



HAL
open science

La mise en œuvre de "l'observance" dans le diabète de grossesse : analyse des rapports sociaux inégalitaires en maternité

Aurélie Racioppi

► To cite this version:

Aurélie Racioppi. La mise en œuvre de "l'observance" dans le diabète de grossesse : analyse des rapports sociaux inégalitaires en maternité. Sociologie. Université Paris Cité, 2022. Français. NNT : 2022UNIP7262 . tel-04440834

HAL Id: tel-04440834

<https://theses.hal.science/tel-04440834>

Submitted on 6 Feb 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.

Thèse de doctorat de l'Université Paris Cité

Ecole doctorale 624 : Sciences des sociétés

Laboratoire de recherche : Unité de recherche « Migrations et société » (URMIS)

La mise en œuvre de « l'observance » dans le diabète de grossesse

Analyse des rapports sociaux inégalitaires en maternité

Par Aurélie Racioppi

Thèse de doctorat de sociologie

Dirigée par Mahamet Timera

Co-encadrée par Marguerite Cognet

Présentée et soutenue publiquement le 13 décembre 2022

Devant un jury composé de :

Elie Azria, Professeur (gynécologie-obstétrique), Praticien hospitalier, Université Paris Cité, examinateur

Marguerite Cognet, MCF (sociologie), Université Paris Cité, Co-encadrante de thèse, Membre invitée

Sylvie Fortin, Professeure (anthropologie), Université de Montréal, rapportrice

Anne Paillet, Professeure (sociologie), Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, examinatrice

Priscille Sauvegrain, MCF (sociologie), sage-femme, Sorbonne Université, rapportrice

Mahamet Timera, Professeur (sociologie), Université Paris Cité, directeur de thèse

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier l'ensemble des participantes à cette enquête, professionnelles de santé comme femmes enceintes, qui m'ont confié leurs récits et se sont livrées avec simplicité et sincérité à mes observations. Je remercie particulièrement les chefs de service et les équipes d'encadrement des deux maternités et de l'hôpital sollicités, qui se sont montrés non seulement intéressés par mon travail mais m'ont également facilité l'accès au « terrain », tout en me laissant une grande latitude dans mon enquête.

Mes remerciements vont ensuite à Mahamet Timera pour avoir accepté de diriger cette thèse et à Marguerite Cognet pour l'avoir co-encadrée. Après mon master à l'EHESS, c'est tout naturellement que je me suis tournée vers l'URMIS et plus précisément vers Marguerite Cognet dont les travaux m'ont été d'un grand apport scientifique pour mon travail de master puis ma recherche doctorale. Je souhaite la remercier pour son accueil au sein du laboratoire et pour son encadrement scientifique. Je tiens également à remercier chaleureusement Mahamet Timera pour ses conseils scientifiques éclairants, sa disponibilité et son soutien tout au long de la thèse.

Je remercie également les membres du jury qui ont accepté de lire, d'évaluer et de discuter mon travail : Elie Azria, Sylvie Fortin, Anne Paillet et Priscille Sauvegrain.

Mes remerciements vont aussi à Fabrice Dhume et Priscille Sauvegrain pour leur participation à mon comité de suivi individuel de thèse, qui m'a été d'un grand soutien.

Cette recherche a bénéficié d'un soutien financier de la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris au travers de la Bourse Maïeutique qui soutient des projets de recherche doctoraux menés par des sages-femmes. Ce financement a constitué un véritable déclic afin de me lancer dans l'aventure. La fin de thèse a également été soutenue par la Fondation Mustela qui délivre des bourses dédiées au domaine de la maïeutique. Je remercie ici ces deux partenaires et en particulier Sophie Guillaume pour son ambition pour la profession de sage-femme, qui m'a informée de leur existence.

Je tiens également à exprimer ma gratitude à l'URMIS, environnement stimulant dont je n'ai malheureusement pas pu bénéficier de façon optimum étant donné mon activité professionnelle. Je remercie particulièrement toutes les doctorantes rencontrées au cours de ces années : Victoire, Simon, Tania, Marine...

Le Groupe d'Enseignement par la Recherche « Migrations, Ethnicité, Santé » (GERMES) de l'URMIS a été un espace de rencontres et d'apprentissage des plus chaleureux. Merci à toutes

ses participantes : Marguerite Cognet, Agnès Lainé, Céline Gabarro, Rosane Braud, Priscille Sauvegrain, Mounia El Kotni, Camille Foubert, Stéphanie Larchanché, Simeng Wang, Olga Gonzalez...

Si toutes les imperfections de ce manuscrit m'appartiennent, le résultat tient pour beaucoup aux relectures avisées et constructives dont j'ai bénéficié. Je tiens à remercier chaleureusement Rosane Braud, Camille Foubert, Elsa Boulet, Constance Cheynel et Pearl Morey pour leurs relectures et tous les échanges qui m'ont poussée à faire grandir ce travail. Un immense merci également à Marie Dumat, Candy Racioppi, Eric Bouttier et Manon Rouillé pour leurs relectures orthographiques.

Je tiens à remercier mes amies rencontrées au cours de cette seconde orientation professionnelle. De la bande de la MSH à la bande de la BNF, ce parcours n'aurait pas été si léger sans vous : Pearl Morey et Constance Cheynel pour leur soutien du début à la fin, Rosanna Sestito pour son sourire et nos discussions « ensoleillants » la BNF ; et Anthony Fouet, mon acolyte de la dernière heure, mon jumeau de thèse (merci pour les fous rires mémorables sur la terrasse et la moquette rouge) !

Merci à la bande du Master MIRI : Manon Rouillé, Adèle Fournier, Felipe Segura-Campos et Michelle Salord-Lopez. C'est toujours un plaisir de vous retrouver ici ou ailleurs et d'échanger sur nos chemins respectifs. A Emmanuelle Lefranc pour cette première, puis deuxième, puis troisième rencontre et nos multiples points communs. Merci à Elise Marsicano pour le coaching de la toute dernière ligne droite, avec générosité et efficacité !

Et enfin, un immense merci aux amies de toujours. La bande de Malakoff : Marion Lecoadic Danica Bijeljic, Nathalie Grall, Valérie Mirochnikoff. Merci à vous pour nos rêves qui ne nous ont pas quittés depuis nos 12 ans... Un merci particulier à Marion qui a partagé à bien des égards mon quotidien de fin de thèse.

La bande des tescou : Eléonore Ezanno, Solène Guihot, Cécile Grandin, Aude Monange ; et celle du Sextuor : Séverine Carillon, Lilia Giusti, Violaine Lefranc, Agnès Descos et Candy Racioppi. Merci pour votre énergie infinie, pour nos rires et nos révoltes.

La bande des « sages-meufs » : Capucine Valentin, Céline Badoual et Julia Reydellet. Merci pour ces partages toujours passionnés autour de notre profession. Un merci particulier à Capucine pour sa présence affectueuse constante. Et merci à la bande de la bande : Jean-Paul Duplessis, Anaïs Fleurent, Nicolas Caracache...

Merci à la Team Volley sans qui mes mercredis soir n'auraient pas la même saveur. Un merci spécial à Linda Vila, Séverine Gelfmann, Véronique Honoré, Pauline Horard, Anne Nermond, Elsa Champion et Damien Saillant ; ainsi qu'à Christophe Liban et Isabelle Lardillier. Du terrain de volley au kiosque, de pelouses en terrasses, vous avez été des soutiens quotidiens plus que précieux.

Je remercie également mes chères collègues de la PMI d'Ivry sur Seine, Sylvie Ghacham, Adeline Anceaux et plus particulièrement Sophie Huron qui a supporté mes absences, ma fatigue et mon stress, toujours en m'encourageant.

Ma profonde gratitude va également à Eléonore Galiana Mingot pour son accompagnement vers l'équilibre et la confiance.

Mes remerciements vont à mes beaux-parents, Orietta Doucet-Mugnier et Alain Mugnier, leur aide à tous les moments du quotidien, les repas du dimanche midi ainsi que leur soutien financier. Je remercie aussi mon beau-frère, Nicolas Mugnier et ma belle-sœur, Evelyne Esterzon pour leur intérêt toujours curieux pour mon travail, ainsi que le petit Félix !

Un immense merci à ma mère, Josie Racioppi, qui m'aura soutenue depuis le début, et bien avant, et jusqu'au bout, tant matériellement qu'affectivement. Tout cela n'a pas de prix.

Je remercie également profondément mon père, Antonio Racioppi, pour sa curiosité et sa fierté sans faille, ainsi que pour son soutien financier.

Mes remerciements vont de tout mon cœur à mes frère et sœurs, Candy Racioppi, Leny Racioppi, et Léa Racioppi. Candy, merci d'être là depuis toujours dans tout ce qui nous anime et ton soutien de chaque heure. Leny, pour ta présence affectueuse intangible et nos partages de valeurs humanistes dans le soin. Léa, pour les coachings anti-procrastination ultra efficaces et les moments de joyeux bazar entre cousin·es. Merci également à leurs conjoint·es, Eric Bouttier, Marie-Laure Abi-Chahla et Nicolas Sallenave ainsi qu'à mes neveux et nièces pour toute l'affection dont vous m'entourez.

Et enfin un immense merci à Antoine Mugnier, mon amoureux et partenaire de vie, acteur des coulisses si précieux. Merci pour ton calme et tes conseils pleins de sagesse ; et pour tout le reste. Et à Joseph et Anouk, nos deux petites plantes qui ont poussé durant cette « téz » et ont alourdi autant qu'alléger la tâche par leurs rires et leurs folies !

RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

L'objectif de cette thèse est de porter un regard sociologique sur le suivi médical du diabète gestationnel. Cette entrée par l'une des principales pathologies de la grossesse me permet de travailler le concept « d'observance » – défini par le monde médical comme le degré de conformité des comportements des patient·e·s aux prescriptions et aux recommandations des professionnel·les de santé – avec les outils de ma discipline.

L'analyse sociologique de l'observance dans le diabète gestationnel est traversée par des enjeux analogues à ceux du diabète de type 2 quant à l'évolution du statut du malade et l'asymétrie dans la relation de soins, mais aussi par les questions portant sur la surveillance médicale et sociale des femmes enceintes. Etudier la mise en œuvre de l'observance et ses effets dans le suivi médical du DG permet d'examiner les rapports de pouvoir qui se jouent dans la relation soignantes-femmes enceintes. Cette notion est alors définie comme une rénovation des processus de surveillance de la vie qui justifie un exercice de la contrainte dont les femmes enceintes s'emparent de manière différenciée selon leur position sociale.

Il s'agit d'interroger comment l'observance traverse l'institution « maternité » et quels sont ses effets en termes de rapports de pouvoir et d'inégalités sociales de santé. Dans une perspective pragmatique la thèse examine le sens et les usages de l'observance par les soignantes et comment ceux-ci sont appropriés par les femmes enceintes développant un DG. Pour cela, elle mobilise des concepts issus de la sociologie interactionniste, de la sociologie des rapports sociaux de race, de classe et de genre et des théories foucaaldiennes.

En mobilisant des matériaux qualitatifs issus d'observations non participantes et d'entretiens de conversation, les analyses portent sur les différents niveaux que sont l'organisation institutionnelle, la division du travail, l'expérience des femmes enceintes et la relation soignantes-soignées, au cours du suivi médical du DG.

Cette recherche montre que l'objectif d'observance poursuivi par les professionnelles et l'institution reproduit des inégalités sociales de santé et des rapports sociaux inégalitaires, dans la mesure où il repose sur une logique de responsabilisation des femmes ayant un DG en tant que futures mères. Combiné à un manque de moyens institutionnels, ce processus de responsabilisation ne tient pas compte des réalités et dispositions sociales des femmes pour endosser la contrainte d'observance. Plus encore, il conduit à renforcer la stigmatisation des femmes perçues comme déviantes au regard de leur observance, c'est-à-dire celles appartenant aux groupes sociaux minorisés sur le plan de la race, de classe ou encore de la corpulence.

Mots clés : diabète de grossesse, diabète gestationnel, observance, inégalités sociales de santé, rapports sociaux.

SUMMARY AND KEY WORDS

This dissertation offers a sociological approach to the medical monitoring of gestational diabetes (GD). Entering through one of pregnancies' main complications allows me to work on the concept of "compliance" – defined in the medical realm as the degree of patients' behavior conforming to health professionals' instructions and recommendations – with the tools of my discipline.

The sociological analysis of compliance among patients with gestational diabetes faces similar challenges than in type 2 diabetes regarding the evolution of the patient's status and the imbalance in the care relationship, but also regarding the questions around medical and social surveillance of pregnant women. Studying the implementation of compliance and its impacts on GD medical care allows to examine the power relations at play in the relationship between caregivers and pregnant women. This notion is then defined as a renewal in life surveillance processes which justifies coercive practices that women respond to differently depending on their social status.

The goal is to interrogate how compliance moves through the maternity hospital, as an institution, and what are its effects in terms of power relations and social inequalities in health. Through a pragmatic approach, this dissertation examines the uses and meaning of compliance by caregivers and how these are made theirs by pregnant women with GD. To do so, I rely on concepts from interactionist sociology, the sociology of race, class and gender, and Foucauldian theories.

Using qualitative data issued from non-participant observation and conversational interviews, the analysis focuses on different levels: institutional organization, labor division, pregnant women's experiences, and the caregiver-patient relationship, throughout GD medical care.

This research shows that the end goal of compliance sought by health professionals and hospital institution reproduces social inequalities in health and unequal social relationships to the extent that this goal relies on a logic of accountability of women with GD as mothers-to-be. Combined to a lack of institutional means, this process of accountability does not take into account women's social realities and background in order to assume the constrain of compliance. In addition, it leads to reinforcing the stigma on women perceived as diverging from compliance standards; those who belong to socially minoritized groups in terms of race, class, or body size.

Keywords: compliance, gestational diabetes, pregnancy-related diabetes, social inequalities in health, sociology of health.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS	6
SUMMARY AND KEY WORDS	8
TABLE DES MATIERES	10
SIGLES ET ACRONYMES	17
PRÉCISIONS DE MISE EN FORME	18
LISTE DES ENCADRÉS	21
Introduction générale.....	23
1. Démarche de recherche : du terrain professionnel au terrain de recherche	23
2. Formulation de la problématique	26
2.1 Le DG, un enjeu de santé publique pour la grossesse et à long terme	26
2.2 L’observance dans le DG : un lien évident mais impensé	27
2.3 Des disparités sociales dans le DG, analysées au prisme de l’observance des femmes enceintes	29
2.4 La place des femmes enceintes dans l’observance.....	30
2.5 L’observance comme analyseur des rapports sociaux : sociologiser un concept médical	31
3. Organisation du manuscrit	32
Chapitre 1 – Positionnement dans la littérature, cadrage théorique et méthodologie de la recherche	35
1. Une sociologie des rapports sociaux inégalitaires en maternité.....	35
1.1 La littérature sur les inégalités sociales de santé.....	35
1.2 La littérature sociologique et anthropologique sur l’observance	42
1.2.1 La place du diabète dans la question de l’observance.....	44
1.2.2 La médicalisation de la grossesse et les rapports de pouvoir en maternité comme terreau à la mise en œuvre de l’observance.....	46
2. Cadrage théorique	49

2.1 Les apports de la sociologie interactionniste.....	49
2.2 Les rapports sociaux comme cadre global d'analyse	50
2.2.1 Ethnicisation des rapports sociaux, race et racisation	51
2.2.2 Désigner racialement les enquêtées.....	52
2.2.3 Positionner les enquêtées dans l'espace social.....	54
2.2.4 L'intersectionnalité : un outil heuristique	55
2.3 Combiner des concepts interactionnistes et une approche constructiviste.....	56
2.4 Les apports foucaaldiens : biopouvoir et gouvernement des corps	57
3. Méthodologie	58
3.1 Posture de recherche : enquêter sur/dans son milieu.....	58
3.2 Choix des terrains.....	60
3.3 Choix des méthodes d'enquêtes	63
3.3.1 L'enquête exploratoire	63
3.3.2 L'ethnographie	63
3.3.3 Entretiens de conversation avec les soignantes.....	64
3.3.4 Entretiens de conversation avec les femmes enceintes	66
3.4 Méthode d'analyse des données.....	66
Chapitre 2 – L'observance au cœur de l'organisation de la prise en charge du DG : une autonomie encadrée des femmes enceintes.....	67
1. Emergence et caractérisation du DG : du normal au pathologique.....	68
1.1 Caractérisation et pathologisation d'un trouble biologique	69
1.2 Un dépistage intensif.....	75
1.3 Dépister tout le monde pour cibler certains groupes sociaux.....	76
2. L'observance des femme enceintes, une nécessité organisationnelle qui reconduit les processus de catégorisations sociales.....	86
2.1 Assimiler les règles de l'organisation dès le début du suivi de grossesse.....	86
2.2 Les consultations de suivi de grossesse : gouverner les corps enceints.....	91
3. Deux modalités de prise en charge du DG fondées sur une délégation des soins.....	97
3.1 L'organisation du suivi du DG : une charge pour les soignantes et les soignées	97

3.1.1 La consultation diététique de la maternité du Coudray.....	99
3.1.2 La consultation infirmière de la maternité du Coudray.....	99
3.1.3 « <i>L'atelier diabète</i> » de l'hôpital Rabelais, pour les femmes dont la grossesse est suivie à la maternité Lachapelle	99
3.1.4 La mise sous insuline	103
3.1.5 Les consultations aux explorations fonctionnelles.....	103
3.1.6 La temporalité du DG.....	105
3.2 Une délégation sous forme d'autonomie encadrée	107
3.3 De l'autonomie à la responsabilisation	109
4. Le traitement inégalitaire des soignées par l'institution.....	113
4.1 Une autonomie dans la gestion de la maladie socialement différenciée	113
4.2 Quand les femmes doivent compenser les failles institutionnelles	115
Conclusion.....	118
Chapitre 3 – Division du travail et consensus professionnel autour de l'observance : normaliser, surveiller, contraindre.....	121
1. La mise en œuvre de l'observance : logiques de normalisation et renforcement d'un ethos de surveillance chez les soignantes	122
1.1 Les processus de normalisation des conduites corporelles des femmes enceintes développant un DG.....	122
1.1.1 « <i>Ce n'est pas un régime, c'est de l'équilibre alimentaire</i> » : entreprendre la normalisation des comportements alimentaires des femmes ayant un DG	122
1.1.2 La contrainte sur les corps : entreprendre la normalisation du poids des femmes enceintes ayant un DG.....	131
1.2 Un ethos de surveillance faisant consensus parmi les différents groupes professionnels	137
1.2.1 La mobilisation d'un registre scolaire dans la surveillance de l'observance	138
1.2.2 Motiver ou menacer : l'art de convaincre les femmes enceintes ayant un DG d'être observantes	146
1.2.2.1 Le décès du fœtus comme argument ultime.....	153

2. Division du travail dans la mise en œuvre de l’observance : partage, mutualisation et renforcement de l’ethos de surveillance.....	159
2.1 Place des sages-femmes dans le suivi du DG : entre rôle central et ambiguïté de leurs compétences	160
2.2 La division du travail entre sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes dans la mise en œuvre de l’observance : défendre sa spécificité et rapports hiérarchiques.....	164
2.2.1 Les sages-femmes gardiennes de l’observance.....	165
2.2.2 Les gynécologues-obstétriciennes référentes dans le DG, une place de second choix.....	166
2.2.3 Les gynécologues-obstétriciennes : déléguer et diriger à distance	168
2.2.4 Les sages-femmes : acquérir de l’assurance dans la délégation des tâches et les négociations avec les médecins.....	172
2.3 Les diététiciennes dans le suivi du DG : une place à défendre	173
2.4 Relations entre les diététiciennes et les professions médicales : une difficile reconnaissance des savoirs diététiques.....	176
2.5 Division du travail entre gynécologues-obstétriciennes/sages-femmes et diabétologues : à qui la charge du DG ?.....	180
Conclusion.....	184
Chapitre 4 – Échecs et succès dans la mise en œuvre de l’observance dans le DG : catégoriser pour soulager son travail	185
1. Accès aux caractéristiques sociales des patientes : entre dépistage des « <i>vulnérabilités psychosociales</i> » et repérage des freins à l’observance.....	186
1.1 Dépister les « <i>vulnérabilités psychosociales</i> » : un travail envahissant.....	187
1.2 L’ambivalence de la dimension sociale du travail en maternité	192
2. Les échecs de la mise en œuvre de l’observance : de l’impuissance des soignantes au report de la responsabilité sur les femmes	198
2.1 Deux figures opposées de femmes non-observantes.....	198
2.1.1 Les femmes racisées et/ou de classes populaires	198
2.1.1.1 Les femmes racisées.....	199
2.1.1.2 Les femmes de classes populaires.....	209

2.1.2 Les femmes blanches de classes sociales supérieures.....	222
2.2 Les femmes, de « mauvaises » observantes en soi ?.....	225
3. Les succès de la mise en œuvre de l’observance : soulager le travail des professionnelles et faire preuve de bonne volonté	228
3.1 Les femmes blanches de classe moyenne : une catégorie impensée facilitant le travail des professionnelles	229
3.2 Les femmes dociles ou la bonne volonté des femmes racisées « précaires »	230
4. L’observance, au croisement de plusieurs axes de différenciation : le jeu des assignations permanentes.....	233
4.1 Des configurations dissonantes réaffirmant les hiérarchies sociales : les cas de Malika Azem et Sarah Benchimol.....	234
4.2 D’autres axes de différenciation mobilisés dans l’interprétation des comportements d’observance des femmes enceintes ayant un DG	238
Conclusion.....	240
Chapitre 5 – Appropriation de l’exigence d’observance et travail de gestion de la maladie : un endossement socialement différencié de la contrainte	243
1. Le travail de gestion du DG : une charge mentale pesante	244
1.1 La gestion temporelle du suivi de la maladie.....	244
1.2 Travail de gestion alimentaire et adaptation à l’état physique de grossesse	248
2. Le travail de gestion du DG : entre intériorisation et mise à distance de la responsabilisation en tant que (futurs) mères	252
2.1 La division sexuelle du travail alimentaire dans le DG et responsabilisation des femmes enceintes	253
2.2 Les craintes vis-à-vis de la santé du fœtus et du nouveau-né, consensus et décalages par rapports aux messages médicaux	258
3. Le travail de gestion du DG : un endossement socialement différencié de la contrainte	265
3.1 Les femmes en situation de précarité : un travail de gestion du DG contraint par des freins matériels, administratifs et sociaux.....	267
3.2 Les femmes de classe moyenne et aisée : un travail de gestion du DG facilité par une socialisation aux normes médicales	275

