Obstétrique, (non)violence et féminisme. *Les Cahiers du genre*, 2021 | 2, n°71, p.81-106. <https://doi.org/10.3917/cdge.071.0081>.
- Verdier, Y. (1979). *Façons de dire, Façons de faire : la laveuse, la couturière, la cuisinière*. Éd. Gallimard, coll. « Bibliothèque des sciences humaines », Paris.
- De Vilaine, A.-M., Gavarini, L., et Le Coadic, M. (1988), *Maternité en mouvement*, Éd. Presses Universitaires de Grenoble.
- Vons, J. (2008). La parole d'une sage-femme : Louise Bourgeois (1563-1636). Dans V. Boudon-Millot, V. Dasen et B. Maire (éd.), *Femmes en médecine*. Actes de la journée internationale d'études organisée à l'université René-Descartes-Paris V, le 17 mars 2006, en l'honneur de Danielle Gourevitch, Paris, BIUM-De Boccard, Collection Medic@, p.223-238.
- Vuille, M. (2017). L'obstétrique sous influence : émergence de l'accouchement sans douleur en France et en Suisse dans les années 1950. *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 64-1, 116-149. <https://doi.org/10.3917/rhmc.641.0116>.
- Yamgnane, A., Donner, C., et Kirkpatrick, C. (2020). Violences obstétricales : où en sommes-nous ? *Périnatalité*, 12, 155-156. <https://doi.org/10.3166/rmp-2020-0102>.
- Weber, M. ([1921] 1971). *Économie et société* (posthume 1921). Traduction du tome 1 par Julien Freund, Éd. Plon, édition de poche, Pocket, 1995 et 2003 (sous-titre : Les Catégories de la sociologie).
- Wijland, J. (2012). Enluminer les accouchements, éclairer l'enseignement. Les planches de l'Abrégé de l'Art des Accouchements de Madame du Coudray. *Histoire des sciences médicales*, vol. 46, n°44, p.403-414.
- Winnicott, D.-W. (1955). *Le bébé et sa mère*. Éd. Payot, coll. Sciences de l'homme, 150 p.
- Wittig, M. (1980). La pensée Straight. *Questions Féministes*, 7, 45-53. <http://www.jstor.org/stable/40619186>.

Zola, I. K. (1972). Medicine as an Institution of Social Control. *The Sociological Review*, 20(4), 487–504.

Textes juridiques : lois, décrets et circulaires

Textes juridiques généraux

Loi n°98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail.

Textes juridiques en rapport avec l'administration hospitalière

Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.

Circulaire du 5 décembre 1958 relative à l'humanisation des hôpitaux.

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Décret n°74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux.

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Loi n°94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Proposition n°3305 invitant le Gouvernement à faire de la lutte contre les violences obstétricales et gynécologiques une priorité et à mettre en œuvre les recommandations du Haut Conseil à l'Égalité en la matière.

Textes en rapport avec les professions de santé

Décret n°47-1544 du 13 août 1947 instituant un diplôme d'État de puéricultrice (l'article 8 crée un certificat d'aptitude pour les auxiliaires).

Loi n°78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L. 473, L. 475 et L. 476 du code de la santé publique relatifs à la profession d'infirmier ou d'infirmière et l'article L. 372 de ce code, relatif à l'exercice illégal de la profession de médecin.

Article 4 de l'arrêté du 23 décembre 1987 (dit Barzach).

Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste.

Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 codifié aux articles R. 4311-4 et R. 4311-5 du code de la santé publique.

Décret n°2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes.

Décret n°2007-1301 du 31 août 2007 relatif aux diplômes d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'ambulancier et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) (l'article 2 crée le diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture).

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier.

Décret n°2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée.

Textes juridiques concernant la profession de sage-femme

Loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803).

Loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.

Loi du 5 août 1916 qui vient unifier la profession de sage-femme sur l'ensemble du territoire national.

Loi du 17 mai 1943 concernant l'organisation des études en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme.

Loi 24 avril 1944 portant modification de la loi 263 du 17 mai 1943 réglementant l'organisation des études en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme.

Ordonnance n°45- 2184 du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, chirurgien-dentiste et de sage-femme.

Décret n°49-1351 du 30 septembre 1949 de déontologie des sages-femmes en application de l'article 66 de l'ordonnance 45-2184 du 24-09-1945.

Loi n°82-413 du 19 mai 1982 modifiant la loi n°191 du 24 avril 1944, la loi n°67-1176 du 28 décembre 1967 et certaines dispositions du code de la santé publique relatives à l'exercice de la profession de sage-femme.

Décret n°85-1046 du 27 septembre 1985 relatif à l'organisation des études de sage-femme et à l'agrément et au fonctionnement des écoles de sages-femmes

Décret n°90-949 du 26 octobre 1990 portant statut particulier des directeurs d'école de sages-femmes de la fonction publique hospitalière.

Loi n°95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social (en particulier l'article 12 vient abroger l'article 60 de l'ordonnance n°45- 2184 du 24 septembre 1945 qui met fin à la participation des médecins dans le conseil de l'ordre des sages-femmes).

Décret n°2003-422 du 7 mai 2003 modifiant le décret n°85-1046 du 27 septembre 1985 relatif à l'organisation des études de sage-femme et à l'agrément et au fonctionnement des écoles de sages-femmes.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite Hôpital Patient Santé Territoire qui modifie l'article L.4151-1 du code de la santé public et inscrit la possibilité pour les sages-femmes d'assurer le suivi gynécologique de prévention et les interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse.

Arrêté du 11 septembre 2009 relatif aux modalités d'agrément des écoles de sages-femmes et de cadres sages-femmes.

Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires.

Circulaire n°DGOS/RH4/2014/92 du 10 avril 2014 relative à la mise en œuvre des mesures prises en faveur de la reconnaissance des sages-femmes hospitalières et à l'application de certaines dispositions du décret n°2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé.

Décret n°2014-1585 du 23 décembre 2014 portant statut particulier des sages-femmes des hôpitaux de la fonction publique hospitalière.

Décret n°2019-1107 du 30 octobre 2019 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques.

Décret n°2021-1934 du 30 décembre 2021 relatif à l'expérimentation relative à l'exercice des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé par des sages-femmes.

Textes en rapport avec l'administration des maternités hospitalières

Loi n°71-567 du 15 juillet 1971 portant approbation du sixième Plan de développement économique et social est votée et publiée dans le Journal officiel du 16 juillet 1971.

Décret Dienesch du 3 mars 1972 vient fixer des normes techniques dans l'organisation des maternités.

Décret n°98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique.

Décret n°2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance.

Loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 rend l'entretien prénatal précoce obligatoire.

Textes en rapport avec les droits reproductifs

Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.

Loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique (l'article 1^{er} ouvre la PMA aux couples de femmes et aux femmes seules).

Textes juridiques internationaux

Directive européenne n°76/207/C.E.E du 9 février 1976.

Directive européenne n°80/154/C.E.E du 21 janvier 1981.

República Bolivariana de Venezuela, « Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia » (Caracas, Venezuela, 2007).

Rapports, études, synthèses

Anguis, M., Bergeat, M., Pisarik, J., Vergier, N., et Chaput H. (2021). *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques*. Rapport de la DRESS, n°76, mars 2021.

Azcué, M. (2015), *Analyse des causes profondes en Revu de Morbi-Mortalité et culture de sécurité en obstétrique*. Mémoire de Master 2 en santé publique, Université de Bourgogne.

Blondel, B., Gonzalez, L., et Raynaud, P. (2016). *Enquête nationale périnatale. Rapport 2016 : les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010*. DREES.

- Bousquet, D., Couraud, G., et Collet, M. (2018). *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme*. Rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes.
- Charrier P. (2011). *Les sages-femmes en France*. Rapport de recherche. HAL Id : halshs-00584595.
- Cour des comptes (2014). *Les maternités*. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat. Éd. La cours des comptes.
- Haut Comité de la Santé Publique (2014). *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : Pour un nouveau plan périnatalité*. Éd. ENSP.
- Haute Autorité de Santé (2016). *Suivi et orientations des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. Éd. HAS.
- Haute Autorité de Santé (2022). *Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé*. Éd. HAS.
- Henrion, R. (2011). Le diagnostic prénatal : le temps des pionniers. *Bull. Acad. Natle Med.*, 195, n°7, p.1733-1737.
- Ministère des solidarités et de la santé (2020). *Les 1000 premiers jours. Là où tout commence*. Rapport de la commission des 1000 premiers jours. URL : <https://1000journspourlasante.fr/la-commission-des-1000-jours-rend-son-rapport/>.
- Piquemal, A., Reingewirtz, S., et Zantman F. (2021). *L'évolution de la profession de sage-femme*. Rapport de l'IGAS.
- Perazio, J. (2020). *L'utilisation de la ventouse par les sages-femmes*. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de sage-femme. Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines.
- Prigent, C. (2021). *Le déni de grossesse, au prisme du système de genre et de médicalisation dans une société du projet*. Mémoire pour l'obtention du diplôme d'État de sage-femme, Faculté Médecine Maïeutique Lyon Sud.
- Rudigoz, R.-C., Milliez, J., Ville, Y., et Crepin, G. (2018). De la bienveillance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités. Rapport de l'Académie Nationale de Médecine. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 202, n°7, 1323-1340.
- Santé Publique France (2021). *Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir*. 6^e rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les

Morts Maternelles (ENCMM), 2013-2015. Saint-Maurice : Santé publique France. 237 p., URL : www.santepubliquefrance.fr.

Tain, L. (2009). *Le corps reproducteur. Globalisation, genre, travail et techniques*. Habilitation à diriger les recherches, Université Lyon 2.

Ville, Y., Rudigoz, R.-C., Hascoët, J.-M. (2023). *Planification d'une politique en matière de périnatalité en France : Organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence*. Rapport de l'Académie Nationale de Médecine.

Articles de presse

Après un an de grève, les sages-femmes fatiguées et écoeürées (2014, 21 octobre). *L'Express*. https://www.lexpress.fr/societe/apres-un-an-de-greve-les-sages-femmes-fatiguees-et-ecoeurees_1613908.html.

Blanchard, S. (2001, 29 avril). Après leur entrevue avec Bernard Kouchner, les sages-femmes interrompent la grève. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/archives/article/2001/04/29/apres-leur-entrevue-avec-bernard-kouchner-les-sages-femmes-interrompent-la-greve_4170328_1819218.html.

Brugère, F. (2006). La sollicitude. La nouvelle donne affective des perspectives féministes. *Esprit*, 123-140.

Buisson, O. (2012, 29 mars). La disparition annoncée des gynécologues et des généralistes de la santé gènesique. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/idees/article/2012/03/29/la-disparition-annoncee-des-gynecologues-et-des-generalistes-de-la-sante-genesique_1676903_3232.html.

Cottin, J., Tournier, E. (2010, 2 mars). À Besançon, les élèves sages-femmes se plaignent de maltraitance. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/societe/article/2010/03/02/a-besancon-les-eleves-sages-femmes-se-plaignent-de-maltraitance_1313500_3224.html.

Dupont, G. (2015, 19 février). Le monde médical se divise à propos de la pratique des touchers pelviens sans consentement. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/sante/article/2015/02/23/le-monde-medical-se-divise-a-propos-de-la-pratique-des-touchers-pelviens-sans-consentement_4581510_1651302.html.

Durand, A.-A. (2018). Deux tiers des maternités ont fermé en France en quarante ans. *Le Monde*. <https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/02/01/>

deux-tiers-des-maternites-ont-ferme-en-france-en-quarante-ans_5250322_4355770.html.

Favereau, E. (2001, 23 mars). Kouchner embraie sur la grève des sages-femmes. *Libération*. https://www.liberation.fr/societe/2001/03/23/kouchner-embraie-sur-la-greve-des-sages-femmes_358782/.

Jeantet, D. (2014, 18 avril). Derrière “le point du mari”, le traumatisme de l'épisiotomie. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/sante/article/2014/04/18/derriere-le-point-du-mari-le-traumatisme-de-l-episiotomie_4403470_1651302.html.

Laval, G. (2002, 9 juillet). Élèves sages-femmes maltraitées à Toulouse. *Libération*. https://www.liberation.fr/societe/2002/07/09/elevés-sages-femmes-maltraitees-a-toulouse_409632/.

Les grèves dans les hôpitaux Infirmiers et aides-soignants emboitent le pas aux sages-femmes (1989,23 mars). *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/archives/article/1989/03/23/medecine-les-greves-dans-les-hopitaux-infirmiers-et-aides-soignants-emboitent-le-pas-aux-sages-femmes_4111437_1819218.html

Les sages-femmes dans la rue, « dernier avertissement » au gouvernement (2014, 19 février). *20 minutes*. <https://www.20minutes.fr/societe/1303438-20140219-20140219-deux-mille-sages-femmes-manifestent-a-paris>.

Molinier, P. (2022, 8 septembre). Les personnels soignants quittent l'hôpital parce qu'ils ne veulent pas devenir des monstres. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/idees/article/2022/09/08/les-personnels-soignants-quittent-l-hopital-parce-qu-ils-ne-veulent-pas-devenir-des-monstres_6140661_3232.html.

Montaron, S. (2015, 30 janvier). Émoi autour d'anciennes consignes de stages en gynécologie à la fac. Lyon sud. *Le Progrès*. <https://www.leprogres.fr/sante/2015/01/30/emoi-autour-d-anciennes-consignes-de-stages-en-gynecologie-a-la-fac-lyon-sud>.

Nasi, M. (2021, 23 novembre). Manque de considération, maltraitance et burn-out : la grande fatigue des sages-femmes. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/campus/article/2021/11/23/malaise-maltraitances-et-burn-out-chez-les-jeunes-sages-femmes-l-appel-de-la-reconversion_6103205_4401467.html.

Robert, J., Paquot, T. (2010). Monument ou chantier ? L'héritage intellectuel d'Ivan Illich (1926-2002). *Esprit*, p.116-125.

Sages-femmes : "Ils disent que nous sommes des folles furieuses" (2014, 19 février). *L'Obs*. <https://www.nouvelobs.com/societe/20140219.OBS6816/sages-femmes-ils-disent-que-nous-sommes-des-folles-furieuses.html>

Soullier, L. (2022, 12 octobre). Violences gynécologiques : un débat juridique autour de la notion de viol. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/10/12/violences-gynecologiques-un-debat-juridique-autour-de-la-notion-de-viol_6145456_3224.html

Blogs

Alonso, I. (2014, 21 mars). Le « point du Mari ». *Isabelle Alonso*. URL : <https://www.isabelle-alonso.com/articles-1/le-point-du-mari-195> (accès libre, consulté le 14 février 2023).

Anne-Charlotte (2017, 18 avril). Préparation à l'accouchement : Hypnobirthing & relaxation. URL : <https://www.blog.happy-chantilly.com/preparation-a-laccouchement-hypnobirthing-relaxation/> (accès libre, consulté le 14 février 2023)

Bassols, M. (2020, 23 décembre). La différence des sexes n'existe pas dans l'inconscient. URL : <https://asreep-nls.ch/la-difference-des-sexes-nexiste-pas-dans-linconscient/> (accès libre, consulté le 14 février 2023).

Lahaye, M.-H. (2020, 30 septembre). Comment porter plainte pour violences obstétricales. *Marie accouche-là*. <https://marieaccouchela.net/index.php/2020/09/30/comment-porter-plainte-pour-violences-obstetricales/#more-1887> (accès libre, consulté le 14 février 2023).

Ressources Internet

URL : <https://www.mmelovary.com/> (accès libre, consulté le 14 février 2023).

URL : <https://www.naitre-femme.com/> (accès libre, consulté le 13 mars 2021).

URL : <https://www.academie-danse-initiatique.com/oser-son-feminin> (accès libre, consulté le 22 juillet 2021).

URL : <https://doulas.info/> (accès libre, consulté le 23 juillet 2021).

URL : <https://ciane.net/ciane/histoire/> (accès libre, consulté le 14 février 2023).

URL : http://www.cngof.fr/D_PAGES/MDIR_31.html (accès libre, consulté le 14 février 2023)

URL : <https://www.radiofrance.fr/franceinter/marlene-schiappa-au-centre-d-une-nouvelle-polemique-cette-fois-sur-l-accouchement-1139210>.

Ressources vidéo

Brut (2019, 10 juillet). Violences subies par les femmes pendant l'accouchement : l'enquête d'Ovidie [Vidéo en ligne]. <https://www.youtube.com/watch?v=wF2adf0uhOA>.

Ovidie (réalisatrice). (2019). *Tu enfanteras dans la douleur* [Documentaire]. Magnéto Presse. URL : http://www.film-documentaire.fr/4DACTION/w_fiche_film/56888_1

Annexes

Annexe 1 – Les biographies professionnelles – quarante-cinq entretiens

Les auxiliaires de puériculture – sept entretiens

Angélique – *Femme Heureuse*

Angélique a fait toute sa carrière de plus de trente ans à *Femme Heureuse*. Elle est reconnue dans son travail en particulier pour sa capacité à respecter la hiérarchie professionnelle. C'est une « ancienne ». Elle est en couple avec un boucher et a deux enfants majeurs.

Joséphine – *Femme Heureuse*

Joséphine est aide-soignante de formation. Elle a travaillé cinq ans aux urgences et elle est en poste à *Femme Heureuse* depuis neuf mois. Ses relations avec certains médecins ont totalement changé depuis son arrivée en salle d'accouchement. Elle est mariée avec un ambulancier, elle a un enfant.

Magali – *Femme Heureuse*

Magali, vingt-cinq ans d'expérience, est très fière de ses savoir-faire auprès des nouveau-nés, massage, bain, accompagnement à l'allaitement. Elle travaille à la maternité depuis dix ans suite à la fermeture de la petite maternité dans laquelle elle a fait sa carrière durant quinze ans. Elle est divorcée et a deux enfants majeurs.

Virginie – *Femme Heureuse*

Virginie travaille depuis vingt ans comme auxiliaire de puériculture et bientôt cinq ans au sein de la salle d'accouchement de *Femme Heureuse*. Elle commence une formation d'infirmière quelques mois après l'entretien. Elle est divorcée et a un enfant.

Valérie – *Belle Naissance*

Valérie travaille à *Belle Naissance* depuis vingt-cinq ans. Elle travaille exclusivement en salle de naissance. Elle est en couple et n'a pas d'enfant.

Marielle – *Belle Naissance*

Marielle travaille à *Belle Naissance* depuis huit ans. C'est un choix lié à la proximité de son lieu de vie et au fait qu'elle souhaitait travailler à l'hôpital. Elle est heureuse de pouvoir travailler en salle d'accouchement car la naissance de ses propres enfants a été un moment très important pour elle. Son mari est ouvrier dans les travaux publics, elle a deux enfants.

Claudie – *Belle Naissance*

Claudie, quarante-huit ans, elle a d'abord été aide-soignante pendant plus de dix ans dans un service chirurgie et a choisi de venir travailler à la maternité *Belle Naissance* où un poste était disponible en tant qu'auxiliaire de puériculture. Elle est très admirative du travail des sages-femmes dans la salle nature. Claudie est divorcée, elle a une fille majeure.

Les sages-femmes – vingt-sept entretiens

Clotilde – *Femme Heureuse*

Clotilde a une cinquantaine d'année et vingt-cinq ans d'expérience dont les dix dernières années à *Femme Heureuse*. Elle a deux enfants et un conjoint agriculteur. Elle travaille dans le service de consultation et en salle d'accouchement. Elle est lucide sur la hiérarchie avec les médecins.

Jocelyne (cadre) – *Femme Heureuse*

Jocelyne est un pilier de la maternité et cadre depuis dix ans. Elle est sage-femme depuis trente ans dont une vingtaine à *Femme Heureuse*. Elle s'est toujours battue pour faire respecter les femmes et la profession de sage-femme. C'est une militante différentialiste pour les droits des femmes. Jocelyne est divorcée, elle a un enfant.

Juliette – *Femme Heureuse*

Juliette a quarante-deux ans et quinze ans de pratique professionnelle à *Femme Heureuse*. Elle a un garçon de cinq ans, elle est mariée à un chirurgien de l'établissement. Juliette est lucide face à la hiérarchie médicale et fait régulièrement acte de résistance face aux médecins.

Justine – *Femme Heureuse*

Justine a quarante ans, elle travaille depuis dix ans à *Femme Heureuse* dans les services de consultation et de salle d'accouchement. Justine se revendique comme féministe matérialiste et a fait le choix de la pratique échographique pour affirmer ses capacités techniques. Elle est attachée à son autonomie professionnelle. Justine est divorcée, elle a une fille de quinze ans.

Lucienne – *Femme Heureuse*

Lucienne est en fin de carrière après trente ans d'exercice à *Femme Heureuse*. Elle a un garçon tout juste majeur et homosexuel dont elle est très fière. Elle est divorcée et sa rupture a été très douloureuse. Elle travaille exclusivement en suites de couches depuis cinq ans se disant écœuré de la salle d'accouchement et de la pression des médecins sur son activité.

Véronique – *Femme Heureuse*

Véronique a une cinquantaine d'année, elle travaille depuis vingt ans à *Femme Heureuse*. Elle est mariée avec un pompier et a deux enfants majeurs. Elle exerce désormais dans le service de consultation prénatale où elle dit subir des récriminations venant des médecins qu'elle juge injustes.

Dorine – *Femme Heureuse*

Dorine a quarante-cinq ans et près de vingt ans d'expérience de sage-femme. Elle s'inscrit pleinement dans la biomédicalisation de l'accouchement et met en valeur la nature féminine de l'accouchement. Elle a assez peu d'appétence pour l'accompagnement physiologique. Durant l'enquête, une patiente s'est plainte de son accompagnement. L'usagère ne souhaitait pas de péridurale et à la fin du suivi du

travail, elle a demandé à Dorine de l'examiner au niveau vaginal en restant debout. Dorine a alors expliqué qu'« *elle n'était pas garagiste* », ce qui lui a valu un entretien avec la cadre du service.

Martine – *Femme Heureuse*

Martine a cinquante-trois ans, et près de vingt-cinq ans de carrière professionnelle. Elle est arrivée par le biais d'une mutation à *Femme Heureuse* il y a trois ans. Martine est devenue sage-femme par vocation, elle aimait observer la naissance de chiots quand elle était jeune. Elle a toujours voulu être sage-femme. Elle a une formation complémentaire en sexologie. Martine a quatre enfants et un conjoint militaire.

Élodie – *Femme Heureuse*

Élodie a trente-cinq ans. Elle est sage-femme depuis neuf ans à *Femme Heureuse*. Élodie est mariée, elle a deux enfants en bas âge. Élodie est une sage-femme rassurée par la biomédicalisation et les rôles sociaux attribués aux sages-femmes et aux médecins. Elle met en avant son activité d'accompagnement auprès des femmes mais ne se sent pas légitime face à des situations complexes où les femmes pourraient être défendue contre des pratiques qu'elle juge elle-même comme non éthiques.

Catherine – *Femme Heureuse*

Catherine a quarante-huit ans. Elle est sage-femme depuis dix-huit ans à *Femme Heureuse*. Elle est mariée avec un médecin généraliste et a deux filles. Elle est lucide sur les rapports entre sages-femmes et médecins et essaye d'accompagner les femmes dans le cadre limité de *Femme Heureuse*.