3.3 Le travail de gestion du DG, une contrainte uniquement pour les femmes de classes populaires ?	281
Conclusion.....	286
Chapitre 6 – Négocier la contrainte d’observance : de l’autocensure à la mise en scène de l’adhésion	288
1. Les négociations autour du dépistage et du diagnostic de DG : échapper à la contrainte une fois qu’elle s’annonce ?.....	289
1.1 Négocier les modalités du dépistage du DG	289
1.2 Négocier le diagnostic.....	291
1.3 Refuser la prise en charge : le cas de Malika Azem.....	297
2. Stratégies d’évitement et de contournement de la contrainte d’observance	299
2.1 L’autocensure des femmes enceintes dans la relation de soins autour du DG.....	300
2.2 Confiance et suspicion ou le jeu de dupe du suivi du DG.....	303
3. Gestion du stigmate : entre autocensure, processus de distinction et soumission au regard médical	312
3.1 S’autocensurer sur les manquements d’observance	313
3.2 Se distinguer en valorisant ses compétences d’observance	318
3.3 Se distinguer en valorisant ses efforts d’observance.....	320
3.4 Se conformer aux attentes des professionnelles, dans les discours.....	323
4. Les marges de manœuvres des femmes enceintes face à la prescription d’insuline et aux décisions de déclenchement de l’accouchement : une sanction en cas de non-observance ?	326
4.1 Les négociations autour de la prescription d’insuline.....	327
4.2 Les négociations du déclenchement de l’accouchement.....	330
Conclusion.....	335
Conclusion générale	336
1. Rétrospective de la thèse	336
2. Résultats saillants	339
3. Perspectives de la recherche.....	341

BIBLIOGRAPHIE	343
ANNEXES	363
Annexe 1 : Données recueillies en systématique lors des observations ethnographiques .	363
Annexe 2 : Grille d’entretien pour les soignantes	366
Annexe 3 : Caractéristiques des entretiens avec les soignantes	367
Annexe 4 : Caractéristiques socio-démographiques des soignantes	368
Annexe 5 : Grille d’entretien pour les femmes enceintes ayant un DG	371
Annexe 6 : Caractéristiques des entretiens avec les femmes enceintes	372
Annexe 7 : Caractéristiques socio-démographiques des femmes enceintes	373
Annexe 8 : Protocole de dépistage du DG dans la maternité du Coudray (2015).....	377
Annexe 9 : Protocole de dépistage du DG à la maternité Lachapelle (2014)	378
Annexe 10 : Dossier obstétrical de la maternité Lachapelle, 1 ^{ère} page	379
Annexe 11 : Dossier obstétrical papier maternité du Coudray, page de couverture	380
Annexe 12 : Dossier informatique, maternité du Coudray, 2 ^{ème} page.....	381
Annexe 13 : Feuille de support pour la consultation diététique, Maternité du Coudray....	382
Annexe 14 : Feuille de conseils alimentaires donnée dans la maternité Lachapelle.....	383
Annexe 15 : Feuille de conseils alimentaires donnée dans la maternité du Coudray	386
Annexe 16 : Exemple de consultation de suivi de grossesse avec une femme enceinte parlant peu le français et non-alphabétisée.....	394

SIGLES ET ACRONYMES

ADA = American Diabetes Association

APHP = Assistance Publique Hôpitaux de Paris

ARS = Agence Régionale de Santé

CHU = Centre Hospitalo-Universitaire

CNGOF = Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DG = Diabète gestationnel ou diabète de grossesse

ETP = Education Thérapeutique du Patient

FID = Fédération Internationale du Diabète

HAS = Haute Autorité de Santé

IADPSG = International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups

INED = Institut National d'Etudes Démographiques

INSEE = Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

PMI = Protection Maternelle et Infantile

VIH = Virus de l'Immunodéficience Humaine

PRÉCISIONS DE MISE EN FORME

Guide d'écriture inclusive

J'ai fait le choix de féminiser le groupe des professionnelles de santé exerçant en maternité car cela reflète la démographie médicale dans ce champ spécifique de la médecine, en France. En outre, j'ai interrogé exclusivement des soignantes de genre féminin. Au cours de l'enquête, seuls quelques professionnels de genre masculin ont été observés : un infirmier et le chef de service de diabétologie de l'hôpital Rabelais ; un sage-femme et un gynécologue-obstétricien de la maternité Lachapelle.

En dehors de ce champ, j'ai utilisé l'écriture inclusive, c'est-à-dire que j'ai utilisé une écriture donnant une visibilité aux groupes de genre féminin sans supposer que le masculin soit majoritaire ou neutre.

- J'ai utilisé le point médiant pour les mots qui ne s'orthographient pas exactement de la même manière au féminin et au masculin :

Exemple : Les acteur·ices de la naissance

- Pour les pronoms, j'ai utilisé un slash :

Exemple : ils/elles

- Quand le terme comporte un tiret, j'ai utilisé le slash :

Exemple : celles/ceux-ci

Précisions de mise en forme

- 1) Les longs extraits d'entretiens et d'observations sont présentés de manière décalée dans une taille de police plus petite.

Exemple :

Lors d'une l'interrogatoire Sophie Marsac, sage-femme blanche de 38 ans, interroge la patiente qui est noire et attend son deuxième et qu'elle reçoit pour la première fois. Elle lui pose l'ensemble des questions habituelles sur son origine, sa profession, ses heures de travail, sa consommation de tabac et d'alcool. Elle demande des détails supplémentaires sur son lieu d'habitation : maison ou immeuble, à quel étage etc.

Journal de terrain, Consultation de suivi de grossesse, Maternité du Coudray, 09/11/15

- 2) Les courts extraits de verbatim cités dans le corps du texte et les termes indigènes sont présentés entre guillemets et en italique.

Exemples : « *l'équilibre* » du diabète ; « *C'est plus difficile j'ai l'impression pour les maghrébines quand même... L'alimentation, les pâtisseries orientales, enfin elle je sais pas si elle mange comme là-bas* ».

- 3) Les citations d'auteur·ices sont présentées entre guillemets et italique dans le corps du texte.

Exemple : « *comprendre à quelles conditions sociales et culturelles se réalise ou non le suivi de l'ordonnance* ».

- 4) Les termes pour lesquels je veux marquer une distance sont signifiés par des guillemets simples (sans italique).

Exemple : « bonne » observance.

Pour le terme « Observance », l'usage des guillemets aurait permis de signifier que cette notion n'a pas de réalité propre mais qu'elle est le produit d'une construction sociale située. Cependant, les guillemets ne sont pas employés pour ce terme dans le corps du manuscrit pour des raisons de lourdeur à la lecture.

Désignation des actrices et anonymisation

Les personnes enquêtées pour cette thèse sont désignées par les termes d'actrices ou d'enquêtées.

Les femmes enceintes développant un diabète de grossesse sont désignées soit par le terme « patientes » soit par le terme « femmes » ou « femmes enceintes » en opposition aux « professionnelles » ou « soignantes ». Le terme de patientes étant issu du point de vue de l'institution médicale qu'est la maternité, il est essentiellement utilisé pour rendre compte des interactions au sein des services de suivi de grossesse. Les termes de femmes enceintes ou de femmes sont davantage utilisés pour rendre compte de leur expérience.

Enfin, afin de préserver leur anonymat, j'ai attribué à l'ensemble des enquêtées un nom et un prénom fictif. Au travers de ceux-ci j'ai tenté de restituer leurs appartenances sociales, culturelles, d'âge, de religion, telles que j'en avais connaissance ou que je les percevais. Je suis bien consciente qu'aucune technique ne garantit l'anonymat absolu, *a fortiori* en ce qui concerne les soignantes interrogées qui appartiennent au « petit » milieu des maternités publiques d'Île-de-France.

Les deux maternités étudiées ont été rebaptisées par le nom de deux sages-femmes qui ont marqué l'avènement de l'obstétrique moderne : Angélique du Coudray et Marie-Louise

Lachapelle. Angélique du Coudray (1712-1794), maîtresse sage-femme, a œuvré à la diffusion des connaissances obstétricales auprès des accoucheuses par ses enseignements pratiques délivrés dans toute la France et à la professionnalisation des sages-femmes. Elle est considérée comme la première sage-femme enseignante française. Marie-Louise Lachapelle (1769-1821), sage-femme à l'hôtel-Dieu de Paris, marqua son époque par son ouvrage sur l'art des accouchements publié en 1821 et participant du rayonnement de l'obstétrique moderne ainsi que par la mise en place d'un « hospice maternité », future maternité de Port-Royal à Paris.

L'hôpital dans lequel se trouve le service de diabétologie avec lequel la maternité parisienne collabore a été baptisé « hôpital Rabelais », du nom de l'illustre écrivain mais aussi médecin et humaniste, François Rabelais (1483/1494-1553).

LISTE DES ENCADRÉS

Encadré 1 : Circulation des femmes enceintes dans les services de consultation de grossesse	Page 86
Encadré 2 : Déroulement type d'une consultation de suivi de grossesse.....	Page 92
Encadré 3 : Modalités de surveillance du DG dans les maternités Lachapelle et du Coudray.....	Page 98
Encadré 4 : Le cadre médico-légal dans le suivi de grossesse et du DG	Page 158
Encadré 5 : Interroger l'origine ethnique en maternité.....	Page 194
Encadré 6 : Précisions sur le positionnement des femmes enceintes dans l'espace social.....	Page 264
Encadré 7 : Situation de Ghyslaine Boloki.....	Page 312

Introduction générale

1. Démarche de recherche : du terrain professionnel au terrain de recherche

Cette recherche doctorale est tout d'abord née de mon expérience professionnelle de sage-femme, puis de mon orientation vers la recherche et les sciences sociales. Que ce soit durant les stages effectués dans des maternités publiques d'Ile-de-France au cours de mes études en maïeutique, ou lors de mon exercice en tant que sage-femme, j'ai été interpellée par certaines situations de tensions entre les soignantes¹ de maternité et certaines parturientes qualifiées par ces dernières de « *migrantes* », « *d'étrangères* »² ou désignées par une appartenance à une zone géographique floue : « *les africaines* », « *les asiatiques* », « *les maghrébines* ». Au-delà de ces catégories, je percevais des discours stéréotypés produits par mes pairs, discours qui étaient miens mais dont la tendance à la généralisation me gênait. Mon mémoire de Diplôme d'Etat de sage-femme portait donc sur « *L'accueil des femmes immigrées dans les maternités publiques franciliennes* ». Dans ce travail, j'ai interrogé, via un questionnaire, quatre-vingts sages-femmes dans cinq maternités publiques d'Ile-de-France. Les résultats ont pu mettre en évidence que la vision d'une prise en charge chargée d'obstacles était dominante parmi les sages-femmes et que les motifs principaux de ce sentiment de difficulté étaient la langue, la religion et les « différences culturelles » des femmes immigrées (ces termes revenaient dans les items et les questions ouvertes). Cependant, l'approche quantitative mobilisée n'a pas permis d'explorer finement les représentations sociales des professionnelles. Mes questionnements persistaient sur ce qui relevait réellement de la « culture » dans ces situations jugées difficiles, sachant qu'elle était largement convoquée par les soignantes comme explicative des comportements des femmes catégorisées comme « *migrantes* ».

Après quelques années d'expérience professionnelle dans un hôpital public de banlieue parisienne et une expérience de six semaines dans une case de santé d'une région rurale du Sénégal, qui m'ont aidée à déconstruire certaines de mes représentations³, j'ai effectué un Diplôme Universitaire à l'université Paris Descartes. Celui-ci était organisé par le Centre

¹ J'ai fait le choix de féminiser le groupe des professionnelles de santé exerçant en maternité car cela reflète la démographie médicale dans ce champ spécifique de la médecine, en France. En dehors de ce champ, j'ai utilisé l'écriture inclusive.

² Les termes de « *migrantes* » ou « *d'étrangères* » sont des catégories indigènes aux contours flous (cela peut autant inclure des femmes n'ayant pas migré elles-mêmes mais qui sont descendantes d'immigrées et ne pas comprendre certaines femmes ayant pourtant migré). Ces catégories renvoient en pratique à des processus d'altérisation dont l'analyse fait l'objet de mon travail de master et de thèse.

³ L'expression de la douleur ou des émotions autour de la naissance prenait des formes variables d'une femme à l'autre, selon le contexte, et ne pouvait être assimilée à une « culture » par exemple.

Minkowska à Paris et s'intitulait « Santé, Maladie, Soins et Culture ». Cependant, j'ai été relativement désappointée devant l'outil pédagogique proposé reposant sur « l'anthropologie médicale clinique » incitant les praticien·nes à prendre en compte les représentations culturelles de « l'Autre », dans une vision quelque peu figée et simplifiée qui me laissait sur ma faim. A la suite de ce diplôme, je continuai à exercer mon activité de sage-femme tout en cherchant comment poursuivre une formation qui permette de me saisir d'un cadre théorique dépassant les analyses, éloignant sans cesse cet « Autre » et qui insistaient sur ses « différences ». Il est devenu évident que, pour sortir de ce cadre, il fallait s'intéresser aux femmes elles-mêmes qui ne semblaient ni réduites ni assimilables à leur « culture », et dont la trajectoire et les comportements étaient explicables par un ensemble de processus plus éclairants que cette notion. La sociologie et l'anthropologie du corps et de la santé se sont avérées indispensables afin de traiter cette question de manière à déconstruire le plus finement possible les schémas culturalistes dans lesquels je baignais⁴. J'ai enrichi mon savoir théorique de notions telles que les représentations sociales de la maladie, la socialisation ou encore la division du travail médical, qui ont permis de complexifier ma compréhension des comportements de santé des parturientes et de la relation soignantes-soignées.

Mon mémoire de master, au sein de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS) a porté sur la catégorisation des femmes « *migrantes* » en maternité et montrait que les processus de catégorisation élaborés par les soignantes de maternité à l'égard des femmes identifiées comme telles sont sous-tendus par des rapports sociaux de race⁵, ce qui façonne la relation de soins, en particulier sur le plan des rapports de pouvoir (Racioppi 2013). L'approche sociologique travaillée au cours de ce master, a permis une déconstruction des prénotions que je pouvais avoir à la fois sur la relation de soin, mais également sur la fonction soignante et l'institution hospitalière⁶.

Pour la thèse, j'ai fait le choix d'élargir mon angle d'approche à d'autres dimensions des rapports sociaux. Le diabète de grossesse ou diabète gestationnel (DG) s'est avéré être une étude de cas particulièrement intéressante dans la mesure où cette pathologie était spontanément avancée par les soignantes interrogées pour le master, comme posant particulièrement

⁴ « Le culturalisme est ici entendu [...] comme une figure intellectuelle qui opère dans le sens commun aussi bien que dans le travail savant et que l'on peut définir à partir de deux caractéristiques fondamentales : l'essentialisation de la culture, qui se trouve isolée comme une réalité en soi et, par conséquent, soustraite à l'analyse sociologique, et l'explication en dernière instance des faits sociaux par les réalités culturelles, de préférence à toute autre » (Fassin 1999 : 24).

⁵ La race est entendue ici comme un rapport social et non comme une réalité biologique. Ceci est développé dans le chapitre 1, dans la partie « ancrage théorique de la thèse ».

⁶ Le détail des résultats de la recherche de master est développé dans le chapitre 1, dans la partie « place de la recherche dans la littérature ».

« problème » pour les femmes catégorisées comme « *migrantes* », alors que le DG ne faisait pas partie de mes questionnements de départ. Hormis la prise en charge du DG, seule la question du diagnostic prénatal était parfois associée à cette catégorie de soignées comme une situation problématique. Or, ce qui posait « problème » était attribué à leur manque d'observance⁷. Cependant, la relation entre les positions et statuts de classe et de race n'avait pas été explorée par la recherche, bien que cela puisse participer à complexifier l'analyse des rapports sociaux en maternité. En effet, dans les discours des soignantes enquêtées en master, se mêlaient des dimensions de classe et des aspects relevant des origines, de l'ethnicité ou de la racisation, associés à la catégorie de « *migrantes* ». Ainsi, la « *précarité* » réelle ou supposée des femmes était mentionnée régulièrement pour témoigner de « problèmes » d'observance qui leur seraient propres dans le cadre du DG. La relation entre rapport social de classe et rapport social de race fait encore l'objet de discussions et de débats scientifiques aujourd'hui, discussions qui se réactualisent dans mon étude de cas (Fassin et Fassin 2009). En outre, dans une perspective intersectionnelle (Bilge 2009) et le souci d'une démarche inductive, il s'est agi de laisser le champ des possibles ouvert à d'autres axes de différenciations et de catégorisations (Simon 2006) pouvant se révéler au cours de l'enquête concernant la relation de soin autour du DG.

J'ai donc choisi de m'intéresser non pas à une catégorie sociale donnée, qu'elle soit construite par les professionnelles de maternité ou non, mais d'entrer par « l'observance » dans l'étude de cas que constitue le DG. A rebours de ce qui pourrait constituer une demande sociale de la part des professionnelles de maternité, il n'est pas question d'analyser les comportements d'observance des femmes enceintes appartenant à tel ou tel groupe social, ni de prendre la relation de soin comme point de départ afin d'en comprendre les effets sur l'observance des femmes enceintes ayant un DG. Il s'agit ici d'inverser et d'élargir la focale en examinant ce que les usages de la notion d'observance font à la qualité des soins, tant au niveau de l'organisation des soins au sein des services de maternité qu'au niveau de la trajectoire de la maladie des femmes ayant un diagnostic de DG, qu'à l'échelle de la relation soignantes-soignées. Autrement dit, il s'agit de discuter de la place et de la fonction de la notion elle-même, ce qu'elle dit et ce qu'elle fait des et aux rapports sociaux en maternité.

⁷ L'observance, en médecine, qualifie généralement le degré d'adhésion des patient·es aux prescriptions médicales. Dans la mesure où cette notion est l'objet central de cette thèse, elle fait l'objet de précisions un peu plus loin.

2. Formulation de la problématique

2.1 Le DG, un enjeu de santé publique pour la grossesse et à long terme

Le DG correspond à une augmentation du taux de sucre dans le sang (glycémie) qui apparaît au moment de la grossesse et qui est le plus souvent transitoire puisque dans 80% des cas elle disparaît dans les jours qui suivent l'accouchement. Au vu des seuils diagnostic actuels, le DG concerne environ 10% des grossesses en France, ce qui en fait la pathologie gestationnelle la plus fréquente avec l'hypertension artérielle et ses complications (Blondel *et al.*, 2017). La prévalence⁸ de cette maladie en France et dans le monde, a fortement augmenté, en partie du fait de nouvelles recommandations internationales en matière de dépistage, appliquées en France depuis 2010, qui ont eu pour effet d'abaisser le seuil diagnostic et donc d'augmenter le nombre de femmes enceintes définies comme diabétiques (Senat et Deruelle 2016). Les complications énoncées par la littérature médicale, touchent à la fois le nouveau-né et sa mère et peuvent advenir au cours de la grossesse, au moment de la naissance mais aussi à plus long terme (CNGOF 2010). Autour de la naissance, les complications les plus décrites sont l'hypertension artérielle et la césarienne pour la parturiente (Beucher, Viaris de Lesegno et Dreyfus 2010) ; et un risque de macrosomie⁹ fœtale et d'hypoglycémie à la naissance (baisse du taux de sucre dans le sang) pour l'enfant (Mitanchez 2010). Ces différentes complications éventuelles, sont érigées en enjeu de santé publique par les clinicien·nes car elles impacteraient la santé de la mère et de l'enfant à naître à court terme mais surtout parce qu'elles convergent largement avec les politiques de lutte contre le diabète chronique. En effet, le fait d'avoir un DG multiplie par sept le risque d'apparition d'un diabète de type 2¹⁰ (DT2) (Bellamy et al. 2009), surrisque qui se prolonge jusqu'à vingt-cinq ans après le DG (Vérier-Mine 2010a). La santé à long terme des fœtus dont les mères ont développé un DG, en particulier en termes de surpoids et d'obésité dans l'enfance, émerge également comme un motif d'intensification du dépistage et de la prise en charge médicale du DG (Cosson 2017). Du côté des pouvoirs publics, les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé datent de 2005. Cependant, on retrouve le DG dans le « *référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète* », où il est énoncé comme

⁸ La prévalence d'une maladie correspond au nombre de cas d'une maladie dans une population donnée, exprimée en proportion.

⁹ La macrosomie fœtale est une estimation du poids supérieure à quatre kilos à la naissance, ou supérieure au 90^{ème} percentile pour le terme, c'est-à-dire que statistiquement seuls 10% des fœtus ont un poids supérieur.

¹⁰ Ils existent deux formes principales de diabètes chroniques : le diabète de type 1 et le diabète de type 2. La seconde est la forme la plus répandue en France (environ 92% des cas de diabète en France). Avoir un diabète gestationnel multiplie par sept le risque d'avoir un diabète de type 2 plus tard (Vérier-Mine 2010a).

facteur de risque dont il faut tenir compte dans la prévention du DT2 (HAS 2014). Ainsi, le DG fait l'objet d'une attention grandissante de la part des professionnel·les de santé et des pouvoirs publics. En témoignent les recherches internationales telles que l'enquête HAPO (The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome) menée en 2008 dans neuf pays et visant à harmoniser les pratiques de dépistage et de diagnostic du DG dans un objectif d'amélioration de la prédiction des risques liés à la maladie.

C'est dans ce contexte de saisie du DG par les acteur·trices de santé publique s'intéressant au DT2 (acteur·ices politiques et épidémiologistes-chercheur·es) que la notion d'observance se réactualise dans les discours et publications des professionnelles de la maternité (soignantes comme chercheur·es).

2.2 L'observance dans le DG : un lien évident mais impensé

L'observance est une notion qui a été conceptualisée au cours de la seconde moitié du 20^{ème} siècle en Amérique du Nord, puis a été diffusée en Europe une vingtaine d'années plus tard, avec un succès dont témoignent la prolifération des recherches sur ce sujet dans la littérature médicale et son usage courant dans les services hospitaliers (Greene 2004). L'observance désigne le degré de conformité des comportements des patient·es aux prescriptions et aux recommandations des professionnel·les de santé (Haynes *et al.*, 1979). Ce terme est celui le plus employé en France mais il peut être défini par d'autres termes, tel que compliance (issu de l'anglais) ou adhésion (Cognet, Adam-Vézina et Braud 2010). Elle a émergé en particulier à la suite de la chronicisation de certaines maladies telles que le diabète ou le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) et sa diffusion tient à la volonté des médecins de lutter contre la non-observance qui est identifiée comme une cause des complications de ces maladies (*Ibid.*). Du côté des sciences sociales, plusieurs traditions de recherche se sont emparées de l'objet observance, en montrant son caractère socialement construit par les soignant·es (Fineman 1991), dans une perspective souvent critique (Trostle 1988; Conrad 1992) pointant en particulier les dysfonctionnements et l'asymétrie de la relation de soin (Ross 1991; Ankri, Le Disert et Henrard 1995; Playle et Keeley 1998). Des anthropologues ont également proposé une analyse à partir de l'expérience des malades (Sarradon *et al.* 2008; Carillon 2013). Le système de soins et l'organisation des soins sont quant à eux peu abordés, excepté en termes d'accès aux soins (Miszczynski & Stern, 1979 ; Flaman *et al.*, 2005).