Carole – *Femme Heureuse*

Carole a quarante-deux ans et vingt et un an de pratique professionnelle dont huit à *Femme Heureuse*. Carole est une technicienne de l'accouchement et le reconnaît volontiers. Carole est mariée avec un avocat, elle est mère de deux enfants.

Armel (cadre) – *Femme Heureuse*

Armel a trente-huit ans, elle est sage-femme depuis quinze ans. En difficulté avec l'activité de *Femme Heureuse*, elle a pris un poste en Protection Maternelle et Infantile (PMI). Cette activité ne lui a pas plu et elle est revenue travailler à *Femme Heureuse* en tant que cadre de la salle de naissance. Armel illustre ces parcours de malaise professionnel au sein des hôpitaux.

Éric – *Belle Naissance*

Éric a trente-huit ans, il est père de deux enfants et marié avec une femme médecin généraliste. Éric est en reconversion professionnelle et travaille comme sage-femme depuis trois ans. Il a fait le choix de la maternité *Belle Naissance* pour son approche alternative de la naissance.

Éva – *Belle Naissance*

Éva a trente-cinq ans et travaille à *Belle Naissance* depuis huit ans. Elle est enceinte de son deuxième enfant. Elle a accouché à domicile pour le premier. Elle fait figure de pionnière dans la pratique physiologique à la maternité et sera à l'origine du projet médical d'accouchement physiologique.

Camille – *Belle Naissance*

Trentenaire, professionnelle depuis huit ans à *Belle Naissance*, Camille a expérimenté une première naissance à domicile avec son conjoint infirmier spécialisé. Elle a nécessité un transfert vers l'hôpital. Malgré tout, elle est passionnée par la physiologique et l'accompagnement des femmes dans une vision proprement féminine de l'accouchement.

Bénédicte (cadre) – *Belle Naissance*

Bénédicte a soixante ans. Elle est sage-femme depuis trente-cinq ans et en fin de carrière. En tant que cadre, elle accompagne sans grande conviction les transformations de pratiques à *Belle Naissance*. Elle relaie essentiellement le discours des médecins auprès des professionnel.les. Elle est divorcée et a une fille majeure.

Sabrina – *Belle Naissance*

Sabrina a trente-cinq ans. Elle travaille depuis une dizaine d'année à *Belle Naissance*, elle est partie prenante du projet d'accouchement physiologique mais avec un point de vue plutôt citoyen. Elle comprend néanmoins la position cosmique de plusieurs de ses collègues. Elle est célibataire et n'a pas d'enfants.

Agathe – *Belle Naissance*

Agathe trente-six ans, elle est célibataire et n'a pas d'enfant. Elle travaille à *Belle Naissance* depuis deux ans. Elle a travaillé dans différentes maternités dans les Départements et Territoires d'Outre-Mer avant de s'installer en métropole.

Ludovic – *Belle Naissance*

Ludovic a quarante-neuf ans. Sage-femme libérale depuis plus de dix ans, il accompagne ses patientes pour leur accouchement sur le plateau technique de *Belle Naissance*. Durant son entretien, il insiste sur les aspects spirituels et trans-générationnels de l'accouchement. Il est divorcé et a quatre enfants.

Maxime – *Belle Naissance*

Maxime a vingt-quatre ans, il est étudiant sage-femme en dernière année au moment de l'enquête puis associé avec Ludovic. Maxime est marié sans enfants. Il considère que les femmes méritent d'avoir le choix dans leur prise en charge. Il est lucide par ailleurs sur les relations inter-professionnelles.

Elsa – *La Voix des parents*

Elsa a trente-deux ans, elle exerce depuis six ans en libéral. Elle consulte ponctuellement sur le site de l'association *La Voix des parents*. L'espace de consultation est tout à fait atypique, il n'y pas de table d'examen mais un canapé. Elsa est partisane d'un accompagnement sur-mesure des femmes durant la grossesse.

Marie – Fondatrice de *La Voix des parents*

Marie a soixante et un ans. Elle est mariée et a deux enfants. Elle est fondatrice de l'association *La Voix des parents*. Après une vie professionnelle de sage-femme, elle

est désormais *coach* en féminin sacré. Avant la création de l'association Marie avait créé un groupe de parole sur la santé et notamment anti-vaccin. Elle a essentiellement réalisé des accouchements à domicile.

Nicole Simon – entretien libre et non anonymisé

Soixante-treize ans, sage-femme. Après une première vie professionnelle en tant que professeure, Nicole Simon devient sage-femme vers trente-cinq ans. Elle travaillera près de vingt ans en PMI. Elle est titulaire d'un master d'anthropologie après sa retraite pour la soutenance de son mémoire « Nous n'avons pas de date de naissance... » sur la profession de sage-femme.

Camille Dumortier – entretien libre et non anonymisé

Sage-femme depuis vingt-deux ans, mariée à un sportif de haut-niveau et mère de trois enfants, Camille Dumortier est présidente de l'ONSSF lors du lancement de la mobilisation sociale des sages-femmes en 2021. Camille est lucide sur les relations inter-professionnelles.

Sylvie Laberibe – entretien libre et non anonymisé

Sylvie a 60 ans, elle est divorcée et a trois enfants. Diplômée en 1995, elle a travaillé en tant que sage-femme hospitalière pendant quinze ans avant de s'installer en cabinet libéral. Elle a fait partie de la direction de la grève des sages-femmes de 2001 au sein de la coordination nationale des sages-femmes. C'est une pionnière de l'engagement pour l'autonomie professionnelle.

Caroline Raquin – entretien libre et non anonymisé

Caroline a cinquante ans, elle est mariée et sans enfants. Diplômée en 1999, elle est sage-femme hospitalière à l'APHP. Caroline est présidente de l'ONSSF au moment de la grève des sages-femmes en 2013.

Laura Faucher – entretien libre et non anonymisé

Ancienne présidente de l'Association Nationale des Étudiants Sages-Femmes en 2021. Laura exprime le changement de paradigme de la profession de sage-femme de la pratique de l'accouchement vers le monde libéral et la pratique consultante.

Les médecins – onze entretiens

Bastien – *Femme Heureuse*

Bastien a trente-sept ans, il est gynécologue-obstétricien depuis trois ans. Fils de parents médecins, il est plutôt porté sur une pratique chirurgicale en gynécologie. Il est marié à une femme médecin et a un enfant.

Lucille – *Femme Heureuse*

Lucille, trente-trois ans, gynécologue-obstétricienne depuis cinq ans, elle est médecin assistant à *Femme Heureuse*. Elle estime avoir été mise de côté professionnellement depuis le début de son internat jusqu'à aujourd'hui. Elle a un enfant de cinq ans et essaie de concilier avec difficulté son activité professionnelle avec sa vie domestique.

Jacqueline – *Femme Heureuse*

Jacqueline, cinquante-huit ans, gynécologue-obstétricienne. Sans enfant et sans conjoint, elle a consacré sa vie et son temps aux patientes et à la discipline.

Clarisse – *Femme Heureuse*

Clarisse a trente-deux ans est gynécologue-obstétricienne. Elle a un enfant en bas âge, elle est mariée à un autre gynécologue. Clarisse exprime fortement son besoin de reconnaissance en tant que femme et médecin.

Madeleine – *Femme Heureuse*

Madeleine a soixante et un ans, elle est gynécologue-obstétricienne, elle a montré son autonomie professionnelle tout au long de sa carrière malgré les pressions. Elle a longtemps travaillé dans les départements et territoires d'outre-mer. D'un point de vue

personnel, elle a accouché à domicile pour son dernier enfant. Elle est divorcée et a quatre enfants.

Viviane – *Femme Heureuse*

Viviane a vingt-huit ans, elle est interne en gynécologie-obstétrique Elle est en milieu de parcours de son internat et vient d'apprendre sa grossesse. Son expérience lui fait voir sous un autre angle les demandes des usagères.

Rosalie – *Femme Heureuse*

Rosalie est interne en premier semestre de gynécologie- obstétrique, elle a vingt-cinq ans.

Rebecca – *Femme Heureuse*

Rebecca est interne en fin de cursus en gynécologie-obstétrique, elle a trente ans.

Rémi – *Belle Naissance*

Rémi a soixante-deux ans, il est anesthésiste depuis trente ans, il a longtemps travaillé dans un centre hospitalier universitaire. Il est plutôt opposé au projet médical d'accouchement physiologique à *Belle Naissance*. Il est marié et a deux enfants.

Hervé – *Belle Naissance*

Hervé a soixante-dix ans, il est anesthésiste vacataire. Fils de colonel, parisien, en rupture familiale, Hervé sera aide-soignant dès sa majorité, au début des années 1960. Il poursuivra en tant qu'infirmier aux urgences où il côtoiera le groupe des anesthésistes réanimateurs. Il décide donc de faire médecine en 1972 et deviendra anesthésiste lui aussi. Il est marié, et a deux enfants.

Sylvie - *Belle Naissance*

Sylvie a quarante ans, elle est gynécologue-obstétricienne depuis dix ans. Originaires de Roumanie avec son conjoint, ils ont tous les deux réalisé leur internat de gynécologie en France. Son conjoint travaille en cabinet libéral et Sylvie en hospitalier à *Belle Naissance*. Elle a une fille en bas âge.

Annexe 2 – Les biographies des usagères – quarante-trois entretiens

Femme Heureuse – seize entretiens

Aline

Vingt-neuf ans, Aline a accouché de jumelles à *Femme Heureuse*. Un accouchement médicalisé. Son mari est militaire. Elle fait le choix de devenir femme au foyer.

Margot et André

Trente-trois et trente-cinq ans, Margot et André font le choix d'un accouchement très médicalisé et donne à voir un couple très hiérarchisé où les tâches reproductives sont exclusivement dévolues à Margot. André est chauffeur routier, Margot toiletteuse pour chiens. Margot accouche de leur premier enfant.

Céline et Sébastien

Trente-cinq et trente-sept ans, Céline est juriste et Sébastien est technicien de maintenance informatique. Pour leur deuxième enfant, elle a vécu une naissance très médicalisée comme le couple le souhaitait.

Magali

Trente-deux ans, enseignante en collège, Magali raconte les différents interdits auxquels elle doit faire face venant de Fred, son compagnon, renforçant ainsi les stéréotypes de genre.

Nathalie

Trente-quatre ans, aide-soignante, Nathalie accouche de son premier enfant.

Steven et Aurélie

Trente-trois ans tous les deux, c'est leur premier enfant. L'accouchement sera médicalisé.

Noémie

Vingt-sept ans, secrétaire dans un cabinet dentaire, Noémie accouche de son premier enfant par césarienne et fait le récit de son intervention sans anesthésie qu'elle estime traumatisante.

Betty et Julien

Vingt-quatre et vingt-sept ans, Betty est auxiliaire de vie et Julien est informaticien. C'est le deuxième accouchement de Betty par césarienne.

Cyrielle et Stéphane

Trente-quatre ans et trente-six ans, c'est leur deuxième enfant. Cyrielle est comptable et Stéphane travaille comme cadre dans une entreprise du bâtiment et des travaux publics. C'est important pour le couple d'être consulté à chaque étape et pour toutes les décisions médicales à prendre.

Carole et Nicolas

Trente-six et trente-huit ans, mariés depuis quinze ans, Carole est enseignante et Nicolas chef de chantier. Carole accouche de leur deuxième enfant. Son premier accouchement était très médicalisé comme elle le souhaitait. En revanche, pour son deuxième enfant, elle a accouché très rapidement, sans péridurale, sans son conjoint et l'a très mal vécu. Elle s'estime traumatisée.

Maryline et Régis

Trente ans tous les deux, Maryline est conseillère en assurance et Régis est agent public au sein d'une communauté de communes. Maryline accouche de leur premier enfant de manière médicalisée. Ils observent les tensions à la maternité et sont compatissants pour les professionnels.

Angélique

Trente-deux ans, Angélique accouche de son deuxième enfant. Son accouchement est difficile. Elle souhaite une césarienne et la demande pendant plusieurs heures, le médecin finira par accepter en se disant « *fâché* » contre elle.