L'observance dans le DT2 fait spécifiquement l'objet d'une littérature médicale prolifique dans la mesure où cette maladie est considérée, en France et mondialement, comme un problème majeur de santé publique (Lam & LeRoith, 2012 ; Ibrahim, 2017) et qu'elle implique fortement

les patient·es dans leur suivi médical (Mathieu-Fritz & Guillot, 2017). À la fin des années 1990-2000, des programmes « d'éducation thérapeutique du patient » (ETP) sont mis en place pour la prise en charge du DT2. Cette nouvelle perspective émerge dans un contexte d'évolution du statut du malade, désormais perçu comme un acteur à part entière de ses soins, et est supposée faire évoluer le paradigme de l'observance. Pourtant, des recherches récentes en sciences sociales se sont intéressées aux rapports de pouvoir subsistants et aux inégalités sociales de santé dans la prise en charge du DT2 au sein de programmes d'ETP (Braud, 2017 ; Schlegel, 2020 ; Foubert, 2020).

Concernant le DG, l'observance semble également faire l'objet de préoccupations dans la littérature médicale, ce dont témoignent plusieurs travaux qui cherchent à repérer les freins à une « bonne » observance (Carolan, Gill, et Steele 2012; Cosson et al. 2017; Saha 2019). Dans ces travaux, l'observance renvoie au respect de la surveillance pluriquotidienne des glycémies et du régime alimentaire, qui constituent les deux exigences principales formulées aux femmes dans le cadre de la prise en charge du DG.

L'observance dans le DG reste en revanche très peu étudiée par les sciences sociales. L'enquête de Mary Carolan et ses collègues, en Australie, émane des études en « Midwifery¹¹ » et se place à la frontière entre sciences médicales et sciences sociales. La méthodologie qualitative employée (entretiens semi-directifs auprès de quinze femmes enceintes ayant un DG et focus groupe) a permis de mettre en avant des freins à l'observance parmi les femmes issues de milieux socio-économiques défavorisés et ayant une expérience migratoire. Les données françaises sont pauvres mais j'ai repéré une thèse de psychologie et un mémoire de fin d'études de sage-femme, qui portent sur ce sujet. Pour le premier, il s'agit de montrer les effets des représentations de la maladie et des croyances sur l'observance, dans une approche psychologique (Mabika 2016). Le second travail montre que l'observance au régime alimentaire des femmes développant un DG dépend de leur contexte de vie (Nabil 2016). Il ne s'agit pas ici de restituer en détail ces travaux mais de montrer qu'ils sont développés dans une perspective cherchant à établir ce qui nuit à l'observance en se plaçant du côté des femmes ayant un DG. Aucune recherche ne se penche, à ma connaissance, sur la relation de soin ou sur le système de soin dans lesquels la prise en charge se réalise.

¹¹ Des départements de recherche en maïeutique (Midwifery research) dirigés par des sages-femmes enseignantes chercheurs existent dans la grande majorité des pays. En France, ce champ n'est pas encore structuré bien qu'il existe quelques départements universitaires de maïeutique .

Le caractère transitoire de la maladie peut expliquer qu'elle échappe à une réflexion sur le statut des femmes enceintes et les rapports de pouvoir dans la relation soignantes-soignées telle que c'est le cas dans les maladies chroniques.

2.3 Des disparités sociales dans le DG, analysées au prisme de l'observance des femmes enceintes

De manière analogue au diabète de type 2 (DT2), on retrouve une surexposition des femmes étrangères et appartenant aux classes sociales défavorisées, au DG, en France. L'enquête Epifane de 2012 montre par exemple que les femmes nées en Afrique (du nord et subsaharienne) ont une prévalence plus élevée de DG (près de 14% contre environ 8% pour les femmes nées en France), de même que les femmes ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat (9,4% versus 5,6% pour les niveaux Licence et plus), les ouvrières (11,3% versus 5,8% pour les cadres) et les femmes sans profession (Regnault et al. 2016). Les disparités socio-économiques dans le DG ont été confirmées, avec une tendance à l'augmentation entre 2009 et 2015, dans une recherche comparant la prévalence du DG entre les communes françaises selon leur indice de désavantage social¹² (Regnault et al. 2019). Une autre étude portant sur 994 femmes ayant reçu un diagnostic de DG et suivies dans quatre maternités de la banlieue Est de Paris, a mis en avant un lien entre la précarité (mesurée par le score EPICES¹³) et certaines complications du DG, telle que la macrosomie.

Néanmoins, de la même manière que dans le DT2 (Braud 2017), les explications de cette surexposition ne semblent pas aisées à explorer. Dans les recherches médicales anglophones, le lien entre « *l'origine ethnique* »¹⁴ et le DG est exploré tant sur le plan génétique (Yuen, Wong, et Simmons 2018), qu'en termes de durée d'installation après une immigration (Shah et

¹² Le désavantage social des communes est un indice issu du Système National des Données en Santé qui prend en compte les données du recensement concernant la part des ouvrier·es dans la population active de 15 à 64 ans ; la part des chômeur·ses dans la population active de 15 à 64 ans ; la part des diplômé·es de niveau baccalauréat (minimum) dans la population de 15 ans ou plus non scolarisée ; le revenu fiscal médian des ménages ; pour chaque commune de France métropolitaine. Après pondération par le nombre d'habitant·es de la commune, l'indice est exprimé en quintiles en fonction du niveau de désavantage social de la commune allant de Q1 (quintile de population le plus favorisé) à Q5 (quintile de population le plus défavorisé).

¹³ Le score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) est un score visant à objectiver la situation de précarité des individus à l'aide de onze questions. La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient dont la somme constitue le score. Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité.

¹⁴ Dans les recherches françaises, l'appartenance ethnique ou raciale ne peut être identifiée formellement car selon le premier article de la Constitution de 1958, la République française se doit d'assurer « *l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion* ». Pour la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) sont jugées sensibles les données révélant « *la prétendue origine raciale ou ethnique* ». Quand l'origine est cependant recueillie, la statistique française l'identifie par la nationalité et, depuis les années 1990, par le pays de naissance (Carde, 2011). Aux États-Unis il est en revanche possible de procéder à des catégorisations ethniques et raciales formalisées dans les recherches, notamment en santé. Néanmoins, l'usage de ses catégories ne parvient pas toujours à rendre comptes des inégalités sociales de santé vécues par les personnes concernées (Carde 2014).

al. 2022) ou encore comme étant reliée aux habitudes culturelles des femmes concernées (Yuen et Wong 2015). Une enquête récente analyse ces disparités comme un des effets des discriminations raciales subies par les femmes issues de « *minorités raciales/ethniques et nées à l'étranger* » par rapport aux « *femmes blanches nées aux Etats-Unis* » dans la ville de New-York (Erbetta, Almeida, et Waldman 2022 : 7). Les auteur·ices invitent à se pencher sur la conjonction des discriminations raciales à celles liées au genre et aux effets de ces discriminations sur les situations économiques des personnes, dans l'exposition au DG (Erbetta, Almeida, et Waldman 2022 : 7). Cependant, en dehors de cette recherche, les travaux pointent, entre autres, la responsabilité des femmes dans le surrisque de DG et de ses complications, notamment dans une lecture en termes de défaut de « *compliance* » (Yuen et Wong 2015). Réciproquement, les enquêtes citées précédemment portant spécifiquement sur l'observance dans le DG, exposent des facteurs liés à la situation socio-économique, l'expérience migratoire ou « *l'origine ethnique* » (Carolan, Gill et Steele 2012; Emmanuel Cosson et al. 2017).

Ainsi, les recherches médicales et les professionnelles de maternité semblent dessiner les contours de populations spécifiquement touchées par le diabète ou le DG mais également comme plus sujettes à une « mauvaise » observance.

2.4 La place des femmes enceintes dans l'observance

En outre, il convient de préciser ici les particularités que revêt la question de l'observance dans le cadre de la grossesse.

En effet, historiquement, à l'endroit des femmes enceintes, convergent des enjeux à la fois politiques et médicaux, qui font de leur surveillance médicale une exigence de l'Etat à partir du 18^{ème} siècle. Pour Elsa Dorlin, jusqu'au 18^{ème} siècle la santé des femmes est essentiellement perçue comme pathologique et la maternité aussi, ne permettant pas de définir une norme de santé féminine (Dorlin, 2009). Puis, au milieu du 18^{ème} siècle, apparaissent les premières politiques natalistes qui, mises en place en coopération avec le corps médical, opèrent un basculement vers une perception des grossesses et des accouchements qui deviennent des événements normaux, ou qui devraient l'être. La « mère » devient alors une norme de santé féminine car elle incarne un type physiologique à même de régénérer la population et de donner naissance aux enfants d'une nation forte.

Parallèlement, les politiques natalistes vont de pair avec une progressive médicalisation de la naissance en France qui prend sa source dans l'avènement scientifique de l'obstétrique (puis de la pédiatrie et de la puériculture) et dans la transformation des acteur·ices et des lieux de la naissance : passage des matrones aux sages-femmes et obstétricien·nes, du domicile aux

maternités hospitalières. Or, ce processus de médicalisation sous-entend également un encadrement politique, à savoir « *se doter de règles et de contraintes biopolitiques portant sur le corps des femmes, lequel n'est plus seulement un corps privé, mais de plus en plus, un corps public* » (Charrier, 2013 : 31). En outre, la professionnalisation progressive des acteur·ices de la naissance, implique une transformation des savoirs et des détenteur·ices de ce savoir, avec en premier lieu l'éviction des matrones, mais également des femmes elles-mêmes, dans la maîtrise de leur corps, pour s'en remettre à des personnes formées et possédant des compétences spécifiques, les sages-femmes et les gynécologues-obstétricien·nes.

C'est donc dans ce contexte particulier de la naissance contemporaine, encadrée et médicalisée, que la question de l'observance prend un sens singulier. Il s'agit, pour les futures mères, d'intégrer leur rôle, celui de prendre soin d'elles-mêmes mais aussi de leur fœtus. Béatrice Jacques souligne que ce processus commence avant-même d'être enceinte, via la presse de vulgarisation médicale, et parle de « *prémédicalisation* » (Jacques, 2007).

2.5 L'observance comme analyseur des rapports sociaux : sociologiser un concept médical

Au regard de ces différents éléments, cette thèse propose d'analyser en quoi la mise en œuvre de l'observance dans le DG réactualise ou reconfigure des rapports sociaux de race, de classe, de genre... ; et participe de la reproduction ou non, d'inégalités sociales de santé en maternité.

Dans une perspective pragmatique et inductive, il s'agit d'interroger les modalités de construction, les usages et le sens de l'observance ainsi que leurs effets à différents niveaux, qui feront chacun l'objet d'un chapitre de la thèse : l'organisation institutionnelle de la prise en charge du DG (chapitre 2), la division du travail et les relations interprofessionnelles au sein de cette prise en charge (chapitre 3), les discours des soignantes (chapitre 4), les trajectoires de la maladie des femmes enceintes (chapitre 5), et la relation soignantes-soignées (chapitre 6).

Plus précisément, les questions suivantes sont explorées :

- Au niveau de l'institution : l'organisation de la prise en charge du DG est-elle pensée en fonction de l'objectif d'observance ? Si oui, de quelle manière et quels en sont les effets ?
- Au niveau de la division du travail et des relations interprofessionnelles : quel est le sens de l'observance pour les différents groupes professionnels impliqués, qu'est-ce qui fait consensus, qu'est-ce qui varie et selon quels enjeux ?

- Au niveau des discours des soignantes : quels comportements des femmes enceintes sont évalués comme une « bonne » ou une « mauvaise » observance et selon quels critères ?
- Au niveau de la trajectoire de la maladie des femmes enceintes : comment les femmes enceintes ayant un DG se réapproprient-elles l'exigence d'observance qui leur est formulée ? Comment cela façonne leur travail de gestion de la maladie ?
- Au niveau de la relation de soin : Quelles sont les résistances et les stratégies des femmes enceintes autour de l'exigence d'observance ? Quelles sont les négociations possibles ?

3. Organisation du manuscrit

Le manuscrit est découpé en six chapitres.

Le premier chapitre situe la problématique dans la littérature, explicite le cadrage théorique et les concepts mobilisés dans les analyses. Il précise également la méthodologie de l'enquête.

Le second chapitre analyse la manière dont l'objectif d'observance participe à structurer l'organisation de la prise en charge du DG, depuis les modalités de dépistage de la maladie, jusqu'aux modalités de surveillance mises en place sur les deux terrains étudiés. Il montre en particulier le ciblage de catégories de femmes socialement construites et suspectées de non-observance, ce qui a pour effet un traitement inégalitaire des soignées.

Le troisième chapitre interroge le sens de l'observance pour les différents groupes professionnels engagés dans la prise en charge du DG et montre qu'il y a un consensus autour de logiques de normalisation des conduites corporelles des femmes enceintes. Il analyse également comment l'objectif d'observance constitue un enjeu en termes de reconnaissance pour chacun de ces groupes et comment cela réactualise les relations hiérarchiques entre eux.

Le quatrième chapitre explore les situations de soins qui sont considérées par les soignantes comme des échecs ou des réussites d'observance, et les liens avec les catégorisations sociales sous-jacentes.

Le cinquième chapitre interroge la réappropriation des femmes enceintes de l'exigence d'observance. Il analyse notamment les convergences et les divergences entre discours médical et expérience de la maladie. Il met ainsi en avant le travail de gestion de la maladie qu'elles entreprennent.

Le sixième et dernier chapitre questionne les possibilités de négociations de la prise en charge et interroge plus précisément les stratégies de recherche de preuves, de fuite et d'autocensure qui se donnent à voir entre soignantes et soignées.

Chapitre 1 – Positionnement dans la littérature, cadrage théorique et méthodologie de la recherche

1. Une sociologie des rapports sociaux inégaux en maternité

Pour étudier les rapports sociaux en maternité au prisme de l'objectif d'observance poursuivi par l'institution et les professionnelles, je m'appuie d'une part sur les travaux consacrés aux inégalités sociales de santé et en particulier ceux traitant des soins différenciés comme participant de ses inégalités. D'autre part, je mobilise les travaux de sciences sociales s'intéressant à la notion d'observance, en particulier dans le contexte du DT2 et plus précisément ceux portant sur le lien entre l'ethnicité et/ou la classe et l'observance. Je situe également mon travail à la suite des recherches sur l'histoire des mutations de la naissance et celles portant sur les discussions autour de sa médicalisation.

1.1 La littérature sur les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé sont définies comme des « *écarts d'état de santé socialement stratifiés, qui touchent un vaste éventail d'indicateurs de santé allant des facteurs de risque aux résultats des soins et reproduisent, dans le domaine sanitaire, les inégalités existant entre les groupes sociaux* » (Potvin et al. 2010 : 30). Pierre Aïach précise que l'on peut qualifier ces écarts d'inégalités à deux conditions : il doit s'agir d'un objet socialement valorisé (la vie par opposition à la mort, la santé et le sentiment de bien-être par opposition à la maladie, au handicap, à la souffrance psychique et physique, des soins efficaces et au moindre coût par opposition à des soins qui ne le sont pas pour des raisons non scientifiques ou techniques) ; et cet objet concerne des groupes sociaux hiérarchisés dans une position de dominant-dominé (Aïach 2010 : 117).

Plusieurs tentatives d'explication ont été élaborées par les chercheur·es, tant en santé publique qu'en sociologie. Cette dernière s'appuie en particulier sur les concepts de socialisation et d'habitus qui permettent de saisir les différentes « cultures » de classe dans le rapport au corps et à la santé des individus (Bourdieu 1979). Pour Luc Boltanski les usages sociaux du corps s'appuient par exemple sur une « *culture somatique* » et expliquent les différences de consommation médicale selon les individus (Boltanski 1971 : 217-218). Bien que n'ayant pas nécessairement une lecture en termes d'inégalités de santé, ces travaux ont enrichi les savoirs sur l'apprentissage culturel des sensations physiques par les individus (Becker 1985) (ce qui est

repris dans des recherches plus récentes, comme celle de Muriel Darmon sur les « *carrières anorexiques* » (Darmon 2008) ; mais aussi sur les différences de classe dans l'interprétation des signes physiques ou encore dans leur rapport aux médecins (Boltanski 1971). Une analyse en termes de différences culturelles apparaît également dès les années 1950 aux Etats-Unis avec le travail pionnier de Mark Zborowski sur le rapport à la douleur selon les « groupes ethniques » (Zborowski 1952).

En dépit de cette tradition de recherche et malgré des travaux fondateurs du côté de la santé publique dès le 19^{ème} siècle¹⁵, les inégalités sociales de santé ont émergé difficilement comme un thème légitime dans les travaux scientifiques français, ce qui est en partie lié au fait que le système de santé français est considéré comme l'un des plus performants au monde (Aïach et Fassin 2004). Pourtant, ces inégalités augmentent, et encore plus en France que dans les autres pays d'Europe occidentale. Pour Didier Fassin et Pierre Aïach, le fondement des inégalités sociales de santé ne sont que l'expression d'inégalités plus globales, touchant à des domaines en apparence extérieurs à la santé, et ayant cours dans une société donnée : « *les inégalités sociales de santé sont essentiellement le résultat, le produit final des autres inégalités sociales structurelles qui caractérisent un pays à un moment donné de son histoire et de son développement économique* » (Aïach et Fassin 2004 : 2225).

La première inscription de cette problématique dans la loi française date de la loi de santé publique de 2004 mais jusqu'en 2016, la lutte contre les inégalités sociales de santé « *se limite très largement à la prise en charge des populations vulnérables et à l'accès aux soins, laissant de côté la question des autres déterminants sociaux de la santé* » (Moleux, Schaezel, et Scotton 2011 : 23). Il faut attendre la loi de santé de 2016 pour que la volonté de réduire les inégalités sociales de santé dépasse le stade de simple préoccupation et se traduise en action. Cependant, pour Maud Gelly et Laure Pitti les actions proposées restent insuffisantes : « *les réponses institutionnelles apportées au problème des inégalités sociales devant la maladie et la mort restent focalisées sur des mesures visant l'amélioration de l'accès aux soins curatifs pour tous et à la promotion des pratiques préventives et de dépistage. la question de la qualité des soins, elle, n'est jamais appréhendée comme un facteur sur lequel agir pour corriger ces inégalités* » (Gelly, Giraud, et Pitti 2016 : 10). Il s'agit de montrer « *la manière dont l'organisation du système de soins et les pratiques des professionnels de santé contribuent au maintien, voire à l'aggravation des inégalités entre groupes sociaux ou participent au contraire, plus marginalement, à les corriger* » (Gelly, Giraud, et Pitti 2016 : 15). La question des soins

¹⁵ Au début du 19^{ème} siècle plusieurs grandes enquêtes ont lieu en France sur l'état de santé de la population en fonction des conditions sociales. La fameuse enquête de Louis-René Villermé, ancien chirurgien, initie ce mouvement avec un travail sur la mortalité dans les différents quartiers de Paris en 1830.

différenciés émerge ainsi, bien que timidement, comme participant à la reproduction, voire à la production d'inégalités sociales de santé. Ces soins différenciés se fondent en particulier sur des opérations de catégorisations et de classements élaborés par les soignant·es à l'égard de leur patient·es.

Les travaux mobilisant cette approche connaissent un renouveau dans les sciences sociales françaises depuis les années 2010 mais s'appuient sur des recherches plus anciennes, anglophones ou francophones, mettant en avant les manières dont les professionnel·les de santé prennent en compte les caractéristiques sociales de leurs patient·es et comment cela modifie leurs pratiques¹⁶. Les sociologues de l'école de Chicago ont notamment exploré la valeur sociale attribuée aux patient·es et les effets de ces représentations sur les soins (Glaser et Strauss 1964; Roth 1972). En France, l'étude des soins différenciés selon les caractéristiques sociales des patient·es est initiée dans les années 1970 et analyse à la fois les effets de la distance sociale entre soignant·es et patient·es (Boltanski 1971) mais aussi les mutations du système de santé et leurs effets sur la médecine en termes d'inégalités (Herzlich 1973; Chauvenet 1978). Dans les années 1990-2000, ce type de recherches se développe et s'intéresse plus précisément aux traitements différenciés des patientes selon leur position dans l'espace social, telle qu'elle est perçue par les professionnel·les de santé (Dodier et Camus 1997; Memmi 2003; Fainzang 2006; Bloy 2015). Ainsi, Sylvie Fainzang montre que les informations données dans le cadre de consultations médicales hospitalières dans le contexte du cancer ou d'autres pathologies, sont plus lacunaires et peuvent s'apparenter à des pratiques de mensonges auprès des personnes identifiées comme de classes populaires. Selon elle, « *les comportements des médecins sont modulés non pas seulement en fonction des dispositions psychologiques du patient, mais aussi très largement en fonction de ses caractéristiques sociales, ces dernières servant d'assise au jugement sur les premières. Aux tristement célèbres inégalités sociales d'accès aux soins parmi les patients, s'ajoute donc une inégalité sociale d'accès à l'information que ce mécanisme contribue à favoriser* » (Fainzang 2006 : 89).

Les travaux portant plus spécifiquement sur les inégalités et les discriminations en santé selon l'origine réelle ou supposée des patients se trouve à la croisée du champ sur les relations interethniques et celui portant sur les inégalités sociales de santé et a été initié par Didier Fassin, à la fin des années 1990. Ils viennent en complément des enquêtes épidémiologiques et démographiques concernant la santé des migrants. Celles-ci montrent en particulier que si des phénomènes de sélection liés à la migration permettent d'expliquer le meilleur état de santé

¹⁶ Pour une approche historique de l'analyse des pratiques médicales de classement, voir le mémoire d'HDR (Habilitation à Diriger des Recherches) d'Anne Paillet : « *Différenciations, socialisations, stratifications : enquêtes sur le travail dans les univers familiaux, juridiques et médicaux* » (Paillet 2016).

initial des immigrés, leur situation économique fragilisée dans le pays d'accueil ainsi que la détérioration du lien social contribuent notamment à la dégradation de leur état de santé et à leur moindre recours aux soins. En effet, de meilleur, l'état de santé des personnes étrangères ou migrantes est devenu moins bon. Les résultats de l'enquête « Trajectoires et Origines » (Ined, Insee, 2008-2009) confirment les résultats des études précédentes et révèlent qu'à âge donné, les hommes et femmes immigré·es résidant en France déclarent un moins bon état de santé perçu que les Français. Néanmoins, après prise en compte des conditions socioéconomiques, le moins bon état de santé perçu ne se maintient que chez les femmes immigrées (Cognet, Hamel et Moisy 2012). Mirna Safi et Patrick Simon analysent les résultats de l'enquête « Trajectoire et Origines » à l'aide d'indicateurs d'altérisation que sont le « *renvoi aux origines* » [le fait de se voir interrogé fréquemment sur ses « origines »], et le *sentiment de ne pas être vu comme Français* » et qui expliquent en partie les expériences de discriminations rapportées par les personnes concernées (Safi et Simon 2013 : 256).

Les travaux reposant sur des méthodes qualitatives sont particulièrement précieux pour mettre en évidence ces processus d'altérisation dans la relation de soins et leurs effets. Cependant, l'analyse des inégalités de santé produites par et dans les relations interethniques reste encore peu investie en France. En effet, aborder la question de l'origine ethnique de manière formelle s'oppose à de nombreuses réticences qui ont pour origine une vision anti-différentialiste ancrée dans la culture politique française où l'universalisme des droits de l'homme est la seule vision légitime (Fassin 2001). Cette culture est très présente dans les institutions hospitalières publiques où il est d'ailleurs interdit de noter une appartenance ethnique, religieuse ou politique sans autorisation de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). En outre, l'analyse sociologique des inégalités de santé produites dans les pratiques de soins se heurte à une représentation qui pénètre l'ensemble du corps social, appréhendant ce milieu comme garant d'une éthique égalitariste et humaniste et donc imperméable à tout type de discrimination.

Pourtant, un certain nombre de travaux ont montré l'existence de soins différenciés reposant sur une perception stéréotypée des personnes racisées (voir infra pour une précision de ce terme) dans différents secteurs de soins tel que la prise en charge du VIH et de la tuberculose (Cognet, Bascougnano et Adam-Vezina 2009), du DT2 (Braud 2017), du cancer (Pian 2012) ou encore dans le domaine de la santé reproductive (Bretin et Kotobi 2016). Les effets se manifestent tant dans l'accès aux soins (Carde 2007; Pian 2012) que dans la qualité des soins délivrés, que ce soit en ciblant ces populations comme particulièrement à risque et faisant l'objet d'une surveillance accrue notamment sur le plan de l'observance (dans le cas du VIH et du DT2) ou

dans la manière d’orienter un choix contraceptif sous-tendue par une logique de contrôle de la fécondité (Bretin et Kotobi 2016). Ces soins différenciés doivent se lire dans un contexte politique et institutionnel qui, favorisant voire légitimant ce type de pratiques, reflète un ordre social inégalitaire se reproduisant dans les soins (Cognet, Bascougnano et Adam-Vezina 2009; Kessar 2012).

Mais si les rapports sociaux de race, de classe et de genre dans le champ de la santé ont constitué un domaine de recherche réinvesti à partir des années 2000-2010, que ce soit par le prisme des inégalités sociales de santé ou plus récemment par l’étude des pratiques médicales ; l’imbrication de ces phénomènes de différenciation a été peu abordée, hormis dans quelques travaux très récents (Gelly 2016; Foubert 2020). Maud Gelly analyse un paradoxe épidémiologique en France : les hommes sont plus souvent atteints par le sida que les femmes mais celles-ci en meurent plus jeunes car celles-ci sont moins bien soignées. A cela s’ajoute des inégalités entre femmes françaises et femmes étrangères. Camille Foubert, quant à elle, montre que dans un service d’endocrinologie à Montréal, au Québec, la délégation de tâches de l’institution vers les familles des patient·es, en particulier lorsque celles/ceux-ci ne parlent pas la même langue que les professionnel·les, s’adosse à une perception raciale, genrée et de classe de la division du travail : *« l’institution (re)produit et durcit la division sexuée des tâches et enrôle les familles. Moins les patient·es et leurs familles disposent des ressources pour résister à cette délégation, plus ils sont intensivement mis·es au travail dans l’institution hospitalière. Dans ces configurations, les hommes de ces familles sont appropriés, assignés à la réalisation de tâches habituellement dédiées aux femmes. [...] mais ce phénomène s’étend à tou·tes les patient·es et notamment aux patient·es précaires et de classes populaires, également objet de tentative de délégation du travail vers la sphère domestique via la mise au travail des femmes »* (Foubert 2020 : 356).

Les inégalités sociales de santé sont également visibles dans le champs de la périnatalité¹⁷, les données épidémiologiques faisant état de groupes sociaux davantage exposés aux différents risques médicaux de la grossesse et de l’accouchement. Les femmes nées à l’étranger, qu’elles soient de nationalité française ou non, ont des taux plus élevé de mortalité et morbidité sévère¹⁸

¹⁷ Voir le dossier thématique portant sur les « soins différenciés en santé périnatale » coordonné par Priscille Sauvegrain, Mounia El Kotni et moi-même paru dans la revue *Anthropologie et Santé* en mai 2022 (Sauvegrain, El Kotni et Racioppi 2022).

¹⁸ « La mortalité maternelle est définie comme le décès d’une femme survenu au cours de sa grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison quelles qu’en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu’elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite » (Picard et Bonnet 2015 : 39). Inversement, la morbidité maternelle sévère (MMS) ne fait pas l’objet d’une définition consensuelle. Une définition a été proposée par l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la morbidité maternelle sévère est définie comme la survenue, pendant la grossesse, l’accouchement ou dans les 42 jours suivant

dans plusieurs pays européens dont la France, parmi lesquelles les femmes nées en Afrique subsaharienne sont les plus touchées, en particulier par les pathologies hypertensives (Sauvegrain, Stewart, et al. 2017). Ceci confirme les données de l'enquête périnatale de 2010 montrant des taux de mortalité plus sévères pour les femmes nées en Afrique subsaharienne (Saurel-Cubizolles 2012). Ces inégalités concernent plus globalement les femmes dont les conditions de vie sont marquées par la précarité sociale (Elie Azria 2015), ce que met en avant l'enquête « Precare » qui repose sur une cohorte prospective d'environ dix mille femmes ayant accouché entre 2010 et 2011 dans quatre maternités franciliennes. Cette enquête vise à comparer les issues obstétricales et néonatales selon le niveau de précarité des femmes¹⁹ et montre que les femmes en situation de précarité ont davantage de « *suivis inadéquats* »²⁰ (Gonthier et al. 2017). Les explications de ces écarts de santé ne sont pas aisées à dégager mais peuvent résider en partie dans les soins différenciés reçus par ces femmes. C'est ce que propose la recherche de Priscille Sauvegrain et ses collègues montrant que les femmes nées en Afrique subsaharienne et souffrant d'hypertension sont plus susceptibles de recevoir des soins sous-optimaux²¹ (Sauvegrain, Stewart, et al. 2017 : 394).

L'existence de soins différenciés concernant la période de la naissance a déjà été montrée dans des travaux précédents en sciences sociales, en particulier à l'égard des femmes racisées. Dans son travail de thèse, Priscille Sauvegrain montrait déjà que les femmes catégorisées comme « africaines » par les soignantes bénéficiaient de traitements différentiels dans les maternités franciliennes (Sauvegrain 2010). D'une part le volet quantitatif de sa recherche montrait un taux de césarienne plus élevé pour ces femmes : « *l'étude quantitative montre que les femmes «Africaines », si elles sont immigrées, présentent un taux de césarienne très supérieur à la population globale : 30,4% versus 20% [p=0,000]. Un faisceau d'arguments médicaux n'explique pas la totalité de ces indications, puisque toutes les variables introduites dans les tests de régression logistique ne viennent pas annuler la significativité du profil ethno-racialisant* » (Sauvegrain 2010 : 231). D'autre part, la mise en place d'un « *protocole de terme ethnique* » admettant une durée de gestation plus courte pour les femmes « africaines » et/ou « noires » induisaient des déclenchements de l'accouchement avancés en cas de terme atteint.

la délivrance, d'un état pathologique mettant en jeu le pronostic vital maternel mais avec survie de la patiente (Picard et Bonnet 2015 : 40).

¹⁹ La précarité est mesurée dans cette étude d'après la situation sociale, les revenus, le logement et l'accès au droit des femmes.

²⁰ Le suivi inadéquat est défini comme un suivi initié au-delà de 14 semaines d'aménorrhée et/ou comprenant moins de 50% des consultations recommandées par rapport à l'âge gestationnel d'accouchement et/ou dans lequel une échographie du 1er trimestre et au moins une autre parmi celles des 2e et 3e trimestres n'ont pas été réalisées.

²¹ Les soins sous-optimaux sont définis comme un écart à ce qui est considéré comme une bonne pratique ou un standard de suivi, jugé par rapport aux recommandations des sociétés savantes, groupes professionnels et agences.

Si ce protocole n'est pas ou plus appliqué de façon homogène dans les maternités les représentations quant à des différences de durée de grossesse en fonction de la perception de la race semble toujours d'actualité (Boulet 2020 : 348).

Alexandra Nacu qui a enquêté dans trois maternités franciliennes a également analysé que les professionnelles procédaient à des catégorisations reposant sur une logique culturaliste leur permettant d'expliquer les comportements des patientes « migrantes » en se fondant sur des stéréotypes récurrents attribués à telle ou telle catégorie. Leurs comportements d'observance sont alors tantôt dévalorisés, tantôt valorisés selon qu'ils contrarient ou non les routines médicales. Pour ces femmes, renvoyées à un rôle passif dans la relation de soin, les négociations des soins sont réduites (Nacu 2011).

Mon travail de Master confirmait ces résultats sur plusieurs points. Les femmes catégorisées comme « *migrantes* » en maternité étaient également perçues comme plus difficiles à prendre en charge par les soignantes lorsqu'elles ne se conformaient pas aux décisions médicales et comme plus faciles lorsqu'elles montraient une certaine docilité. La recherche montrait aussi que la catégorisation des femmes « *migrantes* » par les soignants contribuait à induire les comportements d'inobservance relevés par les soignants. En effet, les femmes enceintes ainsi catégorisées, c'est-à-dire ethnicisées ou racisées, conscientes de leur stigmatisation, s'autocensurent face à des soignants volontiers plus paternalistes avec elles (Racioppi 2013).

Dorothée Prud'homme montre également l'existence de catégorisations raciales à l'égard des femmes identifiées comme « Roms » dans des services de gynécologie-obstétrique et comment cela participe de discriminations de santé, en particulier par un abaissement du niveau d'information, en matière de contraception par exemple (Prud'Homme 2015).

Paradoxalement, les rapports sociaux de race en maternité peuvent également se voir au sein des dispositifs de périnatalité dédiés aux femmes enceintes étrangères (permanence d'accès aux soins (PASS), consultations de protection maternelle et infantile (PMI), réseau de santé, interprétariat et groupes de parole). Louise Virole montre ainsi que malgré les soins personnalisés qu'elles peuvent y recevoir, leur reconnaissance en tant que sujet n'est possible qu'au travers de la grossesse ce qui les enferme « *dans un modèle naturalisé, genré, racialisé de la maternité* » (Virole-Zajde 2016 : 10).

Le travail d'Elsa Boulet étend cette approche au-delà des portes de l'hôpital puisqu'elle analyse la grossesse comme un travail encadré à la fois par l'institution mais aussi par des rapports sociaux au sein du couple et dans le travail salarié des femmes. Ce travail se distribue de

manière inégalitaire selon la position des femmes, se trouvant au croisement du genre de la race et de la classe (Boulet 2020).

L'approche par les méthodologies qualitatives permet ainsi de mettre au jour des pratiques de soins différenciés allant à l'encontre d'une certaine éthique morale du soin visant à soigner les patient·es de manière égalitaire. Sans juger de l'intentionnalité des professionnelles de maternité, dans ce travail il s'agit d'analyser les pratiques de soins pouvant s'adosser à des processus de différenciations sociales des femmes ayant un DG et *in fine* à des soins différenciés, ceci étant soutenu par un contexte politique et institutionnel pensant le ciblage de certains groupes sociaux comme à risque à la fois de DG et de non-observance.

1.2 La littérature sociologique et anthropologique sur l'observance

L'étymologie du terme observance vient du latin « *observare* » qui signifie « se conformer à ». Il s'appliquait alors essentiellement au domaine religieux, afin de désigner les comportements conformes aux différents préceptes dogmatiques, avant de s'étendre à d'autres domaines de la vie sociale. A partir du milieu du 20^{ème} siècle il apparaît en médecine afin de rendre compte de la conformité des individus aux normes médicales.

En dépit de la définition donnée par Haynes et ses collègues (Haynes, Taylor, et Sackett 1979: 1-2) se voulant la moins normative possible²², la sémantique de ce terme a fait l'objet de nombreuses critiques tant par des historiens que des sociologues, notamment quant à sa dimension moralisatrice. Ce terme serait l'expression d'un jugement à l'égard des malades dont la non-observance est considérée comme une déviance (Donovan et Blake 1992) et le reflet d'une autorité médicale dont les médecins et professionnel·les de santé souhaitent conserver le monopole (Trostle 1988). Ces travaux, permettent de considérer l'observance comme un objet socialement construit par les professionnel·les (Lerner 1997). La frontière entre ce qui relève de l'observance et de la non-observance est mouvante et dépend avant tout de ce que les médecins définissent comme étant un·e « bon·ne » patient·e (Fineman 1991). Ceci se révèle en particulier dans la littérature médicale très dense mobilisant ce concept et parmi laquelle aucun consensus quant à sa définition, ni aux facteurs qui favoriseraient ou freineraient l'observance, ne se dégage (Cognet, Adam-Vézina et Braud 2010)²³. En outre, l'usage florissant de ce terme

²² La définition reprise en introduction de la thèse est la suivante : « the extent to which the person's behavior (in terms of taking medications, following diets or executing other lifestyle changes) coincides with medical or health advice », soit en français « le degré auquel les comportements d'un individu (en termes de prises médicamenteuses, de suivi de régime alimentaire ou d'autres changements dans l'hygiène de vie) coïncident avec les conseils médicaux de santé ».

²³ Ce rapport complet de Marguerite Cognet et Emilie Adam-Vezina avec la collaboration de Rosane Braud, propose une analyse critique des savoirs à propos de l'observance entre les années 1970 et 2009. Les autrices ont

révèle également des enjeux plus larges. Le rapport de Marguerite Cognet et Emile Adam-Vézina montre en particulier l'obsession grandissante pour la mesure des comportements d'observance par les clinicien·nes, influencée par l'émergence de l'Evidence Based Medicine (médecine fondée sur les preuves)²⁴ et liée de très près aux intérêts des laboratoires pharmaceutiques. En se saisissant de l'observance pour faire la preuve de leur expertise, les médecins mais aussi d'autres professionnel·les de santé, ont redonné « *une place à la clinique face à l'épidémiologie* » (Cognet et Adam-Vézina 2010 : 142). Parmi ces professionnel·les les pharmaciens tiennent une place importante mettant en lien les intérêts sociaux et économiques de l'observance.

Les sociologues ont également pointé la vision réductrice de l'observance par les professionnel·les de santé, passant sous silence les dysfonctionnements de la relation de soins et se centrant principalement sur les comportements des patient·es qui seraient à corriger. Ces analyses font suite aux travaux sociologiques de l'école de Chicago étudiant de près la répartition des rôles entre médecins et malades, l'asymétrie et les négociations entre les deux parties. Pour Parsons, les possibilités de s'écarter des prescriptions médicales sont limitées puisque le rôle du malade est avant tout de vouloir guérir (Parsons 1955). Dans la sociologie interactionniste, les négociations sont au cœur des analyses et Freidson parle de « *conflit de perspective* » pour expliquer la non-observance (Freidson 1984), ce qui révèle au contraire la possibilité pour les patient·es d'exprimer un désaccord. Strauss développe ces perspectives en montrant que les négociations d'un traitement peuvent s'élaborer à tout moment, de la prescription à sa mise en place effective (Strauss 1992).

Par suite, une multitude de travaux en sciences-sociales se sont appliqués à montrer les points qui seraient à améliorer dans la relation de soin notamment en termes de communication que (Garrity 1981; Ankri, Le Disert et Henrard 1995). Les travaux invitent également à élargir la compréhension de l'observance à d'autres dimensions, tels que le contexte institutionnel du soin (Desclaux 2001) ou en partant de l'expérience des patient·es (Conrad 1985). Ces recherches invitent à comprendre la non-observance non pas comme un comportement à effacer ou à corriger mais à prendre en compte, dans toutes ses dimensions, individuelles et collectives (Silla Consoli, 2007 ; Carillon, 2013). Dans cette approche, il s'agit de « *comprendre à quelles conditions sociales et culturelles se réalise ou non le suivi de l'ordonnance* » (Fainzang 2001: 34). La chronicisation de certaines maladies tel que le VIH ou le diabète renouvelle les enjeux

analysé 517 textes, anglophones et francophones, issues des sciences de la santé et des sciences sociales faisant intervenir le terme observance ou des termes afférents (adhésion, compliance, adherence etc.).

²⁴ L'évidence Based Medicine apparue dans les années 80 au Canada développe des nouvelles manières d'encadrer les décisions médicales, à l'appui d'essais cliniques de grande ampleur.

liés à l'observance puisque les thérapies visent à la prévention des complications et non à la guérison et que ces thérapies s'inscrivent dans le quotidien des personnes, à vie.

Les analyses proposées dans cette recherche s'inscrivent dans une perspective abordant l'observance comme un fait social situé. Il s'agit de montrer comment cette notion se renouvelle dans le domaine particulier du suivi médical du DG, en montrant quels groupes sociaux sont ciblés et lesquels sont qualifiés « d'observants » ou de « non-observants ». Pour cela il convient de préciser sur quels travaux s'appuient ces analyses, parmi ceux traitant plus précisément du diabète et du lien entre observance, position sociale et ethnicité.

1.2.1 La place du diabète dans la question de l'observance

La notion d'observance dans le DT2 a une histoire un peu différente des autres maladies chroniques dans la mesure où cette pathologie est traversée relativement tôt par les débats sur l'éducation à la santé (Cognet et Adam-Vézina 2010 : 162). Les évolutions de l'éducation à la santé reposent sur la vision d'une responsabilité partagée entre patient·es et soignant·es, sur une observance à inscrire dans le temps et sur la nécessité d'une empathie et d'une compréhension de la vie du/de la patient·e (Cognet et Adam-Vézina 2010) (*Ibid.* : 162). Celle-ci prendra le nom « d'éducation thérapeutique du patient » (ETP) à la fin des années 1990 en ajoutant une dimension de participation active du malade à sa thérapie. Cette dernière évolution conduit à des travaux de recherches qui s'inscrivent tantôt dans la continuité de l'observance en considérant l'éducation thérapeutique comme un moyen de parvenir à une « bonne » observance et mobilisant souvent une approche culturaliste des malades. Tantôt ces travaux se positionnent en rupture avec l'observance, en dénonçant le caractère normatif de celle-ci (*Ibid.* : 163). Néanmoins ces deux positions ne se trouvent pas nécessairement opposées et peuvent toutes deux contenir des logiques d'assignation des malades à une position sociale infériorisée.

D'une part, les travaux portant sur l'observance font émerger les caractéristiques sociales les plus perçues comme des freins à une « bonne » observance et des catégories de personnes qu'il faudrait surveiller davantage tels que les migrants, les sans-domicile fixe, les toxicomanes mais aussi les femmes enceintes (Cognet et Adam-Vézina 2010 : 148). D'autre part, en dépit d'un objectif visant à mettre davantage les patient·es au cœur de la relation thérapeutique, l'ETP n'en reste pas moins socialement inégalitaire. Le travail récent de Vincent Schlegel étudiant la « *fabrique sociale du patient autonome* » dans ces programmes d'ETP montre bien que loin d'être tangible, cette mise en œuvre de l'autonomie s'appuie sur des dispositions sociales déjà

acquises par les patient·es et s'apparente avant tout à une rhétorique justificatrice visant à soulager le travail des professionnel·les (Schlegel 2020).

En outre, comme le rappelle Rosane Braud « *si ces objectifs [de mise en œuvre de l'autonomie des malades] font évoluer la perception du patient dans la relation de soin d'un patient administré à un sujet capable de prise de décision, la réalité des pratiques est autre. En effet, il semble que l'éducation du patient ne touche pas toutes les disciplines médicales de la même manière, selon les époques et les publics cibles* » (Cognet et Adam-Vézina 2010 : 171). Ainsi, l'histoire de l'éducation à la santé montre que certains groupes sociaux sont préférentiellement visés dans une logique paternaliste.

L'ethnicité (mais aussi la classe et le genre) prennent ainsi une place singulière dans la compréhension et la mise en œuvre de l'observance par les professionnel·les de santé. Le facteur « race/ethnicité » repris dans les travaux traitant de l'observance est principalement relié à des explications culturelles, du moins quand il est distingué du niveau socio-économique ou d'une approche génétique. C'est dans ce type d'approche que l'on trouve des travaux concernant le VIH, l'hypertension, mais aussi le DT2. En effet, pour ces maladies, les auteur·ices renvoient généralement les comportements d'observance à des pratiques ou des croyances culturelles autour de la maladie ou des traitements proposés (*Ibid.* : 65).

Certains travaux montrent néanmoins les limites d'une lecture culturalisante de l'observance (Desclaux 2001), notamment dans le DT2 (Bissell, May et Noyce 2004), et invitent les chercheur·es à s'intéresser à tous les aspects, en particulier les facteurs structurels, tel que le système de soin, pouvant avoir des effets sur l'observance. D'autres travaux sur le DT2 font une lecture politique des comportements de non-observance des malades. En France, la recherche de Chantal Crenn montre par exemple que le manque d'adhésion des patients catégorisés comme « *migrants marocains* » dans le suivi de leur DT2 peut être compris comme une réponse à l'exclusion dont ils sont victimes plus largement dans la société civile (Crenn 2005). Le travail de Bernard Roy, lui, s'intéresse aux populations autochtones au Canada et révèle que les conflits entre soignant·es et soigné·es dans le suivi du diabète sont à analyser dans le contexte de rapports inégalitaires entre l'Etat et ses groupes ethniques. Les comportements de non-observance de ces populations sont, selon lui, des formes de résistances symbolique de la part d'un groupe racisé revendiquant son émancipation, son autodétermination (Roy 2002).

Le travail plus récent de Rosane Braud montre que le lien entre ethnicité et observance mis en avant dans les politiques publiques de lutte contre les inégalités dans le DT2 et s'inscrivant dans

les pratiques de soins de services de diabétologie en région parisienne, est source de traitements inégaux. En effet, les groupes d'éducation thérapeutique ethniquement différenciés mis en place auprès des « *immigrés-étrangers* » « *transforment [...] le projet d'autodétermination de l'éducation thérapeutique, auprès de ces malades, en projet d'observance* » (Braud 2017; Braud 2020). Or, cette logique d'observance visant à faire modifier leurs pratiques en les réassignant à une position sociale minorisée par une lecture culturalisante, renforce les inégalités ciblées au départ en leur proposant une thérapie incompatible avec leurs réalités de vie (Braud 2020 : 134).