Jenna et Yves

Vingt-six et trente-six ans, Jenna est d'origine anglaise, elle est assistante-maternelle, Yves travaille dans une commune comme agent aux services techniques. C'est leur quatrième enfant. Jenna est obèse ce qui lui a valu des remarques lors des différentes consultations. En début de grossesse, Yves aurait souhaité que Jenna interrompe la grossesse pour des raisons économiques, Jenna a finalement fait le choix de garder ce bébé.

Natacha et Olivier

Trente-huit et quarante ans, Natacha et Olivier sont tous les deux *coachs* relationnels par téléphone pour une société privée. Natacha a cinq enfants placés du fait des violences sexuelles reconnues par la justice que le père biologique a fait subir aux enfants. Au moment de l'entretien, elle vient de récupérer la garde des enfants. Elle accouche de son premier enfant avec Olivier. Après une vie religieuse, il a décidé de partager sa vie avec Natacha. Il poursuit néanmoins une vie spirituelle *via* son activité professionnelle.

Sandra

Vingt-huit ans, commerciale, Sandra accouche de son premier enfant. Elle est relativement mécontente de son suivi avec une femme médecin qui ne l'a pas écoutée quand elle a dit qu'elle avait besoin d'un arrêt de travail à cause des trajets qu'elle faisait en voiture. Elle fait une menace d'accouchement prématuré qui l'a contrainte à être hospitalisée.

Marjorie et Sébastien

Vingt-cinq et vingt-sept ans, jeunes mariés, c'est leur premier enfant. Marjorie est infirmière et Sébastien technicien de laboratoire. Marjorie est demandeuse d'une forte médicalisation de l'accouchement qui la rassure.

Belle Naissance – neuf entretiens

Anne et Nathan

Trente-cinq et trente-huit ans, parents d'un deuxième enfant né à *Belle Naissance*, Anne et Nathan montrent qu'un autre arrangement du genre au sein des couples existe.

Angie et Nicolas

Trente-cinq ans tous les deux, mariés depuis trois ans, Angie vit son deuxième accouchement à *Belle Naissance*. Issue d'une famille américaine « hippie », Angie met la spiritualité au premier plan tout comme l'accouchement physiologique et l'allaitement maternel. Elle est professeure de yoga et *coach* en alimentation naturelle. Nicolas est entrepreneur, issu d'une famille française bourgeoise, qui a des propriétés dans le vin. Les aspects spirituels de sa femme le font sourire, ils se retrouvent sur un positionnement naturaliste de la place d'un homme et d'une femme dans le couple.

Yasmine et Alexandre

Trente-sept et trente-neuf ans, c'est leur deuxième enfant. Yasmine et Alexandre arrivent en province après une dizaine d'année de vie commune à Paris. Ce second accouchement aura lieu avec une sage-femme libérale sur le plateau technique de *Belle Naissance*. Ils insistent sur la qualité de l'accompagnement relationnel dont ils ont bénéficié.

Théa et Oscar

Vingt-huit et trente-et-un an, tous les deux accompagnés par une sage-femme libérale. Théa accouche à *Belle Naissance* avec les sages-femmes de l'hôpital. Oscar est très

présent tout au long de la grossesse. Ils sont très heureux d'avoir accouché ensemble de ce premier enfant.

Marie-Anne et Luc

Trente-sept et trente-quatre ans, mariés depuis cinq ans, tous les deux issus de familles catholiques, très pratiquante chez Marie-Anne, c'est le deuxième accouchement à *Belle Naissance*. Leur choix s'est porté sur cette maternité pour son aspect familial et le respect des sages-femmes des choix que le couple fait notamment en matière religieuse.

Josiane

Trente-huit ans, Josiane est bibliothécaire. Elle accouche de son deuxième enfant à *Belle Naissance*. Elle fait le choix d'un suivi avec un médecin par peur des risques de l'accouchement plutôt qu'une sage-femme. Son accouchement est très médicalisé comme elle le souhaite.

Asma

Vingt-deux ans, Asma est secrétaire. Elle accouche à *Belle Naissance*, c'est son premier enfant. L'accouchement est très médicalisé. Asma s'est mariée en Algérie et son conjoint attend ses papiers pour venir en France. Il n'a pas pu assister à la naissance. Asma était avec sa mère.

Florence

Trente-deux ans, Florence est hôtesse de caisse, c'est son deuxième enfant à *Belle Naissance*. Elle est mariée et est très attachée à la médicalisation de son accouchement et au fait de bénéficier d'une analgésie péridurale.

Chloé

Vingt-neuf ans, docteure en physique, Chloé fait le souhait d'accoucher de son premier enfant sur le plateau technique de *Belle Naissance* avec une sage-femme libérale. L'accouchement est conforme à sa vision spirituelle de la naissance.

La Voix des parents – douze entretiens

Estelle et Henri

Trente-huit et quarante-deux ans, architectes en libéral. Estelle fait le choix d'un accouchement en maternité de type III pour ses deux enfants tout en ayant des arrangements sexués au sein du couple.

Sophie

Trente-huit ans, bibliothécaire et « Marraine » de l'association *La Voix des parents*. Elle anime depuis plusieurs années des temps partagés avec les adhérentes. Elle a elle-même accouché quatre fois chez elle et vit l'accouchement physiologique comme un rite initiatique de femme.

Camille

Trente-deux ans, Camille est ingénieure. Elle souhaitait un premier accouchement physiologique à *Belle Naissance* mais son conjoint trouvait que cela était trop risqué. Camille a accouché dans une maternité classique. Nous la rencontrons dix mois après la naissance. Elle est encore très affectée par un accouchement qu'elle a très mal vécu.

Amandine

Trente-quatre ans. Amandine est psychologue, elle est mariée, c'est son deuxième enfant. Amandine a fait le choix du suivi avec une sage-femme après sa première grossesse. Elle a fait ce choix en raison du comportement qu'elle n'a pas apprécié chez son gynécologue de ville. C'est à l'hôpital qu'elle a découvert le métier de sage-femme.

Alice

Trente-six ans, mariée, quatre enfants. Alice est institutrice. Alice présente un parcours emblématique de l'hôpital vers l'accouchement à domicile avec le soutien progressif de son conjoint.

Stéphanie

Trente-deux ans, conseillère pôle emploi. Stéphanie vient régulièrement aux « tentes rouges », elle a trois enfants avec son mari. Elle est actuellement femme a foyer. Elle est catholique pratiquante.

Joëlle

Trente-huit ans. Joëlle est juriste, mariée avec un virologue qui travaille comme praticien à l'hôpital. Ils ont deux enfants. Joëlle refuse la prise en charge standard de la biomédecine. Elle connaît ses droits et veut les voir respecter par les praticien.nes.

Lilou

Quarante-trois ans, secrétaire de l'association. Lilou accueille les participantes aux activités et s'occupe du traitement administratif. Son conjoint est ingénieur. Elle a deux enfants.

Catherine

Trente-six ans, trois enfants, son conjoint est chercheur à l'université. Elle est mère au foyer depuis la naissance de son premier. Catherine est une militante de l'association. Elle insiste beaucoup sur le choix des femmes lors de l'accouchement.

Isabelle

Quarante-deux ans, journaliste, divorcée, deux enfants. Isabelle fait partie des fondatrices de l'association *La Voix des parents*. Elle souhaitait une ouverture de l'association aux femmes ayant une autre expérience que celle de l'accouchement à domicile.

Rita

Trente-huit ans, deux enfants, présidente de l'association au moment de l'enquête. Rita anime un blog de cuisine. Son conjoint est chef d'entreprise. Elle est très attachée au droit des usagères. Elle a accouché à *Belle Naissance* avec une péridurale en milieu de son travail d'accouchement comme elle le souhaitait. Vu le comportement de l'anesthésiste, elle a écrit un courrier de plainte à la direction.

Justine et Marc

Vingt-huit et trente-trois ans. Justine est enseignante au collège, Marc est policier municipal. Justine accouche de son premier enfant à domicile malgré elle. Le couple souhaitait initialement accoucher dans une maternité universitaire de proximité. Cette maternité refuse son projet de naissance. Elle fera le choix d'une sage-femme à domicile.

Association des Parents Gays et Lesbiens – six entretiens

Romane

Vingt-huit ans, préparatrice en pharmacie. Romane vient d'accoucher de son premier enfant qu'elle a eu grâce à une PMA en Espagne avec sa compagne.

Nicole et Françoise

Trente-huit et quarante-et-un ans, en couple depuis cinq ans. Nicole est médecin, Françoise est professeure de droit. Elles décident d'avoir un enfant ensemble. Nicole a deux enfants de deux unions avec deux hommes différents et Françoise a un enfant d'un premier couple hétérosexuel également. Le couple fait le choix d'une insémination artisanale avec des paillettes de sperme dont l'anonymat est levé provenant du Danemark. Ce sera un échec.

Éliane, Claire et Quentin

Quarante-quatre, trente-deux et trente-trois ans. Éliane est professeure en collège, Claire est greffière, Quentin est infirmier dans le privé. Éliane et Claire ont choisi d'avoir un enfant avec un donneur proche, Quentin, qui s'avère très présent dans le quotidien du couple. C'est Claire qui est enceinte. En tant que mère sociale, Éliane ne trouve pas sa place.

Élise

Trente-quatre ans. Élise est en couple avec une autre femme. Elle fait le récit de son premier accouchement en région parisienne. Elle a bénéficié d'une PMA en Belgique.

Elle a fait une grave hémorragie lors de l'accouchement et elle est très attachée à la médicalisation.

Émilie et Charlotte

Trente-trois et trente-cinq ans. Émilie et Charlotte font le récit de l'accouchement de leur premier enfant. Émilie a bénéficié d'une PMA en Belgique et elle est très attachée à son médecin qui l'a soutenu tout au long du processus.

Aurore et Fanny

Trente-cinq et trente-deux ans, Aurore est pharmacienne et Fanny est commerciale. Le couple fait le choix d'une insémination artisanale avec un donneur proche qui ne souhaite pas être connu de l'enfant. Aurore accouche dans une maternité de l'Est de la France qui propose des alternatives à l'accouchement médicalisé.

Annexe 3 – Répartition des biographies par modèle

Nota Bene : Les entretiens de personnalités publiques et non anonymisés ne sont pas intégrés dans cette annexe (cinq entretiens).