A la lecture de ces travaux portant sur le lien entre observance, position sociale et ethnicité dans le DT2, il apparaît que l'analyse de l'observance comme fait social ne peut s'envisager que dans une lecture également politique des rapports de pouvoir dans le soin. Nous avons vu en introduction que l'observance dans le DG n'a que très peu été étudiée par les sciences sociales mais que les femmes enceintes faisaient l'objet d'une attention sanitaire spécifique.

D'ailleurs dans leur revue de littérature faisant l'état des lieux des savoirs sur l'observance, Cognet et Adam-Vézina rappellent qu'« *un dernier champ médical semble faire aussi l'objet de préoccupations accrues en termes d'observance, c'est le champ de la gynécologie-obstétrique où il faut surveiller les femmes, notamment dans leur rôle de mères ou de futures mères* » (Cognet et Adam-Vézina 2010 : 148). Rosane Braud pointe également le ciblage des femmes enceintes dans l'histoire de l'éducation en santé (*Ibid.* : 171).

Nous allons voir maintenant quel est le contexte de la périnatalité en France aujourd'hui permettant d'envisager la grossesse comme une période propice à l'inculcation de normes envers les femmes enceintes et de rapports de pouvoir.

1.2.2 La médicalisation de la grossesse et les rapports de pouvoir en maternité comme terreau à la mise en œuvre de l'observance

Les maternités telles qu'on les connaît aujourd'hui se sont à la fois institutionnalisées et technicisées dans la deuxième partie du 20^{ème} siècle. Ainsi, à partir des années 1970, les investissements technologiques faits par l'Etat dans les maternités en font progressivement des hauts lieux de modernisation. De plus, celles-ci diversifient leur offre et proposent tant du suivi de grossesse que du suivi gynécologique ou des conseils de puériculture (Charrier et Clavandier 2013 : 105). Ces années sont aussi celles de la mise en place de politiques de santé publique concernant la périnatalité. Trois plans de périnatalité sont donc mis en place à partir des années 1970 dont l'objectif est d'améliorer la sécurité de la naissance et d'obtenir une meilleure adéquation entre risque et équipement. Le décret de périnatalité du 9 Octobre 1998 vient

concrétiser ce dernier objectif et restructure profondément l'offre de soins en termes de lieux d'accouchements. Ce décret révèle également « *une nouvelle philosophie gestionnaire de l'accouchement et de la naissance* » (*Ibid.* : 108), au cœur de laquelle le travail en réseau et l'organisation des maternités en trois niveaux de spécialisation²⁵ selon leur capacité à prendre en charge les nouveau-nés prématurés ou présentant des pathologies, deviennent des impératifs. Les patientes sont donc orientées dans les maternités selon le niveau de risque évalué pour leur grossesse. Cette restructuration a pour conséquence la fermeture progressive des maternités de proximité²⁶. Bernadette Tillard insiste sur le caractère exceptionnel de cette planification : « *Il faut souligner qu'un consensus national a été trouvé et que les actions entreprises ont été définies par des personnes de compétence variée (obstétriciens, pédiatres, médecins de santé publique, épidémiologistes...).* Ceci est d'autant plus remarquable qu'aucun autre domaine de la santé publique [...] n'a, à ce jour, fait l'objet d'une telle planification par objectifs » (Tillard 2002 : 16). Dans le sillage du processus global de médicalisation de la naissance, c'est donc également son institutionnalisation qui s'est opérée, notamment grâce à l'appui des politiques de santé dans le domaine périnatal.

Comme nous l'avons vu, la préoccupation de l'Etat pour le domaine de la naissance s'initie dès la fin du 18^{ème} siècle dans une perspective nataliste et participe largement de la médicalisation de cet évènement. Cependant, c'est seulement au siècle suivant que cette préoccupation se manifeste plus franchement pour des raisons à la fois économiques et militaires, les différentes guerres impliquant la France invitant les pouvoirs publics à se doter de bras solides, symboles d'une « nation forte » (Knibiehler 2000). Des politiques de santé publique sont ainsi élaborées avec l'objectif désormais affirmé de protéger les mères et les nouveau-nés.

Un des effets de cet encadrement politique de la naissance est l'incitation à accoucher dans une maternité hospitalière, mais au-delà de ce seul aspect, un ensemble de mesures déterminantes sont mises en place afin d'assurer la sécurité des mères et des nouveau-nés, en particulier la création des assurances sociales dédiées à la maternité à partir des années 1930 et plus globalement l'accès généralisé aux soins périnataux, comme en témoigne l'instauration des centres de Protection Maternelle et Infantile en 1945 (Farnarier 2009). Mais comme le rapporte Priscille Sauvegrain, dès les années 1930, « *la gratuité des soins commence à être liée à une*

²⁵ Les maternités sont réparties en trois niveaux selon leur capacité à prendre en charge les nouveau-nés prématurés ou présentant des pathologies : les maternités de niveau 1 ne possèdent pas de service de néonatalogie, les maternités de niveau 2 en ont un et les maternités de niveau 3 possèdent à la fois un service de néonatalogie et un service de réanimation néonatale.

²⁶ Ainsi on passe de 816 maternités en France en 1995 à 517 en 2016 dont 58 seulement font moins de 500 accouchements par an. Source DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), site consulté le 12 octobre 2018.

obligation de consulter » (Sauvegrain, 2010 : 25). En effet, être protégée pour sa grossesse et son accouchement devient un droit mais présume également certains devoirs. Pouvoir politique et pouvoir médical convergent dès lors dans la volonté plus large de faire adhérer les femmes aux normes médicales autour de la naissance. Françoise Thébaud nous rappelle ainsi que « *protéger la maternité devient un impératif catégorique de l'entre-deux-guerres. Hors les mesures sociales, la protection de la maternité signifie sa médicalisation, essentiellement à travers l'institution-maternité. Elle s'accompagne d'une volonté d'acculturation des femmes aux normes médicales* » (Thébaud, 2010 : 34). La diminution de la mortalité infantile est l'objectif annoncé de ces premières mesures, puis dans les années 1970, l'objectif de réduction de la mortalité maternelle apparaît également, ce dont témoignent le déploiement des plans de périnatalités successifs.

Ainsi, les politiques de périnatalité épousent une vision risquée de la grossesse et de l'accouchement et rendent progressivement obligatoire le suivi médical de la grossesse et, de ce fait, le passage par les structures hospitalières. Ce suivi très structuré impose certaines étapes, telle que la déclaration de grossesse ou les sept consultations mensuelles, notamment comme condition de la perception des allocations familiales ou de la prestation d'accueil du jeune enfant. En effet, en théorie ces prestations sociales sont conditionnées par l'assiduité au suivi de grossesse. L'article D532-2 Code de la Sécurité Sociale prévoit ainsi la suspension de la prestation d'accueil du jeune enfant en cas de non venue aux consultations et de non-réalisation des examens obligatoires²⁷. Ces obligations sont en pratiques contournables mais leur caractère fortement incitatif est bien perçu par les femmes enceintes. Celles-ci sont ainsi exhortées, via ces politiques de santé, à se soumettre au regard médical. Ceci ne va pas forcément contre leur propre désir, car comme le rappelle Yvonne Knibiehler, la sécurisation de la naissance va devenir une demande des femmes autant qu'une exigence des pouvoirs publics (Knibiehler 2000 : 83), ce dont témoigne le processus de pré-médicalisation mis en lumière par Béatrice Jacques qui conduit les femmes à acquérir des « *connaissances savantes vulgarisées* » au travers de la presse féminine grand public en particulier (Jacques 2007 : 27). Les femmes se sont donc ralliées, bon gré mal gré, à cette vision. Car celles-ci ne souhaitent pas pour autant se passer des aspects sociaux et humains. On assiste ainsi à des mouvements de contestation de cette médicalisation à outrance. A cet égard, le souhait de voir advenir des lieux alternatifs aux maternités hospitalières, tels que les maisons de naissance, est significatif. Néanmoins, ces

²⁷ Article D532-1 du Code de la sécurité sociale. Source : <https://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 01/10/2022. Les examens obligatoires sont référencés dans l'Article R2122-1 et article R2122-2 du Code de la santé publique. Source : <https://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 01/10/2022.

contestations se centrent essentiellement sur la période de l'accouchement et ont en particulier émergé sous le thème des « violences obstétricales » (Quéré 2016).

En outre, cette médicalisation de la naissance peut avoir des effets inégalitaires dans la distribution des soins. D'une part, les femmes ne s'approprient pas les incitations à la médicalisation de la grossesse et les injonctions à une autosurveillance de la même manière selon le milieu social (Boulet 2020). En outre, la vision centrée sur le risque implique l'identification de facteurs de risque et un glissement possible vers l'identification de « groupes » à risque, notamment sur le plan psycho-social, flirtant ainsi fortement avec la stigmatisation de ceux-ci (Ballif 2014). Comme le propose Elsa Boulet, « *la critique de la médicalisation doit donc prendre en compte les traitements différenciés ainsi que la réception socialement située des prescriptions et gestes médicaux, et intégrer une réflexion sur les inégalités sociales de santé* » (Boulet 2020 : 54).

Le cadrage théorique de la thèse se justifie par la problématisation de la question de l'observance dans le suivi médical du DG, en proposant une analyse en termes d'inégalités sociales de santé s'appuyant sur des rapports sociaux inégalitaires.

2. Cadrage théorique

2.1 Les apports de la sociologie interactionniste

J'inscris mes analyses dans une perspective interactionniste dans la mesure où le DG est abordé en tant que « trajectoire », telle qu'Anselm Strauss et ses collègues l'ont définie, c'est-à-dire faisant référence : « *non seulement au développement physiologique de la maladie de tel patient mais également à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués* » (Strauss 1992 : 143). L'idée principale proposée par Strauss et ses collègues repose sur la notion de « *travail du patient* » (the patients' work), travail qui doit non seulement être rendu visible mais analysé pour en comprendre les effets sur la trajectoire de la maladie, les relations avec les soignant·es et leur propre travail (Strauss et al. 1982). Ce concept a été repris en particulier dans le contexte des maladies chroniques (Carillon 2013; Schlegel 2015) mais aussi celui de l'usage des nouvelles technologies en médecine conduisant à une reconfiguration de l'implication des patient·es, en particulier dans le diabète chronique (Mathieu-Fritz et Guillot 2017).

Par ailleurs, le concept de « trajectoire de la maladie » permet d'analyser l'ensemble des interactions à l'œuvre dans ce suivi, entre soignantes et soignées mais aussi entre

professionnelles et en particulier les négociations à l'œuvre. Strauss montre en particulier que le·la patient·e doit jouer son rôle en suivant certaines normes, qui sont propres à son statut de malade. La trajectoire est dès lors rendue toujours plus complexe par les incessantes négociations autour de ces normes. Les négociations ont lieu également entre professionnelles qui, tout autant que les patientes « *se trouvent engagés dans un processus de négociation complexe afin à la fois de mener à bien leurs projets personnels et de mettre en œuvre – dans la division du travail établie – des objectifs institutionnels énoncés soit clairement, soit vaguement* » (Strauss 1992 : 108). Nous verrons que le DG a la particularité de faire intervenir différents groupes professionnels autour des patientes et que ceux-ci se retrouvent tacitement mais solidement autour de l'objectif d'observance tout en le mettant en œuvre de manière variable. De sorte que le concept straussien « d'ordre négocié » semble particulièrement pertinent pour étudier l'observance dans le DG et les modalités de sa surveillance, héritées du diabète chronique (emploi de technologies et surveillance rapprochée).

La trajectoire de soin du DG comporte les différentes étapes suivantes, qui seront reprises au fil des différents chapitres, selon l'angle abordé : le dépistage de la maladie, le diagnostic, le traitement par mise en place d'un régime alimentaire, la surveillance des complications, et les étapes facultatives que sont la mise en place d'un traitement par insuline et le déclenchement de l'accouchement.

Au sein de cet ordre négocié, le potentiel de négociation des femmes enceintes développant un DG à chaque étape de cette trajectoire dépend de leur possibilité d'ajustement de l'asymétrie de la relation de soins. Priscille Sauvegrain avait déjà montré que les femmes catégorisées comme « africaines » bénéficient de certaines marges de négociations en maternité, car considérées comme de « bonnes mères » par les soignantes, mais sont aussi la cible de traitements différentiels qu'il leur est difficile de contourner (Sauvegrain 2010). Ma recherche de master a également mis en avant un potentiel de négociation abaissé chez les femmes catégorisées comme « *migrantes* » ou « *étrangères* » par un phénomène d'autocensure d'un côté et de paternalisme de l'autre (Racioppi 2013). Dans la continuité de ces travaux, cette recherche s'appuie donc également sur le cadre théorique des rapports sociaux.

2.2 Les rapports sociaux comme cadre global d'analyse

Je reprends ici la définition des rapports sociaux donnée par Danièle Kergoat : « *Le rapport social peut être assimilé à une tension qui traverse la société ; cette tension se cristallise peu à peu en enjeux autour desquels, pour produire de la société, pour la reproduire ou “pour inventer de nouvelles façons de penser et d'agir”, les êtres humains sont en confrontation*

permanente. Ce sont ces enjeux qui sont constitutifs des groupes sociaux. Ces derniers ne sont pas donnés au départ, ils se créent autour de ces enjeux par la dynamique des groupes sociaux » (Kergoat, 2005).

Ce cadre d'analyse permet tout d'abord d'articuler l'individuel et le collectif puisque l'acteur social est considéré comme un individu situé dans des interactions, interdépendances et relations mais aussi comme le lieu de rencontre des différentes formes de rapports sociaux. Or, celui-ci n'est ni passif ni déterminé : il contribue positivement ou négativement à la (re)production du social et éventuellement à la production du changement. Aussi, ce cadre permet également une analyse dynamique : relationnelle, interactionnelle, en termes de processus et une analyse à plusieurs niveaux, macrosociologique et microsociologique, en faisant le lien entre rapports sociaux et relations sociales.

2.2.1 Ethnicisation des rapports sociaux, race et racisation

Cette thèse s'inscrit dans le sillon des recherches étudiant les relations interethniques. A rebours de la littérature anthropologique classique abordant les « groupes ethniques » comme des entités stables s'appuyant sur des critères biologiques et culturelles, les travaux sur l'ethnicité se développent dans une perspective constructiviste. Frederic Barth définit les groupes ethniques comme une forme d'organisation sociale qui dépend de mécanismes d'attribution définissant des « frontières » entre eux (Barth 1995). Autrement dit, les groupes ethniques n'existent que dans la relation par un processus d'hétéro ou d'auto-désignation. On appelle ethnicisation ce processus de désignation au cours duquel « *l'imputation ou la revendication d'appartenance ethnique (celle-ci généralement liée à ce que l'on appelle "origine", peut en fait être culturelle, nationale, religieuse ou "raciale", ces catégories s'avérant socialement et historiquement permutable ou cumulables) deviennent –par exclusion ou par préférence– des référents déterminants (englobants et dominants, voire exclusifs) de l'action et dans l'interaction, par opposition aux situations dans lesquelles ces imputations et identifications ne constituent qu'un des référents parmi d'autres du rôle, du statut et, en dernière instance, de la position hiérarchique dans les classements sociaux* » (De Rudder 1995 : 42). Cette définition processuelle vise à rendre compte de ce qui est socialement significatif pour faire « altérité ». Ces processus de différenciations sont inévitablement hiérarchisants dans la mesure où les différences ne président pas aux hiérarchies mais sont manipulées voir produites par elles, « *ces différences socialement produites servant, par effet de feed-back, de rétroaction, à légitimer les hiérarchies* » (Simon 2006 : 133).

La racisation est une forme d'ethnisation radicalisée, c'est-à-dire que le processus renvoie les individus à une « nature » immuable et stable. Ainsi, « *dans la racisation, le registre de la culture n'est pas seulement instrumentalisé, comme dans l'ethnisation, il est intégralement subordonné, puisqu'il est inscrit dans une essence syncrétique et superlative, naturelle et héréditaire* » (De Rudder 2000 : 112). Le terme de racisation est issu des travaux précurseurs de Colette Guillaumin sur le racisme (Guillaumin 1972). Celle-ci pointait déjà que la race ne fait aucunement référence à une quelconque réalité biologique mais à une forme de naturalisation de différences *a posteriori*. « *Non la « race » n'est pas une donnée spontanée de la réflexion et de la connaissance, c'est une idée construite et lentement construite, à partir d'éléments qui peuvent être des traits physiques aussi bien que des coutumes sociales, qui peuvent être des particularités d'ordre linguistique aussi bien que des institutions juridiques, et qui, baptisés « race », sont regroupés et homogénéisés sous le décret que toutes ces choses sont en définitive biologiques* » (Guillaumin 1981 : 59).

Dans cette perspective, la racisation tient donc dans le fait de distribuer une hiérarchie entre majoritaires et minoritaires dans laquelle les premiers constituent la référence et « *échappent à toute particularité qui l'enfermerait en elle-même* », alors que « *la particularité au contraire constitue le minoritaire autant qu'elle le différencie du majoritaire* » (Guillaumin 1972 : 120). Ainsi, les personnes racisées sont particularisées au nom de différences qui incarnent le groupe auquel elles sont assignées et non en tant qu'individu.

Si le terme de race est toujours entouré d'un certain embarras, d'autres termes conçus comme plus acceptables tels « qu'ethnie », « culture » l'ont remplacé mais renvoient à la même signification (De Rudder 2012 : 365). C'est dans cette acception que j'inscris certaines analyses de cette thèse, c'est-à-dire dans les situations où les différences perçues par les soignantes sur le plan de « l'origine », la « culture » ou « l'ethnie » apparaissent comme naturelles.

2.2.2 Désigner racialement les enquêtées

Si la race n'existe pas dans sa réalité biologique, les rapports de pouvoir entre groupes désignés comme majoritaires et ceux désignés comme minoritaires sur le plan de la race, eux sont toujours d'actualité (Mazouz 2020 : 27). C'est dans ce sens qu'il est apparu indispensable, sur le plan scientifique, de renseigner les catégories raciales auxquelles les femmes enceintes et soignantes interrogées dans cette thèse pouvaient être assignées dans la mesure où cela permet de saisir les rapports de pouvoir en jeu dans la relation de soin.

Néanmoins, l'embarras lié à la désignation de mes enquêtées dans la rédaction du manuscrit était fondé sur la crainte « *de réitérer l'assignation des personnes dont on parle à une identité*

qui les altérise et qu'ils n'ont pas choisie » (Mazouz 2008 : 91). En ce sens, je partage les questionnements qu'Elsa Boulet a soulevé sur son propre terrain en maternité et qui l'ont amenée à faire le choix de qualifier racialement ses enquêtées tout en prenant le risque de ne pas être « juste » dans ses attributions (Boulet 2020 : 101). Sur mon terrain, j'ai également fait face à de nombreux doutes puisque les catégories raciales n'étaient que rarement amenées par les personnes concernées (femmes enceintes ou soignantes de maternité). Cependant, j'ai pu d'une part me reposer sur les catégories mobilisées et entendues au cours de mes dix années d'exercice professionnel précédant la thèse. D'autre part, il a été possible au cours de cette recherche, de m'appuyer sur l'assignation opérée par les professionnelles à l'égard des femmes enceintes, lorsque « l'origine » est interrogée par les sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes lors des consultations par exemple. Lors des observations, j'ai également relevé certains éléments pouvant être signifiants sur le plan de la race, c'est-à-dire pouvant faire l'objet d'une racisation : le nom de famille ; la langue parlée, le niveau de français ou la présence d'un accent ; le port d'un hijab ; le phénotype dont la couleur de peau... J'ai également récolté des données sur la nationalité des femmes enceintes et des soignantes que j'ai interrogées ainsi que sur un éventuel parcours migratoire (voir annexes 4 et 7). A l'aide de ces différents éléments, j'ai ainsi dégagé plusieurs catégories telles qu'elles sont opératoires dans la société française comme « arabe », « noire », « blanche », « indienne », « chinoise », « philippine »...

J'ai essayé d'utiliser les catégories raciales ayant cours dans la société française d'aujourd'hui plutôt que les catégories indigènes utilisées dans le domaine de la périnatalité. Ainsi je n'ai pas utilisé la catégorie « maghrébine » mais « arabe », ni « africaine » mais « noire » etc. Il s'agit par-là de rendre compte d'une assignation pouvant largement dépasser le contexte hospitalier. Comme le dit Sarah Mazouz, « [...] l'usage de catégories comme celles de « Noir » ou d' « Arabe » ne fait pas référence à une communauté qui partagerait une culture et se retrouverait sur les bases d'une appartenance identitaire, mais bien plutôt au fait d'être minoritaire c'est-à-dire de se voir imposer – du moins dans un premier temps – une catégorie naturalisée par la discrimination raciale » (Mazouz 2008 : 97).

Ce processus de catégorisation obligeant à penser ce qui apparaît comme difficilement nommable (Fassin et Fassin 2009 : 29) doit être à la fois considéré comme le point de vue subjectif de la femme blanche que je suis, qui plus est sage-femme de formation, mais également comme participante au processus de recherche lui-même, avec et malgré toutes les limites que cela comporte.

Il s'agit également de rendre compte des différentes frontières sociales entre le groupe des soignantes et celui des soignées puisque la racisation s'élabore majoritairement des premières

envers les secondes. La réciproque est apparue à la marge dans les données. Ainsi, j'ai catégorisé la majorité des soignantes intervenant de près dans le DG (diététiciennes, sages-femmes, gynécologues-obstétriciennes et diabétologues) et interrogées pour la recherche, comme blanches : sur les dix-neuf professionnelles, j'ai catégorisé une sage-femme et une gynécologue-obstétricienne comme indiennes et une gynécologue-obstétricienne comme arabe. Alors que du côté des parturientes ceci est beaucoup plus contrasté puisque sur les vingt-cinq femmes interrogées, j'en ai catégorisé dix comme arabes, six comme noires, une comme chinoise, une comme philippine et sept comme blanches. Ainsi, à la distance entre expertes et profanes et à la distance sociale, s'ajoute la « distance raciale » (Boulet 2020 : 103).

Le rapport social de race ne peut toutefois se penser comme le seul axe ordonnant les relations sociales en maternité.

2.2.3 Positionner les enquêtées dans l'espace social

Appréhender la position des femmes enceintes dans l'espace social s'est également avéré un enjeu de taille. Là encore, il s'agit de ne pas assigner les individus à des catégories immuables et naturalisantes mais de rendre compte de ce qui pouvait être signifiant sur le plan de la classe dans leur trajectoire de la maladie et dans leur relation avec les soignantes.