Modèle de la conformité

| Modèle de la conformité – quarante-trois entretiens | | |
|--|----------------------------|----------------------------|
| Personne.s interviewé.es | Qualité | Lieu de l'entretien |
| Angélique | Auxiliaire de puériculture | <i>Femme Heureuse</i> |
| Joséphine | Auxiliaire de puériculture | <i>Femme Heureuse</i> |
| Magali | Auxiliaire de puériculture | <i>Femme Heureuse</i> |
| Valérie | Auxiliaire de puériculture | <i>Belle Naissance</i> |
| Marielle | Auxiliaire de puériculture | <i>Belle Naissance</i> |
| Claudie | Auxiliaire de puériculture | <i>Belle Naissance</i> |
| Carole | Sage-femme | <i>Femme Heureuse</i> |
| Véronique | Sage-femme | <i>Femme Heureuse</i> |
| Clotilde | Sage-femme | <i>Femme Heureuse</i> |
| Martine | Sage-femme | <i>Femme Heureuse</i> |
| Élodie | Sage-femme | <i>Femme Heureuse</i> |

| | | |
|---------------------|------------|------------------------|
| Catherine | Sage-femme | <i>Femme Heureuse</i> |
| Dorine | Sage-femme | <i>Femme Heureuse</i> |
| Bénédictte | Sage-femme | <i>Belle Naissance</i> |
| Bastien | Médecin | <i>Femme Heureuse</i> |
| Clarisse | Médecin | <i>Femme Heureuse</i> |
| Lucille | Médecin | <i>Femme Heureuse</i> |
| Jacqueline | Médecin | <i>Femme Heureuse</i> |
| Rosalie | Médecin | <i>Femme Heureuse</i> |
| Rebecca | Médecin | <i>Femme Heureuse</i> |
| Viviane | Médecin | <i>Femme Heureuse</i> |
| Hervé | Médecin | <i>Belle Naissance</i> |
| Sylvie | Médecin | <i>Belle Naissance</i> |
| Rémi | Médecin | <i>Belle Naissance</i> |
| Aline | Usagère | <i>Femme Heureuse</i> |
| Margot et André | Usagère | <i>Femme Heureuse</i> |
| Céline et Sébastien | Usagère | <i>Femme Heureuse</i> |
| Magali | Usagère | <i>Femme Heureuse</i> |
| Nathalie | Usagère | <i>Femme Heureuse</i> |
| Noémie | Usagère | <i>Femme Heureuse</i> |

| | | |
|-----------------------|---------|------------------------|
| Carole et Nicolas | Usagère | <i>Femme Heureuse</i> |
| Maryline et Régis | Usagère | <i>Femme Heureuse</i> |
| Angélique | Usagère | <i>Femme Heureuse</i> |
| Jenna et Yves | Usagère | <i>Femme Heureuse</i> |
| Sandra | Usagère | <i>Femme Heureuse</i> |
| Marjorie et Sébastien | Usagère | <i>Femme Heureuse</i> |
| Anne et Nathan | Usagère | <i>Belle Naissance</i> |
| Asma | Usagère | <i>Belle Naissance</i> |
| Florence | Usagère | <i>Belle Naissance</i> |
| Josiane | Usagère | <i>Belle Naissance</i> |
| Romane | Usagère | <i>APGL</i> |
| Émilie et Charlotte | Usagère | <i>APGL</i> |
| Élise | Usagère | <i>APGL</i> |

Modèle citoyen

| Modèle citoyen – vingt-huit entretiens | | |
|---|----------------------------|----------------------------|
| Personne.s interviewé.es | Qualité | Lieu de l'entretien |
| Virginie | Auxiliaire de puériculture | <i>Femme Heureuse</i> |
| Lucienne | Sage-femme | <i>Femme Heureuse</i> |
| Juliette | Sage-femme | <i>Femme Heureuse</i> |
| Justine | Sage-femme | <i>Femme Heureuse</i> |
| Armel | Sage-femme | <i>Femme Heureuse</i> |
| Éric | Sage-femme | <i>Belle Naissance</i> |
| Sabrina | Sage-femme | <i>Belle Naissance</i> |
| Agathe | Sage-femme | <i>Belle Naissance</i> |
| Maxime | Étudiant sage-femme | <i>Belle Naissance</i> |
| Elsa | Sage-femme | <i>La Voix des parents</i> |
| Madeleine | Médecin | <i>Femme Heureuse</i> |
| Betty et Julien | Usagère | <i>Femme Heureuse</i> |
| Cyrielle et Stéphane | Usagère | <i>Femme Heureuse</i> |
| Aurélie et Steven | Usagère | <i>Femme Heureuse</i> |
| Yasmine et Alexandre | Usagère | <i>Belle Naissance</i> |
| Théa et Oscar | Usagère | <i>Belle Naissance</i> |

| | | |
|---------------------------|---|----------------------------|
| Amandine | Usagère | <i>La Voix des parents</i> |
| Estelle et Henri | Usagère | <i>La Voix des parents</i> |
| Camille | Usagère | <i>La Voix des parents</i> |
| Joëlle | Usagère | <i>La Voix des parents</i> |
| Lilou | Usagère | <i>La Voix des parents</i> |
| Catherine | Usagère | <i>La Voix des parents</i> |
| Isabelle | Usagère | <i>La Voix des parents</i> |
| Rita | Usagère – présidente de l'association au moment de l'enquête. | <i>La Voix des parents</i> |
| Justine et Marc | Usagère | <i>La Voix des parents</i> |
| Aurore et Fanny | Usagère | <i>APGL</i> |
| Nicole et Françoise | Usagère | <i>APGL</i> |
| Éliane, Claire et Quentin | Usagère | <i>APGL</i> |

Modèle du cosmos

| Modèle du cosmos – douze entretiens | | |
|--|--|----------------------------|
| Personne.s interviewé.es | Qualité | Lieu de l'entretien |
| Jocelyne | Sage-femme | <i>Femme Heureuse</i> |
| Éva | Sage-femme | <i>Belle Naissance</i> |
| Camille | Sage-femme | <i>Belle Naissance</i> |
| Ludovic | Sage-femme | <i>Belle Naissance</i> |
| Marie | Sage-femme, fondatrice de l'association | <i>La Voix des parents</i> |
| Natacha et Olivier | Usagère | <i>Femme Heureuse</i> |
| Angie et Nicolas | Usagère | <i>Belle Naissance</i> |
| Marie-Anne et Luc | Usagère | <i>Belle Naissance</i> |
| Alice | Usagère | <i>Belle Naissance</i> |
| Chloé | Usagère | <i>Belle Naissance</i> |
| Sophie | Usagère | <i>La Voix des parents</i> |
| Stéphanie | Usagère | <i>La Voix des parents</i> |

Annexe 4 – L’architecture de la salle d’accouchement comme révélateur de la hiérarchie médicale dans les deux maternités

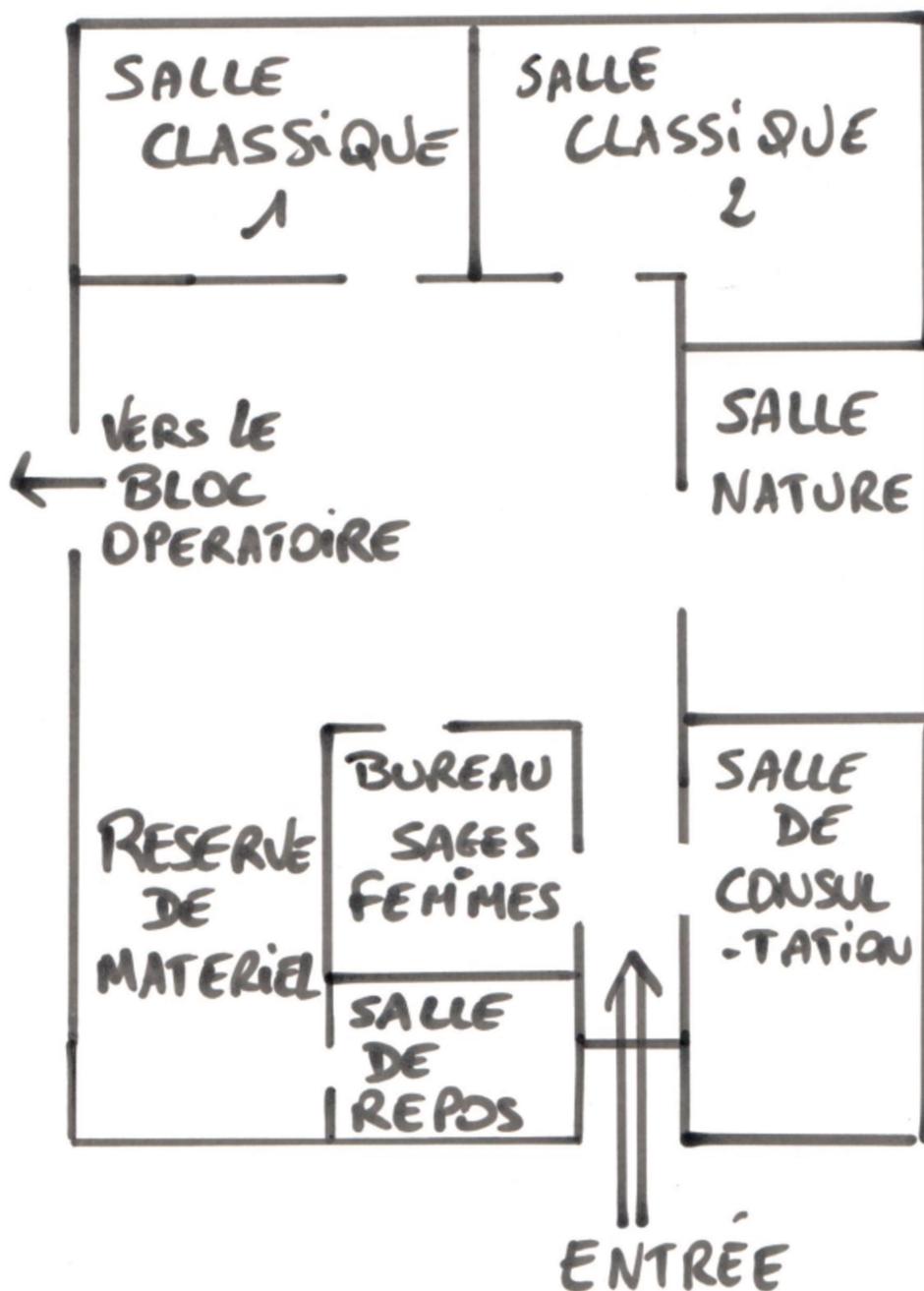
Les deux maternités enquêtées ont fait l’objet d’une réhabilitation importante juste avant le début de l’enquête. Les choix réalisés par les équipes soignantes sont révélateurs de la conformité ou de la résistance aux normes biomédicales.

Dans le cas de *Belle Naissance*, la salle d’accouchement est de type circulaire. Cette distribution facilite les déplacements des professionnel.les entre salle d’accouchement standard et salle « nature ».

Dans le cas de *Femme Heureuse*, l’entrée dans la salle d’accouchement se situe dans un premier espace de consultation permettant le diagnostic de travail. La salle « nature » se situe dans cet espace tout comme l’accès à la douche pour les usagères. Il faut passer des portes battantes pour accéder aux salles d’accouchement et au fond du couloir au bloc opératoire. De plus, la salle d’accouchement numéro quatre est consacrée à la prise en charge des morts fœtales in utero, des interruptions médicales de grossesse et à la pratique d’amniocentèse. On identifie une gradation des risques dans l’espace à l’image de la hiérarchie entre le normal et le pathologique selon les médecins.

Figure 14. *Belle Naissance* : Une salle d'accouchement circulaire où l'accès aux trois salles est facilité depuis le bureau des sages-femmes.