Trois dimensions afférentes à la classe sociale ont émergé au cours des analyses et permettent de comprendre les situations de prise en charge du DG sous l'angle des rapports sociaux de classe. D'une part, j'ai analysé les représentations sociales des soignantes s'appuyant sur des attributs de classe telle que la profession ou le niveau d'études des femmes développant un DG, ce qu'elles mobilisent pour anticiper leurs comportements d'observance et/ou pour les justifier (ou non). Ensuite, j'ai pris en compte les dispositions sociales des femmes en termes de socialisation aux normes médicales pouvant intervenir dans leur rapport à la santé et au corps mais aussi dans leur rapport à l'institution hospitalière et aux soignantes. Enfin, l'aspect des ressources économiques et matérielles des femmes (revenus, conditions de logement, statut administratif etc.) pour réaliser le travail de gestion de la maladie, en particulier sur le plan alimentaire, est apparu comme essentiel à prendre en compte dans les analyses. Ces trois dimensions se recoupent entre elles, notamment dans leurs effets en termes d'inégalités de santé.

Afin de saisir la position sociale des femmes enceintes que j'ai recrutées pour la recherche, j'ai collecté systématiquement un certain nombre de données : statut marital, profession, profession du conjoint, profession des parents, situation et superficie du lieu d'habitation, niveau d'études, titre de séjour (voir Annexe 7). Les entretiens ont également été une source d'informations riche

puisque j'ai pu observer leur lieu d'habitation (pour quatorze femmes sur les vingt-cinq interrogées) et discuter avec elles autour d'un ensemble d'éléments précis de leur contexte de vie (tant sur le plan économique, qu'au sujet de leur vie sociale, familiale, au travail etc.).

Tout comme la race, l'enjeu est donc de saisir les dimensions des rapports de classe qui peuvent jouer dans la prise en charge du DG, en particulier dans l'injonction à une « bonne » observance formulée par les soignantes et sa réappropriation par les femmes enceintes, en mettant l'accent sur trois dimensions que le terrain a révélé centrales : les processus d'assignations sociales, la socialisation somatique des femmes enceintes enquêtées et les inégalités matérielles. C'est bien dans l'articulation de ces différentes dimensions qui sont séparées pour les besoins de l'analyse mais ne peuvent se penser qu'ensemble, que les rapports sociaux de classe se réalisent.

2.2.4 L'intersectionnalité : un outil heuristique

Bien que cela continue de faire débat, l'articulation des rapports sociaux selon les différents axes de différenciation que sont la race, le genre et la classe (mais aussi l'âge, la catégorie de sexualité...), est de plus en plus analysée au moyen de l'approche intersectionnelle dans les sciences sociales en France. Ce concept recouvre deux traditions de recherche distinctes, selon les travaux anglophones et francophones.

Il a d'abord émergé au sein des luttes issues du *Black Feminism*, aux Etats-Unis, qui défend l'idée que le féminisme est essentiellement porté par et pour les femmes blanches de classe moyenne et occultent les réalités spécifiques des femmes noires de classe populaire (Collins 1990). Kimberlé Crenshaw, juriste, développe le concept d'intersectionnalité, notamment dans le cadre du droit antidiscriminatoire afin de pouvoir porter en justice des plaintes se trouvant à l'intersection de plusieurs discriminations (Crenshaw 1991). Les travaux ont depuis largement enrichi et complexifié les analyses dans une approche intersectionnelle²⁸.

En France, le concept d'intersectionnalité est introduit en sociologie dans les années 2000 mais il s'appuie sur les travaux antérieurs issus des approches féministes matérialistes. Colette Guillaumin montre ainsi l'analogie entre les rapports sociaux de sexe et de race dans leur logique de naturalisation instaurant un rapport de pouvoir (Guillaumin 1992). Il s'agit également de penser les rapport sociaux comme des rapports de production au sein desquels les groupes sociaux minorisés se voient approprier leur force de travail (Kergoat 2012) et ce, quel que soit l'axe de différenciation (Galerand et Kergoat 2014).

²⁸ Pour une vision historique de ce concept voir l'essai d'Eléonore Lépinard et Sarah Mazouz retraçant les évolutions épistémologiques, méthodologiques et politiques de l'intersectionnalité (Lépinard et Mazouz 2021).

L'approche intersectionnelle est également reprise depuis les années 2000, au sein des travaux en sociologie mais aussi en épidémiologie, portant sur les inégalités sociales de santé, du moins dans les travaux anglophones (Carde 2021).

Quelle que soit le domaine de recherche et l'approche mobilisée, l'intersectionnalité est un outil visant à complexifier l'analyse des rapports sociaux et à éviter de donner le primat à l'un ou l'autre des axes de différenciation. Que les rapports sociaux soient analysés comme simultanés (West et Fenstermaker 2006) ou comme consubstantiels (Galerand et Kergoat 2014), « *l'approche intersectionnelle en sociologie permet donc d'entrer dans la fabrique des processus qui façonnent, selon des modalités d'articulation variées, les expériences et les identités* » (Lépinard et Mazouz 2021 : 33).

C'est dans cette perspective que j'inscris les analyses de cette thèse. Il ne s'agit pas de trancher entre les différentes approches débattues aujourd'hui autour de l'intersectionnalité, mais de rendre compte de ce qui peut être utile dans l'analyse de mes matériaux. En effet, comme annoncé en introduction, l'entrée par l'observance doit permettre de complexifier cette analyse sans se limiter aux rapports sociaux de race qui apparaissent comme prégnants dans la prise en charge médicale du DG, au vu des discours des soignantes interrogées pour le master et au vu de la littérature médicale, sur l'observance dans le DG.

En m'appuyant sur l'ethnographie des interactions fines, il s'agit de mettre au jour ce que fait le jeu des assignations de race, de classe et de genre (et éventuellement d'autres axes) à la relation de soin dans le DG (Mazouz 2015). En particulier, il est question de montrer quels éléments sont socialement significatifs aux yeux des professionnelles pour désigner les femmes comme de « mauvaises » observantes, selon quelles articulations et dépendamment du contexte de soin. Parallèlement, il s'agit de mettre en lumière quelles femmes, en mobilisant tel ou tel type d'assignation et, là encore, selon quelle articulation ; peuvent être catégorisées comme de « bonnes » observantes et celles pouvant négocier le suivi médical de leur DG.

2.3 Combiner des concepts interactionnistes et une approche constructiviste

Cette recherche s'appuie à la fois sur des approches interactionnistes et sur les théorisations constructivistes que sont les rapports sociaux. Le cadre interactionniste permet de rendre compte du travail de gestion de la maladie élaboré par les femmes ayant un DG mais aussi de penser les négociations entre soignantes et soignées au cours de leur trajectoire de la maladie. Cependant, cette approche reste limitée pour penser ce qui agit autour et en amont de ces interactions, au niveau structurel. Il s'agit de ne pas négliger l'un au profit de l'autre niveau d'analyse mais de les penser ensemble. Ceci est possible en remplaçant les rapports sociaux dans

leur contexte historique et social pour en analyser la réalisation dans les situations concrètes des interactions (*Ibid.*). Par exemple, le travail de gestion de la maladie des femmes développant un DG est façonné par leur position dans l'espace social, position qui peut être le support de catégorisations sociales de la part des professionnelles en termes d'évaluation de leurs « capacités » d'observance. Or, ces catégorisations s'élaborent dans le contexte particulier de services hospitaliers français qui induisent une mise en œuvre différenciée de la contrainte d'observance, façonnant également le travail de gestion de la maladie des femmes ayant un DG. Ce travail de gestion de la maladie des femmes enceintes ne peut donc s'analyser sans prendre en compte les rapports sociaux dans lesquels il se réalise. Il en va de même pour les négociations entre soignantes et soignées autour de leur parcours de soin.

2.4 Les apports foucauldien : biopouvoir et gouvernement des corps

Enfin, dans le contexte plus large de l'institution qui régit le suivi du DG, à savoir les maternités hospitalières, je situe mes analyses dans le cadre théorique foucauldien du biopouvoir (Foucault 1976) et du gouvernement des corps (Foucault 1977). En effet, la trajectoire de soin des femmes dans les services de consultation en maternité montre en quoi leur corps est d'emblée sollicité : ceux-ci sont examinés, mesurés, touchés. L'institution a alors un rôle disciplinaire dans le sens où elle a pour objectif, plus ou moins clairement énoncé, de discipliner et de produire des comportements corporels, via un ensemble de techniques de microphysique du pouvoir (Foucault 1975). Ainsi, pour Foucault, l'hôpital joue un rôle crucial dans un mouvement plus vaste de disciplinarisation de la société (à côté des prisons, des écoles...) qui se manifeste non plus par un pouvoir vertical mais plutôt de manière diffuse, par le bas, en produisant des individus, des discours et des savoirs.

Les techniques de surveillance participent de ce processus disciplinaire. L'observance, comme discours et comme pratique, est analysée ici comme un phénomène renouvelé de surveillance ayant trait à la fois à la maîtrise des risques médicaux, à la surveillance de la vie, et au contrôle social. Dans le cas du DG, il s'agit de surveiller une vie pour en surveiller une autre, celle du fœtus, futur nouveau-né. En outre, l'observance est également le lieu de production d'un savoir-pouvoir disqualifiant les autres types de savoir.

Les services de maternité apparaissent comme des lieux caractéristiques d'assujettissement des corps mais aussi de « *régulation de la population* », comme le dit Foucault pour décrire ce qu'il nomme le biopouvoir, régulateur et normalisateur (Foucault 1976). Toutefois, dans la lignée des travaux de Didier Fassin et Dominique Memmi, et bien que la différence entre les deux concepts ne soit pas considérée nécessairement comme une rupture (Andrieu 2004), je mobilise

également le concept de gouvernement des corps car il permet d'élargir les analyses au-delà du rôle de l'Etat, dans la mesure où celui-ci est loin d'être le seul pourvoyeur de normes sociales (Fassin et Memmi 2004). Cet élargissement permet non seulement d'analyser la production des normes par l'ensemble des acteurs sociaux mais aussi de penser la participation des sujets eux-mêmes à la discipline de leur propre corps, approche développée par Foucault plus tardivement dans « Le souci de soi » (Foucault 1984). Ainsi, mes analyses s'inscrivent dans une perspective d'économie de la surveillance où les patientes participent elles-mêmes à ce système, bon gré mal gré.

De plus, les outils technologiques employés aujourd'hui dans différents contextes de surveillance tel que, pour ce qui nous concerne ici, le contrôle à distance des glycémies via une application sur laquelle se connectent soignées et professionnelles, donnent à voir un renouvellement des formes de surveillance. En effet, la surveillance contemporaine « *se distingue des modes de surveillance ou de contrôle des périodes précédentes par le fait qu'elle présente les capacités d'adhérer en permanence à son objet ; que celui-ci n'est pas poursuivi, mais dessine lui-même la traçabilité de ses actes – le sujet surveillé émet les signaux numériques permettant sa surveillance (...)* » (Quessada 2010 : 54).

En ce sens, une lecture globale en termes de biopouvoir ou de gouvernement des corps, apparaît comme particulièrement heuristique dans le cas qui nous intéresse ici. En effet, le diabète²⁹, maladie éminemment politique en ce qu'elle charrie un ensemble de préconisations et de surveillance des conduites corporelles (au niveau macrosocial comme microsocal) mais aussi de représentations racisantes à l'origine de traitements différenciés (Braud 2022), est cependant encore très peu étudié sous cet angle.

3. Méthodologie

3.1 Posture de recherche : enquêter sur/dans son milieu

Ma double identité de sage-femme et de chercheure enquêtant sur et dans son propre milieu professionnel mérite d'être questionnée quant à l'équilibre fragile à trouver entre distance et proximité au terrain. La subjectivité du/de la chercheur·e et son implication plus ou moins forte sur le terrain est un débat ancien et je me situe ici dans la perspective du « *je* » méthodologique énoncée par Jean-Pierre Olivier de Sardan. Puisque cette subjectivité est inhérente à toute production scientifique et en particulier aux productions en sciences sociales, autant analyser

²⁹ J'entends ici le DT2 mais aussi le DG.

de manière réflexive les incidences de la présence de l'enquêteur·ice dans la production des données (Olivier de Sardan 2008). Bien sûr, mon expérience en tant que sage-femme est totalement constitutive de l'objet de recherche de cette thèse puisque c'est à partir de questionnements liés à ma pratique professionnelle que se sont forgées petit à petit d'autres interrogations, modelées par l'approche sociologique (voir introduction générale).

Cependant, les risques « *d'enclichage* » (*Ibid.*) dus à ma position ont fait l'objet de choix particuliers, d'autant que l'un des deux terrains a été aussi mon lieu d'exercice professionnel³⁰. J'ai ainsi notamment fait le choix de ne pas porter de blouse dans l'enceinte de l'hôpital, de faire des observations en salle d'attente et d'échanger avec les femmes avant ou après la consultation, de ne pas montrer de connivence avec les professionnelles de santé durant les consultations, de ne pas me limiter au seul terrain professionnel, de ne pas me cantonner non plus au groupe professionnel des sages-femmes mais d'observer également les activités des infirmières, aides-soignantes, médecins, diététiciennes, et enfin de réaliser les entretiens le plus possible en dehors de l'hôpital.

Malgré ces précautions, la proximité avec le terrain a présenté à la fois des bénéfices et des limites pour la recherche.

Tout d'abord, la proximité a été un réel avantage concernant l'accès à un terrain réputé difficile sur ce point (Peneff 2005). En effet, mon projet de recherche a été accueilli avec intérêt par les chefs de service respectifs et par l'ensemble du personnel des services de consultation. L'enquête a ainsi pu se mettre en place assez rapidement. Ensuite, la familiarisation due à l'immersion prolongée a bien entendu été accélérée du fait de ma profession et ce, même dans la maternité du Coudray où je ne connaissais aucun membre de l'équipe soignante avant de démarrer l'enquête. Cependant, bien que connue (maternité Lachapelle) ou acceptée (maternité du Coudray), je n'ai pas échappé à la gêne que provoque la présence du/de la chercheur·e, surtout en consultation médicale. Il a fallu du temps pour se faire oublier. Par ailleurs, j'ai été sollicitée plusieurs fois en tant que sage-femme par des sages-femmes ou gynécologues-obstétriciennes en consultation, qui demandaient mon aide ou mon avis sur une situation médicale donnée, sollicitations auxquelles j'ai répondu positivement, sous la forme de contre-don, tout en étant attentive à ce que ces cas de figure se reproduisent plus rarement avec le temps. En outre, si l'opération de « *traduction sémiologique* » (Olivier De Sardan 1995) a bien entendu été facilitée puisque la plupart des termes techniques ou des schèmes de pensées ne

³⁰ J'ai bénéficié d'une bourse doctorale de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris pour une durée de trois ans, durée pendant laquelle je n'ai pas exercé mon métier de sage-femme. Cependant dans la maternité Lachapelle, je suis connue de presque toute l'équipe de soignantes puisque c'est la maternité où j'exerçais depuis quatre ans avant d'obtenir cette bourse.

m'étaient pas inconnus, il a fallu prêter une attention constante à prendre du recul par rapport à un certain nombre d'activités ou de discours perçus comme allant de soi. J'ai ainsi adopté une posture d'ignorance et d'innocence par rapport aux situations observées. On se rend vite compte d'ailleurs que l'appartenance à un service ne donne qu'une vision circonscrite des activités de celui-ci. Pour reprendre les termes de Fatoumata Ouattara « *appartenir à une société est une chose, mais être en mesure de la comprendre et de la décrire en termes anthropologiques [sociologiques] en est une autre* » (Ouattara 2004 : 13).

La négociation des entretiens avec les soignantes s'est également trouvée facilitée du fait de mes interconnaissances et de la légitimité due à ma profession. Cependant, si j'ai joué de la connivence avec mes pairs pour obtenir un discours sans censure et sans ambages, la proximité a également pu me limiter à soulever des contradictions auprès de mes enquêtées de peur de rompre ce lien (Bajard 2013). Concernant les femmes enceintes, mon identité de sage-femme a eu un double effet : elle a participé d'une mise en confiance en légitimant ma présence dans les murs hospitaliers et en permettant aux femmes de revenir sur des incompréhensions (médicales ou autres) suite à une consultation, ce qui n'a pas manqué de pointer les insuffisances de celles-ci ; mais cela a aussi certainement induit un discours plus policé, en retenu, notamment pour émettre des critiques vis-à-vis de leur suivi médical.

3.2 Choix des terrains

L'enquête s'est déroulée dans deux maternités publiques franciliennes. Le choix de maternités publiques s'explique par le fait que la population des patientes n'y est *a priori* pas sélectionnée mais correspond théoriquement à la population de leur quartier d'implantation. Cela m'a permis d'examiner les trajectoires de soins lors de situations sociales variées, ce qui n'aurait pas été le cas dans les établissements privés où la population est sélectionnée selon son niveau de protection sociale. Il s'agit d'une maternité de Paris (75) qu'on appellera ici « maternité Lachapelle » et d'une maternité du Val de marne (94) qu'on appellera ici « maternité du Coudray ». En l'absence de service de diabétologie dans l'hôpital où se trouve la maternité Lachapelle, la prise en charge des femmes ayant un DG est réalisée par le service de diabétologie de l'hôpital Rabelais (nom modifié), qui est situé dans le même arrondissement.

Les deux établissements sont des maternités de niveau trois³¹ et ont présenté un intérêt certain pour ma recherche. Une des gynécologues-obstétriciennes de la maternité du Coudray a participé au jury de la bourse APHP dont j'ai bénéficié et s'était montré particulièrement

³¹ Les maternités de niveau 3 possèdent à la fois un service de néonatalogie et un service de réanimation néonatale.

intéressée lors de ma présentation orale, d'autant qu'elle a copublié un article peu de temps après concernant le DG. Du côté de la maternité Lachapelle qui était mon lieu d'exercice, les professionnelles se sont également montrées enthousiastes à l'égard de mon projet de recherche. Cela s'explique d'une part par le soutien de la cadre supérieure sage-femme pour les projets de recherche portés par des sages-femmes et d'autre part par une demande sociale.

En effet, l'attente d'un éclairage, grâce à mon enquête, sur les freins à ce qui est conçu comme une « bonne » observance dans le DG est apparue comme une des raisons de cet intérêt et ce, dans les deux maternités. Le professeur Joseph (nom modifié), chef de service de diabétologie de l'hôpital Rabelais est engagé depuis plusieurs années dans le suivi des femmes enceintes de la maternité Lachapelle ayant un DG et à l'initiative de la mise en place des « ateliers diabète » et du suivi par télémédecine (voir infra). Peu de temps avant ma recherche, lui et son équipe ont extrait de leur base de données les chiffres annuels (2014) concernant les femmes « *perdues de vue* », c'est-à-dire celles qui ne s'étaient pas présentées à l'atelier ou n'avait pas réalisé le suivi des glycémies à distance, en montrant que ces femmes avaient un risque majoré de complications obstétricales. Il accueille donc ma recherche avec un grand intérêt.

Face à cette demande, je suis parvenue à garder mon indépendance sans sursoir à une entière transparence quant à l'approche théorique et méthodologique choisie et les retombées concrètes limitées ou éloignées des attendus des professionnelles que je pourrais apporter. En effet, j'ai présenté mon projet comme portant sur l'observance dans le DG en le centrant sur l'organisation et la relation de soin. Ceci a pu prêter à confusion sur les objectifs qui auraient pu laisser croire que je serais en mesure de proposer des améliorations à la non-observance. Néanmoins j'ai précisé que mon orientation était celle de la sociologie et que ce qui m'intéressait c'était non pas d'analyser les comportements d'observance des femmes enceintes mais bien de regarder comment se déployait cet objectif et ses effets à tous les niveaux.

Par ailleurs, les deux sites ont été choisis dans une perspective de comparaison, pour deux raisons. Premièrement, ils diffèrent de manière importante sur les modalités de prise en charge du DG puisque l'un a mis en place un suivi que l'on peut appeler « traditionnel » avec des rendez-vous réguliers à la maternité et l'autre a opté pour un suivi par télémédecine, réduisant fortement le nombre de consultation pour les femmes diabétiques. La comparaison de ces deux modèles me permet d'analyser les choix d'organisation institutionnelle, notamment au regard de l'objectif d'observance.

Par ailleurs, les deux maternités sont implantées dans deux territoires contrastés sur le plan sociodémographique, puisque l'une se situe dans un arrondissement bourgeois de Paris tandis

que l'autre est localisée dans une banlieue plus populaire. Les femmes enceintes qui s'y font suivre appartiennent donc à des groupes sociaux différents. Le niveau de la maternité, le fait qu'elle appartienne au service public et la proximité avec le lieu de vie sont les éléments principaux avancés par les femmes dans leur choix de la maternité. En outre, du fait de la sectorisation³², le public qui fréquente l'établissement reflète globalement la population de son secteur géographique. Cependant, certaines maternités bénéficient d'une réputation positive, sur le plan de la qualité des soins, amenant certaines femmes à user de différentes stratégies pour y être inscrites même dans les cas où elles ne seraient pas du secteur. C'est le cas de la maternité parisienne qui, de ce fait, prend en charge davantage de femmes ayant les moyens de « jouer » avec les règles de la sectorisation et appartenant plus volontiers à des milieux sociaux favorisés. En miroir, les maternités situées dans des zones plus populaires, comme la maternité du Coudray, bénéficient d'une image moins attractive et peuvent se voir désertées par les femmes appartenant aux classes sociales supérieures. On assiste ainsi à une surreprésentation de certains groupes sociaux selon les maternités (Nacu 2011).

Je n'ai malheureusement pas pu avoir accès aux données sociodémographiques générales des patientes suivies dans les deux maternités étudiées³³. Cependant, au regard de mes observations et des données sociodémographiques récoltées auprès des femmes que j'ai interrogées, il y a une surreprésentation des femmes minorisées au regard de la classe et de la race dans la maternité du Coudray. Parmi mes enquêtées, seules cinq femmes peuvent être situées dans le haut de l'échelle sociale dans la maternité du Val-de-Marne alors que c'est le cas de neuf femmes dans la maternité parisienne. On observe la même discordance concernant la race puisque parmi les femmes de la maternité du Coudray que j'ai interrogées, cinq sont noires, cinq sont arabes, une est chinoise et une est blanche, alors que parmi celles de la maternité parisienne, une femme est noire, cinq sont arabes, une est philippine et six sont blanches.

³² Selon l'Article L1110-8 du code de santé publique : « *le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, est un principe fondamental de la législation sanitaire* ». Cependant, les maternités parisiennes, où les demandes d'inscription affluent, pratiquent des sectorisations informelles. Du moins c'est ce que j'ai observé dans les deux maternités étudiées ainsi que celles dans lesquelles j'ai exercé comme sage-femme. J'ai ainsi observé plusieurs scènes de négociations aux inscriptions de la maternité Lachapelle lorsque le quota d'inscription était atteint et que la patiente n'était pas du « secteur ».

³³ Dans les maternités étudiées, il aurait été possible en théorie d'extraire certaines données des logiciels utilisés pour les dossiers médicaux, tel que le pays de naissance ou la profession des femmes et de leurs conjoints. C'est ce que j'avais ambitionné mais je me suis heurtée au même problème que pour mon master, à savoir que dans la maternité parisienne, le pays de naissance n'est pas enregistré et que les autres items sont remplis de manière très aléatoire puisque c'est le dossier papier qui prévaut. Dans la maternité du Coudray, il y a eu un changement de logiciel au moment de mon enquête ce qui a rendu impossible toute démarche d'extraction de données et ce, même après les quelques mois de mise en place de celui-ci.