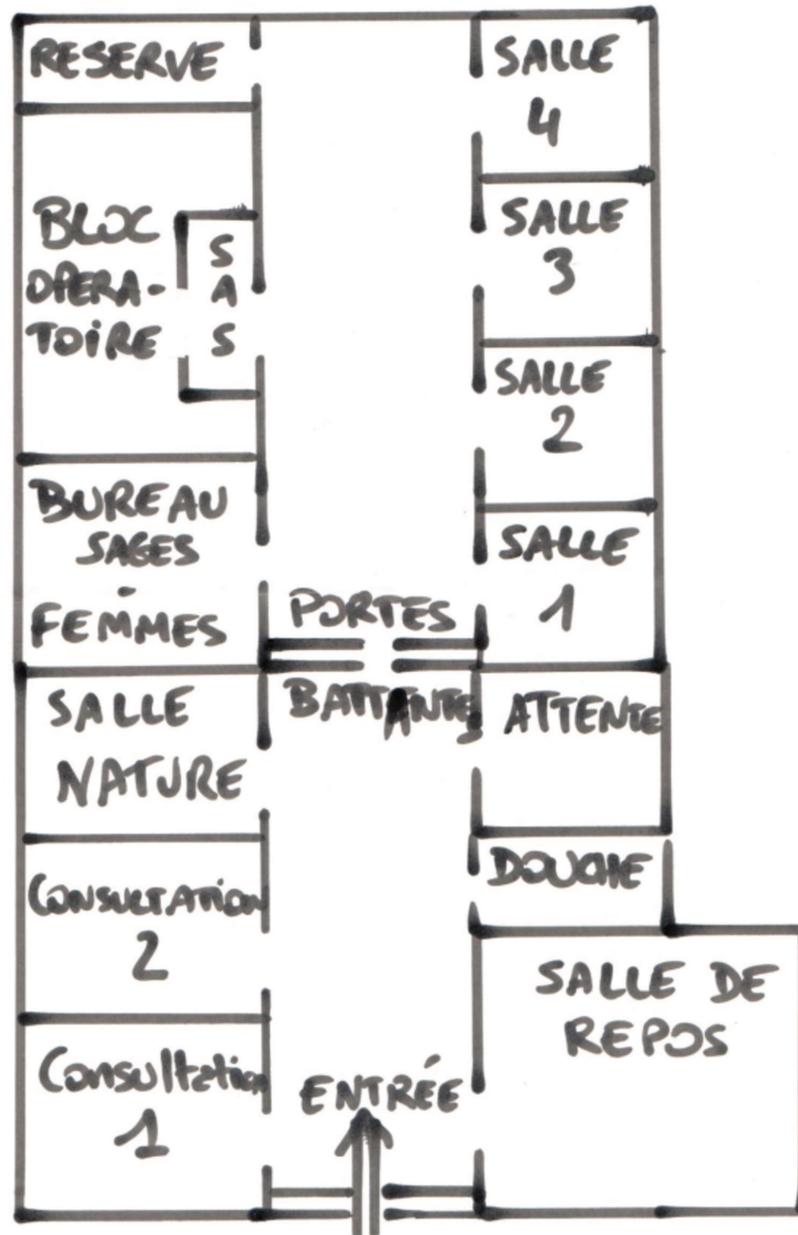
Plan de la salle d'accouchement de Belle Naissance.



Source : Carnet de Terrain – 2013.

Figure 15. *Femme Heureuse* : L'organisation spatiale de la salle d'accouchement montre la hiérarchie, du normal au pathologique.

Plan de la salle d'accouchement de Femme Heureuse.



Source : Carnet de terrain – 2013

Annexe 5 – Glossaire

| Terme (souligné par une * dans le corps du texte) | Définition |
|--|--|
| Accouchement par le siège (position podalique) | Le siège du fœtus se présente en premier dans le bassin maternel. |
| Allo immunisation (fœto- maternelle) | Pathologie qui consiste en la présence d'anticorps maternels dirigés contre les globules rouges du fœtus. |
| Analgésie péridurale | Il s'agit d'une technique en anesthésie qui vise à supprimer les douleurs durant l'accouchement. |
| (Score d') Apgar | Évaluation de la vitalité du nouveau-né mesurée par un.e professionnel.le dans les minutes qui suivent l'accouchement. |
| Asepsie | Méthodes préventives de lutte contre les maladies infectieuses en empêchant les germes de pénétrer dans l'organisme (par exemple le lavage des mains). |
| Antisepsie | Méthodes curatives de lutte contre les germes (par exemple les antibiotiques). |
| Bain précoce du nouveau-né | Technique initiée par F. Leboyer pour l'accueil que l'auteur juge respectueux de l'enfant. |
| Bradycardie (fœtale) | Réduction de la fréquence cardiaque en dessous de soixante battements par minutes et qui peut amener l'équipe obstétricale à des actions d'urgence comme une césarienne. |
| Chorioamniotite | Infection aiguë des membranes et du placenta durant la grossesse. |
| Césarienne | Modalité chirurgicale d'accouchement après incision de l'abdomen et de l'utérus. |

| | |
|---------------------------------|--|
| Clampage retardé du cordon | Technique qui consiste à attendre la fin des battements du cordon ombilical après la naissance. |
| (Césarienne) Code rouge | Césarienne réalisée dans un contexte d'urgence absolue en moins de cinq minutes entre la décision et la naissance de l'enfant. |
| Délivrance artificielle | Le placenta et ses membranes sont extraits manuellement par l'opérateur après l'accouchement. |
| Détresse fœtale | Signes paracliniques d'une diminution d'oxygène dans le sang du fœtus et qui exige une action médicale allant jusqu'à la césarienne en urgence. |
| Dilatation (du col de l'utérus) | Lors du travail qui précède l'accouchement, la personne en charge du suivi clinique examine régulièrement l'évolution de l'ouverture du col de l'utérus, c'est ce qu'on appelle la dilatation du col. |
| Dystocie des épaules | Accouchement durant lequel les épaules du fœtus restent bloquées au niveau du détroit supérieur du bassin maternel entraînant des gestes obstétricaux spécifiques pour réaliser la naissance |
| Épisiotomie | Incision du périnée par un.e professionnel.le sur trois plans anatomiques : la peau, la muqueuse vaginale et le muscle périnéal. L'incision nécessite une suture chirurgicale. |
| (Accouchement) Eutocique | L'accouchement simple (opposé à dystocique). |
| Extraction (instrumentale) | Accouchement qui nécessite un objet technique comme un forceps ou une ventouse obstétricale. |
| <i>Gold standards</i> | Procédures médicales validées par les instances professionnelles après analyses des études médicales, souvent sous l'égide de la Haute Autorité de Santé, en interne de réseaux de soin ou propre à l'établissement. |
| Hémolyse | Destruction des globules rouges. |

| | |
|--|---|
| Hémorragie (de la délivrance) du post-partum | Saignements massifs après l'accouchement. Première cause de mortalité maternelle jusqu'à la fin des années 2000 en France. |
| Hypertonie (utérine) | Contraction involontaire et sans interruption de l'utérus maternelle pendant le travail. |
| Hypoxie | Diminution pathologique de l'oxygène dans le sang. |
| Hystérectomie d'hémostase | Ablation chirurgicale de l'utérus dans le traitement de l'hémorragie du post partum. |
| Iatrogénie | Conséquences néfaste ou funeste des suites d'une prescription par un.e professionnel.le habilité.e |
| Lactate | Le dosage de lactates dans le sang fœtal indique le degré d'acidose métabolique du fœtus et l'apparition d'une détresse fœtale. |
| Manœuvre de Jacquemier | Geste technique réalisé par l'opérateur en cas de dystocie des épaules consistant à engager l'épaule postérieure du fœtus dans le bassin maternel. |
| (Techniques de) Massage du nouveau-né | Initiées par F. Leboyer, les techniques de massages du nouveau-né ont pour objectif d'apaiser et de détendre. |
| Maternité de type I, II ou III | Le type de maternité est lié à la prise en charge pédiatrique et précisé dans le décret de 1998 sur l'organisation hospitalière. Les maternités de type III prennent en charge les naissances avant 32 semaines d'aménorrhées (SA) soit 7 mois de grossesse. Les maternités de type II prennent en charge les naissances en 32 SA et le terme. Les maternités de type I ne bénéficient pas d'un service dédié pour la prise en charge des enfants prématurés. |
| Monitoring (cardio-tocographique) | Outil technique permettant d'enregistrer simultanément le cœur fœtal et les contractions utérines de la mère. |
| Monochoriales (grossesse gémellaire) | Grossesse de jumeau qui ont un placenta commun, ce qui rend la grossesse plus à risque. |
| Morbidité | Évènement médical pouvant altérer l'état de santé général d'une personne. |

| | |
|------------------------------|--|
| Mortalité infantile | Nombre d'enfants n'ayant pas atteint l'âge d'un an pour mille naissances dans la même année. |
| (Aspiration) Nasopharyngée | Technique de réanimation néonatale après l'accouchement pour désobstruer les voies aériennes du nouveau-né. |
| (Épaule) Négligée | Procidence d'un bras fœtal engagé dans le bassin maternel du fait d'une présentation méconnue d'une des épaules. |
| Néonat(ologie) | Unité hospitalière pour la prise en charge des enfants prématurés. |
| <i>Outborn</i> | Se dit d'un enfant né dans une maternité qui ne dispense pas les soins nécessaires à sa prématurité. |
| Ouvrir le bloc obstétrical | Préparer la salle d'opération en vue d'une césarienne ainsi que le matériel nécessaire. |
| Partogramme | Contient le tracé de la surveillance maternelle et fœtale durant le travail et l'accouchement. |
| Peau à peau | Technique consistant à mettre peau contre peau un des parents avec le nouveau-né. |
| Périnée complet compliqué | Ancien terme qui désigne une déchirure complète du périnée féminin comprenant la muqueuse vaginale, le muscle et le muscle anal. |
| PH | Mesure des gaz du sang au cordon ombilical réalisé après l'accouchement. Le résultat de la mesure reflète l'oxygénation fœtale pendant le travail. |
| (Accouchement) Physiologique | S'il n'y a pas de définition qui fait consensus, la nature physiologique de l'accouchement désigne en réalité l'accompagnement spécifique d'une sage-femme réalisé auprès d'une parturiente qui vivra un accouchement eutocique. |
| Primipare | Femme qui a accouché de son premier enfant. |
| Procidence du cordon | Au moment de la rupture de la poche des eaux, le cordon ombilical du fœtus est coincé entre la présentation fœtale et |

| | |
|--------------------------------------|---|
| | le col de l'utérus entraînant l'asphyxie du fœtus. C'est une indication de césarienne en extrême urgence. |
| Prophylactique | En prévention de différents risques. Terme qui qualifie une césarienne réalisée avant travail pour éviter les risques d'un accouchement par les voies naturelles à la parturiente. |
| (Gel de) Prostines | Médicament qui permet la maturation du col de l'utérus en vue de l'accouchement. |
| (Service de) Réanimation pédiatrique | Unité médicale dans laquelle les nouveau-nés très prématurés sont soignés. |
| ROPA | Réception des ovocytes de la partenaire. Il s'agit d'une technique de procréation assistée permettant une maternité partagée au sein d'un couple de femmes. |
| Rupture utérine (corporéale) | Déchirure spontanée du corps de l'utérus. |
| (Salle d'accouchement) Sauvage | Ancêtre des salles « nature », M. Odent a initié à la maternité de Pithiviers des accouchements dans une salle avec lumière tamisée et baignoire de naissance. |
| Scialytique | Dispositif médical d'éclairage mobile. |
| Sondage vésical à demeure | Mise en place d'une sonde permanente dans la vessie. |
| Speculum | Objet technique permettant d'observer l'intérieur de la cavité vaginale pour différents actes à visée diagnostique ou thérapeutique. |
| Streptocoque B | Bactérie que l'on peut retrouver dans le vagin d'une femme de manière asymptomatique. Son dépistage est systématiquement recommandé en cours de grossesse en prévention d'une infection materno-fœtale. |
| Tocométrie interne | Capteur interne disposé dans l'utérus afin de mesurer de manière précise la pression des contractions utérines. |
| Travail (d'accouchement) | Une parturiente est considérée en travail dès lors que des contractions rythmées, involontaires ou induites par |

| | |
|----------------------------------|--|
| | traitement pharmaceutique entraînent un effacement et une dilatation du col de l'utérus entraînant l'accouchement. |
| Utérus cicatriciel | Utérus ayant une cicatrice liée à une intervention chirurgicale antérieure en général une césarienne, mais pas uniquement. |
| Vaginique | Réflexe involontaire des muscles du vagin entraînant des douleurs intenses et empêchant tout coït vaginal. |
| Ventouse obstétricale | Outil technique permettant l'extraction du fœtus lors de l'accouchement par effet ventouse sur la tête du fœtus. |
| (Méthode de) Vermelin | Abstention totale de tout geste de l'opérateur lors de l'accouchement par les voies naturelles d'un enfant par le siège. |
| Voies naturelles / voie vaginale | Accouchement par le vagin. Se distingue de la « voie haute », synonyme de césarienne. |