Cette distribution n'est pas sans effet sur les représentations des professionnelles, ce que nous verrons au cours des analyses développées dans les différents chapitres de la thèse.

3.3 Choix des méthodes d'enquêtes

3.3.1 L'enquête exploratoire

Durant l'année où j'ai formulé mon projet de recherche et postulé à la bourse APHP, j'ai réalisé une enquête exploratoire à la fois sur mon terrain professionnel (maternité Lachapelle) sous la forme d'*observations clandestines* (Cefai et Amiraux 2002) et sur le deuxième terrain sollicité (maternité du Coudray), de manière établie cette fois, sous la forme d'une observation non participante³⁴. Ce travail préparatoire m'a permis d'affiner mon objet de recherche, en m'appuyant à la fois sur les résultats issus de mon master mais également sur dix années d'expériences comme sage-femme hospitalière en Île-de-France³⁵ qui m'ont donné à voir des situations aussi variées qu'intenses que je pouvais relire comme autant de mises en scène (Erwing Goffman 1996), de négociations remaniant sans cesse l'ordre social plus global (Strauss 1992) ou comme l'illustration de rapports sociaux de domination.

3.3.2 L'ethnographie

La méthode élaborée pour le recueil des données s'inscrit pleinement dans la théorie ancrée de Glaser et Strauss (Glaser et Strauss 1980). Leur collecte puis leur analyse a permis de les classer, de leur donner une signification sociologique et d'en mesurer leur degré de généralité, autrement dit de les interpréter (Arborio et Fournier 1999). L'enquête s'est déroulée sur plus de sept mois consécutifs dans chaque maternité³⁶, l'une après l'autre. J'ai été présente sur le terrain à un rythme régulier, en moyenne trois jours par semaine.

Les observations ethnographiques ont concerné l'ensemble des interactions soignantes-soignées aux différents moments de la prise en charge du DG :

- Consultations de suivi de grossesse
- Consultations diététiques

³⁴ Présence sur le terrain, entre le 10.12.2014 et le 18.05.15 : 4 journées à l'accueil de la maternité ; 1 journée au Box des aides-soignantes où sont réalisées les analyses d'urines, la prise de la tension artérielle et la pesée avant chaque consultation, pour chaque femme ; 2 journées aux Box des infirmières où sont réalisés les analyses de sang après la consultation quand cela a été prescrit par le médecin ou la sage-femme.

³⁵ J'ai exercé dans deux maternités publiques, une en Seine-Saint-Denis pendant 5 ans et une dans un arrondissement aisé de Paris pendant 5 ans également

³⁶ Entre novembre 2015 et mai 2016 dans la maternité du Coudray, et entre juillet 2016 et février 2017 dans la maternité Lachapelle.

- Explorations fonctionnelles de fin de grossesse
- Consultations ou journée d'hospitalisation de jour (HDJ) dans le service de diabétologie (dans le même hôpital que la Maternité du Coudray)
- Explications par les infirmières de l'utilisation de l'appareil à glycémie (Maternité du Coudray)
- « *Atelier diabète* » : pour 4 à 5 patientes, consultation avec un·e diabétologue en individuel puis séances en collectif comprenant la présentation du régime par la diététicienne, et les explications de l'utilisation de l'appareil à glycémie par une infirmière (Hôpital Rabelais)

Les observations ont fait l'objet d'un recueil systématique de données. C'est-à-dire qu'à chaque consultation observée, un ensemble d'éléments tel que la date, la durée, le contenu de la consultation etc., ont été collectés de façon méthodique (voir Annexe 1). Au total, 365 consultations ont été observées, toutes disciplines confondues. L'ensemble de ces données a été colligé dans un tableau Excel.

3.3.3 Entretiens de conversation avec les soignantes

A l'appui d'une grille d'entretien volontairement assez lâche (voir Annexe 2), j'ai opté pour une stratégie de l'entretien dit de « *conversation* » défini par Jean-Pierre Olivier de Sardan (Olivier De Sardan 1995), c'est-à-dire comme un échange ayant lieu dans le prolongement d'autres échanges.

En effet, les expériences, opinions, discours des soignantes ont été également recueillis durant les observations, sur les temps de pauses ou intermèdes entre deux consultations. Les entretiens ont été menés dans la continuité de ces interactions.

Toutes les professionnelles de santé prenant en charge le DG ont été sollicitées : diététiciennes, sages-femmes, infirmières, gynécologues-obstétriciennes et diabétologues. Ces entretiens se sont, autant que possible, effectués à l'extérieur de l'hôpital afin de recueillir un discours décentré de la seule identité professionnelle de la soignante, ils sont enregistrés après accord de l'enquêté, anonymisés et retranscrits intégralement.

Les entretiens ont été menés auprès de vingt-six soignantes. Cela se répartit de la manière suivante :

Soignantes	Maternité Lachapelle	
	Hôpital Rabelais	Maternité du Coudray
Sages-femmes	5	4
Aides-soignantes	0	4
Infirmières	0	3
Gynécologues-obstétriciennes	3	3
Diabétologues	1	0
Diététicienne	2	1
Total	11	15

Les aides-soignantes et infirmières de la maternité Lachapelle n'ont pas été sollicitées en entretien car elles ne prodiguent pas de soin auprès des femmes enceintes ayant un DG mais leurs activités ont fait l'objet de plusieurs temps d'observation et de recueil de discours informels. En revanche, il aurait été intéressant de m'entretenir avec les infirmières de l'hôpital Rabelais qui sont au cœur de la prise en charge du DG (« atelier diabète ») mais malgré mes sollicitations, cela n'a pu aboutir. Ceci s'explique en partie par ma présence ponctuelle sur ce terrain (je m'y suis déplacée spécifiquement pour observer six « ateliers diabète ») et par l'activité des professionnelles qui n'est pas centrée uniquement sur le DG. Ainsi, seule une des diététiciennes de l'hôpital Rabelais, particulièrement intéressée par ma recherche a pu être interrogée ainsi que la seule diabétologue exerçant en plus du Professeur Joseph. J'ai également interviewé le Professeur Joseph mais cet entretien n'apparaît pas dans le tableau car il a été réalisé un an après la fin de mon terrain afin de vérifier des informations concernant l'historique de la mise en place des ateliers, de l'application numérique, des choix de dépistage etc. L'entretien n'a pas été enregistré et je n'ai pas récolté les données socio-démographiques de ce professionnel. En effet, probablement due à une distance sociale liée à la fois à une différence de statut et de genre et au fait que celui-ci était mon interlocuteur principal pour l'ouverture du terrain, je n'avais pas envisagé le Professeur Joseph comme un enquêté. Pourtant il a fait l'objet de plusieurs séances d'observation lors des « ateliers diabète » et l'entretien réalisé avec lui s'est avéré utile pour mes analyses. Enfin, les entretiens avec les aides-soignantes de la maternité du Coudray ont été réalisés essentiellement lors de mon enquête exploratoire. Ceux-ci sont peu utilisés dans les analyses car s'ils mettent au jour les mêmes représentations sociales que leurs collègues quant à la « population » suivie à la maternité, celles-ci ne se centrent pas sur la question de l'observance.

Voir les caractéristiques des entretiens en Annexe 3 (durée, lieu etc.). Voir les caractéristiques socio-démographiques des soignantes en annexe 4.

3.3.4 Entretiens de conversation avec les femmes enceintes

Des entretiens de conversation ont été menés avec vingt-cinq femmes enceintes. Une grille d'entretien là aussi volontairement lâche (voir Annexe 5) a permis de laisser les entretiens évoluer spontanément et de ne vérifier qu'en fin d'entretien si tous les sujets avaient été abordés. Les femmes développant un DG ont été recrutées au cours des observations ou sur indication des soignantes lorsque celles-ci ciblaient des patientes qu'elles percevaient comme de bons « cas » pour mon étude, autrement dit les femmes pour lesquelles le suivi du DG était considéré comme « problématique » ce qui a contribué à affiner mes analyses sur la construction des catégories de « bonnes » observantes et de « mauvaises » observantes (chapitre 4). De la même façon que pour les soignantes, ces entretiens ont été effectués autant que possible à l'extérieur de l'hôpital, enregistrés, anonymisés et retranscrits intégralement.

Un seul critère d'exclusion a été retenu, celui de la présence d'un DT2 déjà connu avant la grossesse. En effet, dans les cas où les femmes avaient un diabète chronique, elles n'étaient pas incluses du fait de leurs habitudes et connaissances par rapport à la maladie. En dehors de ça, aucun autre critère d'exclusion n'a été mobilisé, que ce soit la langue parlée par les femmes, leur état de santé initial ou durant la grossesse. Les seules exigences étaient qu'elles soient disponibles et consentantes pour cet entretien et que celui-ci se déroule plutôt à la fin de leur grossesse, voire après l'accouchement, afin de recueillir leur expérience sur l'ensemble de leur suivi.

J'ai interrogé vingt-cinq femmes, douze dans la maternité Lachapelle et treize dans la maternité du Coudray. J'ai essuyé quatre refus d'entretien en raison de la non-francophonie des femmes et l'impossibilité de trouver une personne pour traduire nos échanges. D'autres femmes sollicitées ont été perdues de vue suite à des modifications dans leurs rendez-vous à la maternité.

Voir les caractéristiques des entretiens en annexe 6 (lieu, durée etc.). Voir les caractéristiques socio-démographiques des femmes enceintes en annexe 7.

3.4 Méthode d'analyse des données

L'analyse des données issues du terrain a été menée en partie via le logiciel N'Vivo. Selon la méthode de la théorie ancrée (Glaser et Strauss 1980), les codages en différents « nœuds » à partir des observations de consultations et des discours des enquêtées ont permis de dégager progressivement des axes d'analyse.

Chapitre 2 – L’observance au cœur de l’organisation de la prise en charge du DG : une autonomie encadrée des femmes enceintes

L’observance a surtout été étudiée sous l’angle de la relation soignant·es-soigné·es et au niveau mésosocial, c’est essentiellement l’accès aux soins qui a été analysé (voir introduction). Le lien entre l’usage de l’observance par les soignant·es, comme discours et comme objectif du soin, et le contexte organisationnel des services hospitaliers, a été montré dans quelques travaux récents bien que ne faisant pas l’objet principal de ces recherches. Par exemple Vincent Schlegel montre, dans le contexte du DT2, que les programmes d’ETP, visent à faire adhérer les malades aux prescriptions, et que leur observance permet d’alléger la charge de travail des professionnel·les (Schlegel 2020 : 416). Dans le contexte de la grossesse, Elsa Boulet analyse également que les femmes intégrant facilement la routine hospitalière sont perçues comme de « *bonnes élèves* » permettant le travail « *à la chaîne* » des consultations tandis que les patientes migrantes non-banches et non francophones sont perçues comme des patientes « *problématiques* » (Boulet 2020 : 389), comme le relevait déjà Alexandra Nacu concernant les maternités parisiennes (Nacu 2011). Dans le même sens, Camille Foubert montre que dans un service d’endocrinologie parisien, la non-observance des malades est perçue négativement par les soignant·es, car perturbatrice de l’organisation, en particulier en termes de gestion du temps (Foubert 2020 : 107-112). Ces recherches qui étudient la relation de soins dans des services hospitaliers illustrent que l’observance s’insère autant au niveau mésosocial qu’au niveau microsocial. Il s’agit dans ce chapitre d’élargir l’analyse et de montrer en quoi l’observance est un paradigme qui structure l’organisation du suivi de grossesse et plus spécifiquement du suivi du DG.

J’ai exposé au cours du chapitre introductif que la naissance en France est aujourd’hui encadrée sur le plan médical et centrée sur une vision du risque. Nous allons voir dans ce chapitre en quoi l’émergence de la pathologie du DG, c’est-à-dire son identification, sa définition et son dépistage, illustre particulièrement les processus de médicalisation et de pathologisation de la grossesse. Il s’agit d’analyser comment l’observance des femmes enceintes dans le suivi du DG est une question traversant à la fois les modalités médicales (gestion du risque) et les modalités organisationnelles (gestion du temps) qui sont mises en œuvre actuellement dans le suivi de la maladie au sein des maternités hospitalières. On se demandera plus précisément comment est mis en œuvre le dépistage du DG et quelles femmes enceintes sont concernées. Comment ce

dépistage s'insère dans l'organisation des services de maternité. En quoi l'organisation de la prise en charge du DG repose sur l'observance des femmes enceintes et quels en sont les effets.

Dans une première partie, j'analyserai l'émergence du DG en tant que pathologie médicale ciblée et prise en charge au cours de la grossesse et comment sont faits les choix de dépistage qui la concerne. La seconde partie rendra compte de l'organisation du suivi médical de grossesse et de l'attente d'observance qui y est formulée dès le début aux femmes enceintes. La troisième partie exposera les modalités de prise en charge du DG dans les deux maternités étudiées dans cette thèse et l'exigence d'observance sur laquelle elles reposent. La quatrième et dernière partie explorera les effets en termes de traitement inégalitaire des soignées de cette exigence d'observance.

1. Emergence et caractérisation du DG : du normal au pathologique

Pour les professionnelles de maternité, la notion de risque se fonde sur une vision rationnelle et pragmatique, imprégnée de l'épidémiologie (Carricaburu 2007). Anticiper et maîtriser les différents risques identifiés au cours de la grossesse et de l'accouchement constitue une partie centrale de leur exercice. Pour autant, Béatrice Jacques et Danièle Carricaburu ont toutes deux montré que ce socle commun n'évite pas deux approches divergentes de coexister. Pour les unes, la grossesse est considérée comme normale *a priori* et le risque est prévisible, pour les autres la grossesse est considérée comme pathologique *a priori* et le risque peut survenir à tout moment de façon imprévue (Jacques 2007; Carricaburu 2007). Cette opposition transcende la distinction qui voudrait que les médecins soient dévoués à la pathologie et les sages-femmes à la physiologie. En effet, certaines médecins interrogées par Béatrice Jacques adoptent un point de vue du risque comme maîtrisable et à l'inverse, certaines sages-femmes adoptent le point d'une vue d'un risque toujours présent (Jacques 2007).

Que les risques soient perçus comme inévitables ou prévisibles, les effets de ce point de vue centré sur les risques justifient l'élargissement régulier des techniques de surveillance de la grossesse et de l'accouchement et nourrissent le phénomène de médicalisation de la naissance sans pour autant parvenir à définir ce qui relève du « normal » ou du « pathologique ». Béatrice Jacques met notamment l'accent sur la difficulté pour les praticiens de distinguer ce qui relève du bas risque et du risque élevé, et sur l'usage de critères irrationnels pour passer du « normal » au « pathologique » (*Ibid.*). Ainsi, la catégorie « *risque élevé* » tend à augmenter de façon importante : certains actes tels que l'accouchement par le siège étaient par exemple considérés comme normaux et sont désormais assimilés à des accouchements à haut risque (Carricaburu 2010). L'histoire du DG s'inscrit pleinement dans cette tendance. En effet, d'abord entendu

comme un trouble de la glycémie aux risques mineurs, il est désormais perçu comme une pathologie à risques importants.

1.1 Caractérisation et pathologisation d'un trouble biologique

Un des effets de la tentative toujours plus poussée de rationalisation et de prévention des risques en obstétrique est l'usage des recommandations pour la pratique clinique (RPC) dans les prises de décisions médicales et dans la définition de ce qui est à risque ou non. Ces recommandations émanent d'un dispositif, au sens foucaldien du terme, caractéristique de la médecine moderne : la Médecine des Preuves ou Evidence Base Medicine en anglais (EBM). Celle-ci émerge au Canada dans les années 1980 et est fondée sur une technique de collecte des données particulière, l'essai clinique randomisé en double aveugle³⁷. L'essor de ses essais a eu pour objectif de redorer le blason de la médecine clinique en tant que science et de proposer un outil de rationalisation permettant aux praticien·nes de prendre des décisions médicales objectives (Marks 1999). David Sackett et ses collègues définissent la médecine fondée sur les preuves comme : « *l'usage consciencieux, explicite et judicieux des données actuelles les plus probantes dans la prise de décision sur le soin des patients individuels* » (Sackett et al. 1996 : 71). Les pratiques de soins sont alors encadrées par l'élaboration des RPC issues de l'EBM. C'est sur ce principe que certaines sociétés savantes nationales ont recommandé une césarienne systématique dans les cas de fœtus se présentant par le siège alors que l'essai clinique randomisé à l'origine de cette recommandation présentait de nombreux biais. Les biais sont inévitables mais ils sont éludés ce qui participe d'un effet de fiabilité absolue conférée à ce type d'étude (Élie Azria 2013). Cependant, si la mobilisation de l'EBM obtient un franc succès en termes de légitimation des pratiques, en périnatalité comme dans les autres domaines de la médecine, pour Patrick Castel et Magali Robelet, cela ne prive pas les services de soins et les soignant·es de jouir d'une certaine autonomie (Castel et Robelet 2009). Ainsi, l'accouchement par le siège continue d'être réalisé par voie basse dans certaines maternités telle que la maternité du Coudray et pas dans d'autres telle que la maternité Lachapelle. Nous retrouvons également une application différente des recommandations nationales concernant les modalités de dépistage du DG, sur mes deux terrains (voir paragraphe suivant).

En outre, en dépit de ces tentatives d'encadrement des pratiques de soins par la science, et malgré le caractère irrefragable véhiculé par l'EBM, l'incertitude médicale n'a pas pour autant disparue et la caractérisation d'une pathologie et des risques associés tel que le DG demeure un

³⁷ Les essais cliniques randomisés sont des études à grande échelle dans lesquels les participant·es à l'étude sont réparti·es de manière aléatoire (randomisation) parmi les groupes correspondants à chaque approche thérapeutique testée.

exercice périlleux. En effet, celle-ci n'a pas toujours fait l'objet d'une définition univoque et les choix qui sont faits en France et dans le monde par les différentes sociétés savantes en matière de dépistage et de prise en charge de la maladie, sont encore sujets à débats et controverses. La maladie est décrite pour la première fois dans les années 1950 aux États-Unis, et en 1964, John B. O'Sullivan met au point les premiers critères de diagnostic (Knopp 2002). Le dépistage massif se déploie dans les années 1980 aux États-Unis sur la base de ces critères et va être utilisé internationalement pendant plusieurs décennies. Les recherches du côté des sciences biomédicales témoignent d'une focalisation sur la pathologie du DG directement liée à la constitution du DT2³⁸ comme épidémie mondiale et comme problème de santé publique majeur (Braud, 2017). En effet, le fait de développer un DG est identifié comme un risque accru de développer un DT2 ultérieurement (HAS, 2014 ; OMS, 2018). La physiopathologie décrite pour le DG est similaire à celle exposée pour le DT2 : on observe une baisse de l'efficacité de l'insuline (insulino-résistance) responsable d'une élévation du taux de sucre dans le sang, à la différence que, dans le cas du DG, cette insulino-résistance est due à la sécrétion d'hormones spécifiques de la grossesse. Toutes les femmes enceintes présentent donc une baisse de l'efficacité de l'insuline, mais toutes n'ont pas pour autant un diagnostic positif de DG, selon que leur taux de glycémie reste dans le sang dans les normes fixées par la communauté médicale.

Dans la logique médicale, fixer un seuil au-delà duquel le diagnostic est considéré comme positif, repose sur l'enjeu de définir un taux de glycémie au-delà duquel des complications perçues comme délétères pour la santé apparaissent. Lors de la quatrième conférence internationale sur le DG qui a eu lieu en 1998, les participant·es ont noté que « ... *bien que... certains progrès aient été réalisés vers l'établissement d'un consensus, il reste un besoin impérieux de développer des critères de diagnostic du DG qui soient basés sur les relations spécifiques entre l'hyperglycémie et le risque d'issue défavorable* » (Metzger et Coustan 1998). L'objectif est donc d'agir en amont de ces « *issues défavorables* », enjeu d'autant plus complexe dans le cas d'une maladie ne donnant que très peu symptômes tel que le DG. Or, dans le cas du DG, les chercheurs peinent à définir un seuil au-delà duquel il y aurait une augmentation franche des complications maternelles et fœtales car il s'agirait plutôt d'un continuum (Metzger et al. 2008) ; le seuil diagnostique fait donc l'objet de débats scientifiques encore non résolus aujourd'hui. A tel point que le Collège des Gynécologues Obstétriciens de France, conclut, dans ses premières (et dernières) RPC que « *le choix de seuils glycémiques*

³⁸ On distingue deux types majoritaires de diabète chronique. Le diabète de type 1 est dû à un déficit inné en insuline, hormone régulatrice de la glycémie ; le diabète de type 2 est la conséquence d'une résistance à l'insuline acquise au cours de la vie et représente 90 % des cas de diabète en France (Santé publique France 2021).

pour définir le DG est donc arbitraire » (CNGOF 2010) : 677) (voir infra sur les choix en matière de dépistage).

L'ensemble de ces débats, qui traverse le monde médical et guident les politiques publiques, donne à voir l'ambiguïté de la frontière entre le « normal » et le « pathologique » (Canguilhem 1966) et le caractère aléatoire des risques définis pour la mère et l'enfant. Le DG ne présente pas de risque immédiat pour la personne qui en est atteinte ; l'enjeu des décisions médicales en matière de dépistage et de suivi de la maladie repose donc sur la prévention de complications, elles-mêmes définies par la science médicale. Nous l'avons vu, bien que celle-ci soit timidement remise en question ces dernières années, la vision centrée sur les risques de la grossesse et de l'accouchement est largement partagée par les pouvoirs publics, les professionnelles et les femmes enceintes, justifiant la forte médicalisation de cet événement (Manai, Burton-Jeangros et Elger 2010). Cependant, la notion de risque est à la fois polysémique et a fait l'objet d'analyses sociologiques disparates selon les cadres théoriques mobilisés (Bourdin 2003). On rejoint ici les analyses d'Ulrich Beck faisant du risque un paradigme caractéristique des sociétés modernes qui se révèle en particulier dans la place décisive que tient la science, comme outil de définition, de mesure et de gestion de ces risques, presque a posteriori de ceux-ci, sous la forme d'une « réflexivité ». Ainsi, la science se retrouve face à ses limites et à ses contradictions cherchant à résoudre les problèmes qu'elle définit (Beck 1986 : 341). Néanmoins, dans une approche plus constructiviste, il s'agit de comprendre le risque comme situé dans un contexte historique et politique donné, voir « fabriqué » par celui-ci (Gilbert 2003). Deborah Lupton définit le risque comme sans cesse redéfini au sein de relations sociales particulières : « *Un risque [...] n'est pas un phénomène statique ni objectif, mais est en permanence construit et négocié dans le cadre du réseau d'interactions sociales et de la production de sens* » (Lupton 1999) : 29, citée et traduit par Edmée Ballif (Ballif, 2014 :118). Nous avons vu par exemple, concernant l'accouchement, comment le risque perçu pour un accouchement à domicile s'est résolument transformé, devenant majeur alors qu'il était perçu comme minime jusqu'à la fin du 19^{ème} siècle, tandis que les risques tangibles en termes de mortalité ne permettent pas d'expliquer ce basculement (voir supra). Autrement dit un risque n'est jamais donné pour vrai en soi mais inséré dans un contexte social, culturel, politique.