Abréviations

AFM - Association Française contre les Myopathies

ANESF – Association Nationale des Étudiants Sages-Femmes

APGL – Association des Parents et futurs parents Gays et Lesbiens

APHP – Assistance Publique Hôpitaux de Paris

BTS – Brevet de Technicien Supérieur

CAF – Caisse des Allocations Familiales

CFTC - Confédération Française des Travailleurs Chrétiens

CGT – Confédération Générale du Travail

CHU – Centre Hospitalier Universitaire

CIANE – Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance

CISS – Collectif Inter-associatif Sur la Santé

CNGOF - Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DIU – Diplôme Inter-Universitaire

DREES - Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DROM - Département et Région d'Outre-Mer

EPP – Entretien Prénatal Précoce

FNCGM – Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale

FPH – Fonction Publique Hospitalière

HAS – Haute Autorité de Santé

HCE – Haut Conseil à l'Égalité

HPST (loi) – Hôpital, Patient, Santé, Territoires (loi)

IGAS – Inspection Générale des Affaires Sociales

InPH – Intersyndicat des Praticiens Hospitaliers

IVG – Interruption Volontaire de Grossesse

MIVILUDES - Mission Interministérielle de Vigilance et de LUTte contre les DÉrives Sectaires

OMS – Organisation Mondiale de la Santé

ONSSF – Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes

PDD – Protocole de Délivrance Dirigée

PMA – Procréation Médicalement Assistée

PMI – Protection Maternelle et Infantile

PU-PH – Professeur des Université – Praticien Hospitalier

RPC – Recommandations pour la Pratique Clinique

SAMU – Service d'Aide Médicale Urgente

StopVOG – Association Stop Violences Obstétricales et Gynécologiques

SYNGOF - SYndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France

UNSSF – Union Nationale des Syndicats de Sages-Femmes

VIH – Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des encadrés

| | |
|--|-----|
| ENCADRE 1. LA CONSTRUCTION D'UNE CONFIANCE AVEC LES USAGERES. <i>NOTE DE TERRAIN SUR NOTRE POSTURE DANS L'ENQUETE</i> | 24 |
| ENCADRE 2. LA CONNIVENCE PROFESSIONNELLE AVEC LES SAGES-FEMMES NOUS PERMET UN ACCES A DES DONNEES ORIGINALES. <i>NOTE DE TERRAIN SUR NOTRE POSTURE DANS L'ENQUETE</i> | 25 |
| ENCADRE 3 : LES BENEFICES DE L'ENTRE-SOI MASCULIN. <i>HERVE, UN ANESTHESISTE DECALE</i> | 25 |
| ENCADRE 4. UNE MISE EN SCENE PAR LES MEDECINS DE L'INUTILITE DE LA MEDECINE CLINIQUE. <i>NOTE DE TERRAIN, FEMME HEUREUSE</i> | 175 |
| ENCADRE 5. QUAND LES MEDECINS S'AFFRANCHISSENT DE LEURS PROPRES REGLES AU DETRIMENT DES USAGERES. <i>NOTE DE TERRAIN, FEMME HEUREUSE</i> | 176 |
| ENCADRE 6 L'INTEGRATION DE LA DEVALORISATION PROFESSIONNELLE DES SAGES-FEMMES. <i>NOTE DE TERRAIN, FEMME HEUREUSE</i> | 185 |
| ENCADRE 7. LA PHYSIOLOGIE, UN MONOPOLE D'ACTIVITE POUR LES SAGES-FEMMES. <i>NOTE DE TERRAIN, BELLE NAISSANCE</i> | 326 |
| ENCADRE 8. LA PHYSIOLOGIE : L'HERITAGE CLINIQUE DES MATRONES. <i>NOTE DE TERRAIN, BELLE NAISSANCE</i> | 329 |
| ENCADRE 9. L'ART DE LA SAGE-FEMME : SAISIR LE <i>KAIROS</i> . <i>NOTE DE TERRAIN, BELLE NAISSANCE</i> | 330 |
| ENCADRE 10. UNE SAGE-FEMME PIONNIERE D'UNE ANALYSE MATERIALISTE DE L'ACCOUCHEMENT. <i>BIOGRAPHIE DE SYLVIE LABERIBE</i> | 350 |
| ENCADRE 11. L'HERITAGE DIFFICILE DU MOUVEMENT DE 2001. <i>BIOGRAPHIE DE CAROLINE RAQUIN</i> | 355 |
| ENCADRE 12. UNE DIRIGEANTE SYNDICALE EMBLEMATIQUE OU UN COLLECTIF ? <i>BIOGRAPHIE DE CAMILLE DUMORTIER</i> | 363 |

Liste des figures

| | |
|--|-----|
| FIGURE 1. L'ENGAGEMENT FEMININ DANS LES ASSOCIATIONS DE PARENTS. <i>LE LOCAL DE L'ASSOCIATION LA VOIX DES PARENTS</i> | 21 |
| FIGURE 2. UNE MATERNITE CONNUE POUR OFFRIR UNE PLURALITE DE MANIERES D'ACCOUCHER. <i>LA SALLE DE NAISSANCE « NATURE » DE BELLE NAISSANCE</i> | 22 |
| FIGURE 3. UNE MATERNITE EMBLEMATIQUE DE LA CONFORMITE MEDICALE. <i>STATUE D'UNE MERE ET SON ENFANT A L'ENTREE DE LA MATERNITE FEMME HEUREUSE</i> | 23 |
| FIGURE 4. LA LEGITIMITE SCIENTIFIQUE DES SAGES-FEMMES AUX XVII ^E ET XVIII ^E SIECLES. | 41 |
| FIGURE 5. UNE SALLE NATURE EMBLEMATIQUE DE L'OPPOSITION DES MEDECINS DE LA MATERNITE <i>FEMME HEUREUSE</i> | 309 |
| FIGURE 6. UN ENTRE SOI FEMININ DANS LA CONTINUTE AVEC LES PRATIQUES DES PIONNIERES. | 314 |
| FIGURE 7. L'EMERGENCE D'UNE POSTURE CITOYENNE : L'IMPORTANCE DE L'ACCES A L'INFORMATION. | 316 |
| FIGURE 8. UNE AMBIANCE DECALEE EN SALLE DE NAISSANCE : TAPISSERIES ENFANTINES, LAMPES DE CHEVET ET BAIGNOIRE. | 324 |
| FIGURE 9. DERRIERE UN PARAVENT, UN ARRANGEMENT ENTRE SAGES-FEMMES ET MEDECINS. | 327 |
| FIGURE 10. LES MEDECINS SOUTIENNENT LES SAGES-FEMMES EN 2001. | 348 |
| FIGURE 11. LES SAGES-FEMMES COMPRENENT L'IMBRICATION ENTRE L'INEGALITE FEMME/HOMME ET LE POUVOIR MEDICAL A TRAVERS L'EVOLUTION DES SLOGANS ENTRE OCTOBRE 2013 ET FEVRIER 2014..... | 360 |
| FIGURE 12. LES SAGES-FEMMES DENONCENT L'URGENCE DE LA SITUATION A L'HOPITAL ET LE DEGOUT DE L'AMBIVALENCE DE LEUR SITUATION PROFESSIONNELLE. | 364 |
| FIGURE 13. UNE MOBILISATION QUI INTEGRE LES DIFFERENTES SENSIBILITES FEMINISTES. | 376 |
| FIGURE 14. <i>BELLE NAISSANCE</i> : UNE SALLE D'ACCOUCHEMENT CIRCULAIRE OU L'ACCES AUX TROIS SALLES EST FACILITE DEPUIS LE BUREAU DES SAGES-FEMMES. <i>PLAN DE LA SALLE D'ACCOUCHEMENT DE BELLE NAISSANCE</i> | 466 |
| FIGURE 15. <i>FEMME HEUREUSE</i> : L'ORGANISATION SPATIALE DE LA SALLE D'ACCOUCHEMENT MONTRE LA HIERARCHIE, DU NORMAL AU PATHOLOGIQUE. <i>PLAN DE LA SALLE D'ACCOUCHEMENT DE FEMME HEUREUSE</i> | 467 |

Liste des tableaux

| | |
|--|-----|
| TABLEAU 1. LA PROFESSION DE SAGE-FEMME, LA PLUS FEMINISEE DES PROFESSIONS MEDICALES, RELEGUEE AU SALARIAT ET AUX FAIBLES REVENUS <i>EFFECTIFS, MIXITE, ACTIVITES ET REVENUS DES PROFESSIONS MEDICALES ET PHARMACEUTIQUES.</i> | 276 |
| TABLEAU 2. LES PROFESSIONS LES PLUS FEMINISEES SONT LES MOINS REMUNEREES. <i>EFFECTIFS, MIXITE, ACTIVITES ET REVENUS DE TROIS PROFESSIONS PARAMEDICALES.</i> | 276 |
| TABLEAU 3. TROIS ETAPES DANS LE PROCESSUS DE MOBILISATION DES FEMMES POUR LES DROITS REPRODUCTIFS. <i>EXTRAITS D'ENTRETIENS OU D'OUVRAGES.</i> | 390 |

| | | |
|---|--|-----|
| 3 | <i>La biomédicalisation des accouchements aux XX^e et XXI^e siècles.....</i> | 50 |
| 3.1 | L'avènement de la culture technique et le renforcement de l'emprise médicale sur les corps féminins | 50 |
| 3.2 | Le pouvoir médical à l'œuvre : l'éviction des femmes ?..... | 52 |
| 3.3 | La Procréation Médicalement Assistée (PMA) : de nouvelles techniques et une reconfiguration du système de genre..... | 54 |
| CHAPITRE 2 : BIOGRAPHIES PROFESSIONNELLES : AUXILIAIRES DE PUERICULTURE, SAGES-FEMMES ET MEDECINS A L'EPREUVE DU GENRE..... | | |
| | | 59 |
| 1 | <i>« Faire le bébé » : quand faire le « sale boulot » participe de la production d'un cadre reproductif et biomédical.....</i> | 62 |
| 1.1 | L'exclusion de la dimension relationnelle du soin : le « sale boulot »..... | 63 |
| 1.2 | Rendre disponible le corps reproducteur aux techniques biomédicales | 65 |
| 1.3 | Résignation et contestations marginales : des auxiliaires invisibilisées..... | 68 |
| 2 | <i>Les sages-femmes au prisme du genre : trois conceptions du corps, trois expériences de genre.....</i> | 70 |
| 2.1 | Des sages-femmes « sous influence » : une double conformité..... | 72 |
| 2.2 | Des sages-femmes citoyennes | 76 |
| 2.3 | Le retour des matrones : des biographies professionnelles différentielles et en opposition avec la hiérarchie médicale..... | 80 |
| 3 | <i>Les médecins : « Nous sommes l'Hôpital ».....</i> | 85 |
| 3.1 | La technique au cœur de la profession médicale | 86 |
| 3.2 | Une conception biomédicale du corps adossée à une conformité au système de genre | 87 |
| 3.3 | Des représentations biomédicales du corps associées à des décalages au système de genre chez les femmes médecins | 88 |
| 3.4 | Une conception relationnelle de la profession médicale..... | 90 |
| CHAPITRE 3 : LES PARCOURS DES COUPLES A L'EPREUVE DE L'ACCOUCHEMENT : UNE EXPERIENCE AU PRISME DU GENRE..... | | |
| | | 95 |
| 1 | <i>Une conception biomédicale majoritaire qui invisibilise le genre</i> | 97 |
| 1.1 | L'expérience corporelle recouverte par l'expertise technique | 99 |
| 1.2 | Sous l'expérience technique de l'accouchement, les injonctions du genre | 100 |
| 1.3 | Troubles dans le genre pour des couples hétérosexuels adhérant à la biomédicalisation..... | 104 |
| 1.4 | Avec l'extension des bénéficiaires pour les techniques reproductives, une reconfiguration du système de genre..... | 106 |
| 2 | <i>Une conception relationnelle de l'accouchement, décalée du système de genre.....</i> | 109 |
| 2.1 | Les récits d'expériences relationnelles de l'accouchement..... | 109 |
| 2.2 | La parentalité hétérosexuelle, une continuité de négociation entre l'espace domestique et celui de l'accouchement..... | 111 |
| 2.3 | La maternité lesbienne, un bouleversement du genre..... | 112 |
| 3 | <i>Une expérience cosmique de l'accouchement au prisme du genre.....</i> | 117 |
| 3.1 | Un accouchement religieux valorisant le féminin en conformité avec le genre | 119 |
| 3.2 | Un accouchement valorisant le féminin sacré et contestant la hiérarchie sexuée..... | 121 |
| 3.3 | Un accouchement ouvrant au monde subtil hors des rapports sociaux..... | 123 |
| CONCLUSION : LE PARADOXE DU SYSTEME DE GENRE DANS LA SCENE SOCIALE DE L'ACCOUCHEMENT : A LA FOIS OMNIPRESENT ET INVISIBLE AUX ACTEUR.TRICES..... | | |
| | | 127 |

DEUXIEME PARTIE : LE CORPS DE L'ACCOUCHEMENT : TROIS EXPERIENCES AU CROISEMENT DU GENRE ET DE LA BIOMEDICALISATION..... 131

CHAPITRE 4 : LE CORPS CONTEMPORAIN DE L'ACCOUCHEMENT SOUS L'EMPRISE SOCIALE DE LA BIOMEDICALISATION ET DU GENRE..... 135

- 1 *La dynamique normative de la biomédicalisation de l'accouchement de l'après-guerre à aujourd'hui*..... 137
 - 1.1 L'emprise de la culture biomédicale sur l'accouchement..... 138
 - 1.2 Les instruments politiques de la gestion des risques : les usages sociaux des objets techniques..... 139
 - 1.3 Les effets de la biomédicalisation sur l'organisation professionnelle 141
 - 1.4 La fragilité de la domination de la biomédicalisation..... 142
- 2 *Ce que la biomédicalisation fait à la scène genrée de l'accouchement*..... 143
 - 2.1 La naturalisation et la domestication du corps des femmes dans la scène de l'accouchement 143
 - 2.2 Les outils, instruments d'une division hiérarchique sexuée..... 145
 - 2.3 Une généalogie d'un ancrage technique paradoxal entre médecins et sages-femmes (1943 – 1981) 147
 - 2.4 Une déconstruction genrée vers l'autonomie professionnelle ? (1982-2022) 150
- 3 *Les recompositions et tensions relationnelles face à la biomédicalisation de l'accouchement depuis les années 1990* 153
 - 3.1 La culture relationnelle comme soutien ambivalent à la biomédicalisation et au genre..... 154
 - 3.2 Tensions et recompositions dans le champ professionnel de la périnatalité..... 156
 - 3.3 Ambivalences des interactions entre femmes et professionnels..... 159
- 4 *La permanence de représentations et pratiques cosmiques de l'accouchement*..... 162
 - 4.1 Les techniques de l'invisible..... 163
 - 4.2 Les ambivalences de la présence de l'expérience cosmique de l'accouchement à l'hôpital..... 164

CHAPITRE 5 : LES MODELES PROFESSIONNELS AU PRISME DE LA BIOMEDICALISATION ET DU SYSTEME DE GENRE..... 167

- 1 *Un premier modèle majoritaire de conformité à la biomédicalisation*..... 170
 - 1.1 La diffusion de la culture technique et ses effets..... 170
 - 1.2 La décision médicale : une imbrication de la hiérarchie professionnelle et de la culture technique 175
- 2 *Un modèle professionnel majoritaire coextensif du genre et de la biomédicalisation*..... 177
 - 2.1 La culture technique renforce le système de genre..... 177
 - 2.2 Le système de genre renforce la hiérarchie médicale..... 179
- 3 *Les tensions au sein de cette double conformité*..... 185
 - 3.1 Les contradictions et les tensions dans la mise en œuvre de la culture technique 186
 - 3.2 Les contradictions entre assignations sexuées et profession médicale..... 192
 - 3.3 Les tensions et les stratégies dans le quotidien du couple sage-femme/médecin..... 194
- 4 *Tensions, résistances et dépassement face à la technique et la hiérarchie biomédicales*..... 198
 - 4.1 Les résistances du modèle de la citoyenneté face à la biomédicalisation 198
 - 4.2 Le dépassement du modèle biomédical avec une posture cosmique..... 202

CHAPITRE 6 : L'EXPERIENCE DES FEMMES ET DES COUPLES A L'EPREUVE DE L'IMBRICATION DU SYSTEME DE GENRE ET DE LA BIOMEDICALISATION 207

- 1 *Un modèle majoritaire de double conformité au genre et à la biomédicalisation*..... 209
 - 1.1 Une expérience renforçant la conformité à la culture technique..... 210
 - 1.2 Une obéissance à la hiérarchie médicale..... 213

| | | |
|-----|---|-----|
| 1.3 | Une coproduction de la conformité au genre et à la biomédicalisation..... | 216 |
| 2 | <i>Limites et paradoxes d'une double conformité au genre et à la biomédicalisation</i> | 218 |
| 2.1 | Paradoxes et limites de la biomédicalisation de l'accouchement..... | 219 |
| 2.2 | Tensions et recompositions à l'articulation des conformités au genre et à la biomédicalisation..... | 224 |
| 3 | <i>Un modèle citoyen partiellement décalé par rapport au genre et à la biomédicalisation</i> | 226 |
| 3.1 | Une prise de distance avec le pouvoir médical..... | 227 |
| 3.2 | Les stratégies et les tentatives de négociation face au pouvoir médical..... | 228 |
| 3.3 | Des cheminements d'autonomie face à la biomédicalisation..... | 231 |
| 3.4 | Des décalages partiels avec le système de genre | 234 |
| 4 | <i>Un modèle cosmique opposé à la biomédicalisation</i> | 236 |
| 4.1 | L'incompatibilité des représentations sacrées du corps avec la culture technique..... | 237 |
| 4.2 | L'inadaptation de l'organisation hospitalière pour un accouchement cosmique..... | 239 |
| 4.3 | Des opportunités d'alliance avec des sages-femmes et des maternités spécifiques | 240 |
| 4.4 | Ce que la biomédicalisation fait au genre..... | 242 |

CONCLUSION : LES TROIS MODELES EMBLEMATIQUES DE L'EXPERIENCE DE L'ACCOUCHEMENT ET LA DYNAMIQUE DES RAPPORTS SOCIAUX. 247

TROISIEME PARTIE : LA SCENE PUBLIQUE DE L'ACCOUCHEMENT : UNE DYNAMIQUE SOCIALE FONDEE SUR UNE COLERE DIFFERENTIALISTE ET DES REVENDICATIONS CITOYENNES251

| | | |
|---|--|-----|
| CHAPITRE 7 : LES OPPORTUNITES DE TRANSFORMATION DES CADRES SOCIAUX PAR LES | | |
| ACTEUR.TRICES | | 255 |
| 1 | <i>La critique sociale des institutions</i> | 258 |
| 1.1 | Une critique radicale de la biomédicalisation et du genre..... | 259 |
| 1.2 | Une critique principalement différentialiste de l'accouchement médicalisé | 264 |
| 2 | <i>Les opportunités liées aux reconfigurations du système de santé et des professionnel.les</i> | 271 |
| 2.1 | Le malaise à l'hôpital et dans les professions de santé | 272 |
| 2.2 | La « coordination infirmière » de 1988..... | 277 |
| 2.3 | Une revendication historique d'autonomie professionnelle chez les orthophonistes..... | 281 |
| 3 | <i>Les opportunités liées aux réaménagements de la relation entre patient.es et médecins</i> | 284 |
| 3.1 | La genèse du passage de l'administré.e à l'usagère en santé..... | 284 |
| 3.2 | Les effets socio-politique des années VIH/SIDA | 286 |
| 3.3 | Un terreau fragile pour la mobilisation d'usagères en santé périnatale | 287 |
| CHAPITRE 8 : DES INITIATIVES LOCALES DE RESISTANCE A LA BIOMEDICALISATION | | 293 |
| 1 | <i>Des écologies antagonistes à Femme Heureuse</i> | 296 |
| 1.1 | Une alliance fragile entre les usagères et l'État : les projets de naissance | 296 |
| 1.2 | L'échec de la contestation du cadre biomédical par les usagères | 305 |
| 1.3 | La salle « nature » inutilisée de la maternité <i>Femme Heureuse</i> | 308 |
| 2 | <i>Une dynamique collective pour une alternative démocratique et low-tech à Belle Naissance</i> | 311 |
| 2.1 | Une association d'usagères emblématique d'un renouveau démocratique..... | 311 |
| 2.2 | L'alliance et ses effets entre usagères, institution et sages-femmes..... | 320 |
| 2.3 | La salle « nature », un compromis professionnel relatif à la culture technique entre sages-femmes et médecins..... | 325 |
| 2.4 | L'approfondissement d'un arrangement social avec les médecins..... | 331 |

| | |
|---|------------|
| CHAPITRE 9 : LA SCENE DE L'ACCOUCHEMENT COMME PROBLEME PUBLIC | 339 |
| 1 <i>Les grèves des sages-femmes (1988, 2001, 2013, 2021) : vers l'émancipation</i> | 342 |
| 1.1 1988 – 1989 : la double émergence d'une force collective et d'une expression différentialiste du malaise..... | 342 |
| 1.2 2001 : la clarté de l'expression différentialiste et les prémisses d'un cadre de revendications en faveur de l'autonomie professionnelle..... | 344 |
| 1.3 2013 – 2014 : les prémisses d'une jonction entre clarté différentialiste et revendication d'autonomie. | 352 |
| 1.4 2021, la cohérence du discours public, des revendications et de la stratégie en faveur de l'indépendance professionnelle..... | 361 |
| 2 <i>Les violences obstétricales et gynécologiques</i> | 368 |
| 2.1 Les effets paradoxaux de la colère différentialiste dans les années 1970 – 1980..... | 369 |
| 2.2 Jusqu'en 2017, une maturation progressive de la contestation | 370 |
| 2.3 Le mouvement #MeToo permet l'aboutissement de la contestation sous une forme citoyenne..... | 375 |
| 2.4 Des premières avancées politiques face à la biomédicalisation..... | 378 |
| 2.5 Une nouvelle configuration entre les femmes et le pouvoir médical..... | 380 |
| CONCLUSION : VERS L'EMANCIPATION DES FEMMES ?..... | 387 |
| ÉPILOGUE : POUR UNE SOCIOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT..... | 393 |
| 1 <i>Une scène sociale de genre invisibilisée</i> | 396 |
| 2 <i>La biomédicalisation comme rapport social</i> | 398 |
| 3 <i>L'imbrication de l'inégalité femme/homme et de la biomédicalisation : sous le pouvoir médical, le verrou patriarcal</i> | 399 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 403 |
| ANNEXES..... | 435 |
| ANNEXE 1 – LES BIOGRAPHIES PROFESSIONNELLES – QUARANTE-CINQ ENTRETIENS | 437 |
| ANNEXE 2 – LES BIOGRAPHIES DES USAGERES – QUARANTE-TROIS ENTRETIENS..... | 447 |
| ANNEXE 3 – REPARTITION DES BIOGRAPHIES PAR MODELE | 457 |
| ANNEXE 4 – L'ARCHITECTURE DE LA SALLE D'ACCOUCHEMENT COMME REVELATEUR DE LA HIERARCHIE MEDICALE DANS LES DEUX MATERNITES | 465 |
| ANNEXE 5 – GLOSSAIRE..... | 469 |
| ABREVIATIONS..... | 475 |
| LISTE DES ENCADRES..... | 477 |
| LISTE DES FIGURES | 478 |
| LISTE DES TABLEAUX | 479 |
| TABLE DES MATIERES..... | 481 |