Concernant le DG, les risques énoncés pour la mère et le fœtus ou le nouveau-né, font l'objet de discussions scientifiques dans l'analyse de leur gravité et de leur impact sur la santé dans une logique de trouver le bon équilibre entre les bénéfices et les coûts (risques sanitaire, coûts matériels, coûts humains) d'une prise en charge active de la maladie. Les auteurs s'accordent par exemple sur une augmentation des risques d'hypertension artérielle et de césarienne pour

la mère en cas de DG (CNGOF 2010), mais ceux-ci sont corrélés linéairement au taux de glycémie, il est donc difficile d'établir un seuil décisif, au-delà duquel il est avantageux d'intervenir. L'augmentation du nombre de césarienne en cas de DG est également démontrée mais cela est lié à l'élévation des décisions de déclenchements de l'accouchement (voir infra et chapitre 5 sur ce point), et non à la pathologie elle-même. A plus long terme dans la vie des femmes concernées (plusieurs années après la grossesse), le risque de DT2 fait, lui, consensus avec un pourcentage de 30% des femmes qui seront concernées. Cependant, sur mes terrains, ce sont principalement les diabétologues qui mentionnent ce risque auprès des femmes, les soignantes de maternité étant principalement focalisées sur le temps de la grossesse et l'arrivée du nouveau-né (voir chapitre 3), ce qui n'empêchent pas les femmes, elles, de prendre ce risque au sérieux.

Pour ce qui est des risques concernant le fœtus, ceux-ci sont moins consensuels. Les complications décrites sont distinguées par les auteurs selon deux formes possibles de DG : un diabète diagnostiqué précocement durant la grossesse (1^{er} trimestre) avec un taux élevé de glycémie qui signalerait la présence d'un DT2 antérieur à la grossesse et un diabète diagnostiqué plus tard dans la grossesse (entre le 4^{ème} et le 5^{ème} mois) et qui témoigne d'une pathologie spécifique de cette période (Galtier 2010; Mitanchez 2010). Or, les complications pour le fœtus ou le nouveau-né dépendraient de la forme de diabète à laquelle est exposée sa mère. Le Collège des Gynécologues Obstétriciens de France rappelle ainsi que « *les complications périnatales (pour le fœtus et le nouveau-né) liées spécifiquement au DG sont rares, mais elles sont augmentées en cas de DT2 méconnu* » (CNGOF 2010) : 674).

La principale conséquence du DG sur le fœtus décrite dans la littérature et énoncée par les professionnelles, est la macrosomie fœtale, c'est à dire un poids estimé supérieur à quatre kilos ou quatre kilos cinq cent à la naissance selon les études (Mitanchez 2010). Toutefois, les conséquences de cette macrosomie sont elles-mêmes aléatoires puisque les complications à l'accouchement pouvant lui être imputées sont en réalité assez faibles en cas de DG (paralysie du plexus brachial³⁹, déchirures périnéales graves etc.) : « *les traumatismes obstétricaux et les atteintes du plexus brachial sont des évènements rares et l'augmentation du risque en cas de DG n'est pas formellement démontrée* » (CNGOF 2010) : 674). Les hypoglycémies néonatales sont également décrites et exposées par les professionnelles, mais l'ampleur de ces épisodes est très difficile à évaluer car la définition de l'hypoglycémie varie d'une étude à l'autre. Ces

³⁹ Le plexus brachial est l'ensemble des racines nerveuses issues de la moelle épinière s'insérant au niveau des cervicales. La paralysie du plexus brachial survient après une traction ou un étirement notamment lors d'un accouchement où le nouveau-né est bloqué au niveau de ses épaules dans le bassin de la parturiente et nécessite une intervention manuelle par l'accoucheuse (dystocie des épaules).

différents risques comportent des niveaux de preuve variables⁴⁰ et ne font pas consensus. Pourtant ils sont au cœur des discours des soignantes adressés aux femmes enceintes ayant un diagnostic de DG, et donnés pour vrais.

Enfin, un dernier risque concernant le fœtus est repris par une partie des professionnelles interrogées dans cette thèse. Il s'agit du risque de « mort *in utero* » du fœtus, autrement dit de son décès en raison d'une fluctuation des glycémies trop importante. Pourtant, ce risque est clairement réfuté par les recherches médicales sur lesquelles s'appuient les RPC: « *le risque d'asphyxie néonatale et de décès périnatal n'est pas augmenté dans le cadre du DG* » (*Ibid.*) : 674). Si augmentation de décès *in utero* il y a, cela est « *attribuable aux cas de diabète de type 2 méconnus* » (Mitanchez 2010). Néanmoins, cette crainte est constitutive d'un discours autour des risques du DG pour un certain nombre de soignantes qui le mentionnent auprès des femmes, notamment sous la forme d'une menace pour convaincre les moins observantes (voir cette question en détail dans le chapitre 3). Le caractère incertain, voire douteux, de l'ensemble des risques materno-foetaux décrits ci-dessus n'empêche pas que ceux-ci soient au cœur de la prise en charge, en tant que discours, en particulier pour justifier la demande d'observance adressée aux femmes concernées. En pratique, la principale conséquence énoncée et entendue par les femmes concerne le poids élevé du fœtus. Or, ceci véhicule des représentations différentes entre soignantes et soignées en termes de risques puisque pour les unes cela renvoie à un accouchement potentiellement difficile sur le plan mécanique, alors que les femmes enceintes ayant un DG ne sont non seulement pas convaincues par cet aspect mais en plus, un « bon poids » du nouveau-né leur paraît être signe de bonne santé (voir chapitre 5). Les risques du DG sont donc revisités dans les interactions entre soignantes et soignées, à l'image d'autres sujets traversants la grossesse et l'accouchement tel que le dépistage prénatal (Champenois-Rousseau 2010) ou la péridurale (Quagliariello et Topçu 2021).

Deux sages-femmes interrogées pour cette thèse ont également mis à jour une évolution de la médicalisation du DG et de sa prise en charge au cours de leur carrière, témoignant des ajustements locaux mais aussi des évolutions dans le temps en termes d'extension des risques.

Isabelle Blanc, cinquante-deux ans, blanche, est sage-femme depuis vingt-cinq ans et exerce aux explorations fonctionnelles de la maternité Lachapelle depuis 9 ans. Elle me relate les évolutions qu'elle a perçues dans la prise en charge du DG, au cours de sa carrière :

« Et d'ailleurs je vais te dire moi, au tout début où j'étais sage-femme, on parlait pas de diabète sous régime, on parlait d'intolérance au glucose. Donc on disait à la patiente : « si vous mangez

⁴⁰ La HAS définit une méthodologie fondée sur 3 niveaux ou grades (A, B, C) afin de définir le niveau de preuve scientifique défini par la littérature prise en compte sur un sujet donné (Vayssière et Grandjean 2010). Dans le DG, aucun des risques décrits ci-dessus n'a un niveau de preuve à 1 (= grade A).

trop de glucose, enfin, trop de sucre, ça use votre pancréas, donc il faut que vous allégiez à tout prix... », On les envoyait chez la diététicienne et basta hein ! On parlait que ça pouvait faire un gros bébé mais s'il était eutrophe⁴¹ à l'écho T3 [échographie du 3^{ème} trimestre], on les laissait tranquilles. Elles avaient vu la diététicienne, le bébé était eutrophe. Et après on a dû dire : « Ah bah non on parle plus d'intolérance », on a changé la sémantique, mais du coup tu vois ça fait plus peur je pense. Maintenant on parle d'un diabète gestationnel sous régime. Et là on les a pris vraiment comme celles sous insuline, qui arrivent pas à réguler. [...] Y avait peut-être une écho[-graphie] supplémentaire à 35 [semaines d'aménorrhée = 7 mois et demi de grossesse] mais point à la ligne. Si le bébé était pas gros, on les embêtait pas. Pour elles à mon avis ça faisait pas « grossesse pathologique », « à risque » »

Entretien avec Isabelle Blanc, sage-femme, blanche, 25 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Sophie Marsac, sage-femme blanche de 38 ans, exerce dans la maternité du Coudray depuis sept ans. Celle-ci m'explique que la prise en charge était nettement moins lourde dans la maternité où elle exerçait auparavant.

« Moi, c'est vrai qu'avant où je travaillais, les diabètes gesta[-tionnels] sans insuline, ne se piquaient pas le doigt. Les diabètes sous régime, jamais de la vie on leur prescrivait un appareil à dextros ! Ça c'était que pour celles sous insuline. On faisait une glycémie à jeun et post-prandiale, une fois par mois et c'est tout ! On ne faisait que ça comme surveillance et donc c'est beaucoup moins contraignant. C'est vrai que moi, quand je suis arrivée ici [à la maternité du Coudray], on m'a dit : “ Les diabètes gesta[-tionnels], elles vont se piquer tous quatre fois par jour “. Je dis : “ Ben punaise, ça ne rigole pas, hein. C'est devenu hyper grave le diabète gestationnel !! “ [Rires]

Entretien avec Sophie Marsac, sage-femme, blanche, 12 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Ces deux extraits éclairent précisément les enjeux de médicalisation et de pathologisation du DG . Ils témoignent d'un élargissement de la zone considérée comme à risque en englobant les diabètes traités par régime alimentaire avec ceux traités par insuline ce qui a pour effet une surveillance intensifiée pour des femmes qui étaient auparavant perçues comme peu à risque⁴². L'histoire de la caractérisation du DG et de sa pathologisation progressive illustrent parfaitement cette logique de surveillance de la vie à laquelle les femmes enceintes doivent non seulement se soumettre mais prendre une part active. Cette pathologisation du DG se traduit également par une intensification de son dépistage ces dix dernières années.

⁴¹ Un fœtus eutrophe désigne un fœtus dont le poids est normal pour le terme de la grossesse ce qui est évalué à l'aide de courbes de poids exprimées en percentiles.

⁴² Les RPC de 2010 étant les premières, nous n'avons pas retrouvé de traces d'une telle évolution. Néanmoins ces deux témoignages de deux sages-femmes aux carrières différentes tant dans leurs lieux d'exercice et que dans les périodes, apportent des éléments tangibles quant à ce type d'évolution.

1.2 Un dépistage intensif

Dans la plupart des maternités françaises et dans les deux que j'ai étudiées, le dépistage du DG est réalisé en deux temps : une prise de sang en début de grossesse qui mesure la glycémie à jeun (et parfois également en « *post-prandial* », c'est-à-dire après le repas); puis un autre bilan sanguin, réalisé entre le cinquième et sixième mois de grossesse, qui mesure la glycémie à jeun et après ingestion de 75 grammes de sucre sous la forme d'un liquide sirupeux. La glycémie est mesurée avant, une heure après et deux heures après la prise de sucre. Ce test, également appelé « *hyperglycémie provoquée par voie orale* » (HGPO), ou test OMS, définit pour chaque mesure de glycémie des seuils au-delà desquels le diagnostic de DG est posé (une seule valeur supérieure au seuil parmi les trois suffit à poser le diagnostic). Ces modalités de dépistage sont quelque peu différentes de celles établies par John B. O'Sullivan qui préconisaient l'ingestion de 50 grammes de glucose avec une mesure de glycémie avant et une heure après et sont calquées sur les tests utilisés chez des personnes non-enceintes qui ont été préconisées pour les femmes enceintes à l'issue de la 3^{ème} conférence sur le DG (Metzger 1991). Dans une volonté d'harmonisation des pratiques au niveau international à partir des années 2000, ces modalités se sont diffusées de manière variable dans le monde (Coustan et al. 2010; Yuen et Wong 2015).

Auparavant, les travaux scientifiques, du fait de leur hétérogénéité, ne suffisaient pas réduire le degré d'incertitude sur la meilleure manière d'effectuer le dépistage, en particulier dans la détermination de ces seuils. De sorte qu'en 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS) concluait : « *les données de la littérature scientifique ne permettent pas de conclure à propos des meilleures stratégies de dépistage et de diagnostic du diabète gestationnel, ni à propos de leurs modalités de réalisation. L'ampleur des controverses et des incertitudes conduit à ne pas faire de recommandations dans l'attente d'études complémentaires* » (HAS 2005 : 11). La réalisation d'une étude internationale va en partie modifier la donne en produisant des données à grande échelle, sur lesquelles les médecins français se sont appuyés pour établir les premières RPC sur le DG. Ainsi, l'étude HAPO (The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome) est menée en 2008 auprès de 25000 femmes enceintes, non diabétiques, dans neuf pays et permet à l'IADPSG (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Group) d'établir de nouveaux seuils pour le dépistage, revus à la baisse (Coustan et al. 2010). Même si, rappelons-le, ces seuils restent arbitraires dans la mesure où cette étude a également montré le continuum entre taux de glycémie et complications maternelles et fœtales, ceux-ci ont été publiés en 2010, adoptés en 2013 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), puis en 2014 par l'American Diabetes Association (ADA). Or, l'abaissement de ces seuils a eu pour conséquence d'augmenter considérablement la prévalence du DG (Wery et al. 2014). Dans les deux

structures étudiées pour cette thèse, les modalités de dépistage et les nouveaux seuils issus de l'enquête HAPO, repris dans les RPC nationales (CNGOF 2010) ont été adoptés. Cependant, étant donné leur caractère arbitraire, ces valeurs continuent de faire débat et en 2015 l'association anglaise NICE (National Institute for Health and Care Excellence) a établi d'autres seuils, plus élevés cette fois-ci (NICE 2015).

Une autre question concernant la manière de procéder au dépistage du diabète gestationnel et ayant des effets sur le nombre de femmes enceintes diagnostiquées diabétiques, traverse la communauté médicale : il s'agit du caractère « ciblé » ou « universel » du dépistage. Dans le premier cas, il s'agit de ne dépister que les femmes pour lesquelles un facteur de risque a été identifié et dans le second, les femmes sont dépistées de manière systématique. Les normes internationales vont dans le sens d'un dépistage universel alors que les recommandations du CNGOF préconisent un dépistage sur facteurs de risque : *« les bénéfices d'un dépistage du DG et de la prise en charge qui en résulte n'ont été mis en évidence que chez les patientes présentant des facteurs de risque de DG (âge élevé, IMC élevé, antécédent de DG ou de macrosomie et antécédent de diabète chez un apparenté au 1er degré). Leur intérêt chez les patientes ne présentant aucun facteur de risque reste controversé »* (Hiéronimus et Le Meaux 2010). Or, sur mes deux terrains c'est un dépistage systématique qui est mis en place. Ceci témoigne à nouveau des ajustements locaux possibles qui ici, en s'appuyant sur des arguments médicaux, révèlent un ciblage non-dit de certains groupes sociaux.

1.3 Dépister tout le monde pour cibler certains groupes sociaux

Les deux maternités étudiées dans cette thèse ne pratiquent pas un dépistage ciblé du DG sur facteur de risque mais un dépistage systématique i.e. de toutes les femmes enceintes. Le protocole de soin auquel les professionnelles (sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes) sont supposées se référer dans la maternité du Val-de-Marne (du Coudray) mentionne pourtant un dépistage ciblé tout du moins pour la glycémie en début de grossesse (voir annexe 8) mais en pratique les soignantes dépistent toutes les femmes enceintes dès le début de grossesse. Dans la maternité parisienne (Lachapelle) le dépistage systématique est intégré au protocole dès le début de grossesse et émane d'une décision du chef de service d'endocrinologie de l'hôpital Rabelais, le professeur Joseph, qui juge que trop de femmes enceintes ayant un DG échapperaient au diagnostic s'il n'était pas pratiqué de manière systématique (autrement dit un certain nombre de femmes enceintes diagnostiquées n'auraient aucun facteur de risque) (voir annexe 9). Ceci est accepté sans difficulté par les soignantes de la maternité Lachapelle car le suivi des femmes concernées est entièrement délégué à son service. Dans la logique de ce

diabétologue à la longue carrière parisienne dans le domaine et reconnu par ses pairs, il s'agit avant tout de dépister des prémices de DT2 à long terme pour ces femmes. Lors des « *ateliers diabète* » collectifs (voir infra pour la description détaillée du suivi des femmes ayant un diagnostic de DG dans les deux maternités), il décrit le diagnostic de DG comme une occasion intéressante pour la santé future des femmes.

Le professeur Joseph, homme blanc d'environ 70 ans et chef du service d'endocrinologie de l'hôpital Rabelais, s'adresse aux quatre femmes enceintes présentes pour l'atelier diabète : « une femme sur trois aura du diabète plus tard donc c'est une chance de le savoir »

Journal de terrain, Atelier diabète, Hôpital Rabelais, 28/06/16

Le DG est en effet décrit dans la littérature médicale comme étant un facteur de risque d'apparition d'un DT2 dans les vingt-cinq années suivant la grossesse et également associé à un surrisque de maladies cardiovasculaires (Vérier-Mine 2010b). Le suivi médical préconisé (avec glycémie de contrôle une fois par an) dans les années qui suivent la naissance apparaît comme primordial et les études médicales montrent que celui-ci est très peu réalisé par les femmes concernées (Janin, Fontanie et Ducloux 2014; Regnault et al. 2019). Le professeur Joseph analyse ceci en faisant référence au rapport que les femmes entretiendraient avec leur santé durant leur grossesse, ce qui les rendraient sensibles aux préconisations qu'elles délaisseraient par la suite.

« C'est mon côté misogyne mais pendant la grossesse ça va et une fois qu'elles ont pondu leur lardon elles font plus rien »

Entretien avec le Professeur Joseph, environ 70 ans, blanc, Diabétologue, Hôpital Rabelais, 09/02/2018

Dans ce discours employant des formulations sciemment familières et dépréciatives, le professeur Joseph entend renvoyer les femmes à leur nature inconséquente et irresponsable. Une fois prises par leurs préoccupations de mères et délestées du regard médical présent tout au long de la grossesse, celles-ci délaisseraient leur propre santé. Cette approche réductrice ne rend pas compte des inégalités de genre (parentales et domestiques) qui pèsent sur les femmes dans les couples hétérosexuels et se majorent après la naissance d'un enfant, ceci « *sans que l'assignation des femmes aux tâches ménagères et au maternage [ne] soit remise en cause* » par les soignantes de maternité (Boulet 2020 : 426). Or, pour le professeur Joseph, cet argument justifie un dépistage systématique qui implique une surveillance accrue des femmes en tant que groupe social. En effet les femmes peuvent être considérées ici comme un groupe social en soi puisqu'elles sont ciblées par ce dépistage d'après des caractéristiques perçues comme typiquement féminines ce qui s'inscrit dans un rapport de pouvoir (Young 2008). Ce rapport

social de genre se jouant dans les choix de dépistage du DG s'articule avec d'autres rapports sociaux fondés sur la race, la classe, l'âge ou la corpulence perçues des femmes. Lors d'un staff avec l'équipe de maternité, le professeur Joseph va un peu plus loin et explique que le dépistage systématique du DG lui semble pertinent du fait de facteurs de risque fréquents parmi les femmes suivies à la maternité Lachapelle.

Durant un staff donné à la maternité Lachapelle le professeur Joseph justifie le dépistage systématique du DG auprès de l'équipe en leur précisant tout d'abord que 30% des femmes sans facteur de risque ont malgré tout un diagnostic de DG. Il ajoute ensuite : « elles ont toutes au moins un facteur de risque, vu la population que vous avez ».

Journal de terrain, Salle de staff de la Maternité Lachapelle, 22/02/2018

Le diabétologue ne précise pas ici ce qu'il entend par « *population* » ni quels en seraient les attributs qui justifieraient un dépistage systématique du DG. Amandine Fallen, gynécologue-obstétricienne dans la maternité Lachapelle apporte quelques précisions.

Amandine Fallen : A Lachapelle, c'était les diabétologues qui avaient vraiment insisté là-dessus, qu'on le fasse parce que les recommandations du collègue, c'est de faire le dépistage entre 24 et 28 semaines. Sur facteur de risque. Et de faire un dépistage, au premier trimestre, quand il y a des antécédents de diabète et quand il y a aussi des gros facteurs de risque. Donc nous, on a pris le parti de le faire chez tout le monde, premier trimestre et deuxième trimestre. [...] **Aurélié** : Ça, c'est les diabéto qui avaient insisté là-dessus ?

Amandine Fallen : Ouais, ouais, ouais. Et ils continuent d'insister là-dessus.

Aurélié : Par rapport à quoi eux, c'est quoi leurs arguments ?

Amandine Fallen : Bah, c'est une question de population, je pense. Ils avaient regardé par rapport aux taux de diabète gesta'. Sur l'âge, sur les antécédents de diabète, sur des trucs comme ça. [...] Et puis, au moins, on ne passe pas entre les mailles du filet.

Entretien avec Amandine Fallen, 37 ans, gynécologue-obstétricienne, blanche, 7 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

En employant ici aussi le terme de « *population* », cette gynécologue-obstétricienne, plaide également en faveur d'un dépistage systématique du DG, sur avis des diabétologues de l'hôpital Rabelais. Autrement dit, d'après les chiffres mobilisés par les diabétologues, les femmes suivies à la maternité Lachapelle auraient de nombreux facteurs de risque correspondant à ceux énoncés dans les RPC. Cependant, ce terme de « *population* » renvoie également, sans le dire ouvertement, à des caractéristiques sociales et en particulier à l'ethnicité des femmes enceintes.

Vanessa Vijay, gynécologue-obstétricienne à la maternité Lachapelle a réalisé sa thèse de médecine sur le DG en 2014 et s'est justement intéressée à la conformité des pratiques de dépistage aux recommandations dans les 34 maternités d'un département français. Celle-ci apporte un éclairage supplémentaire sur les arguments quant à un dépistage systématique mis en place à Lachapelle.

Aurélie : J'ai remarqué qu'il y en a beaucoup [des maternités] qui font du systématique.

Vanessa Vijay : Moi, je pense aussi que c'est parce que c'est le bassin parisien donc la population n'est pas la même, et du coup, peut-être qu'en fait, il y en a qui le font à titre systématique.

Entretien avec Vanessa Vijay, 32 ans, gynécologue-obstétricienne, indienne, 2 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Pour cette professionnelle, dont la thèse a été réalisée dans un département hors Île-de-France, c'est la population spécifique de la région parisienne qui expliquerait le dépistage systématique retrouvée dans les deux maternités étudiées. Ceci fait probablement référence à la proportion de femmes en situation de précarité socio-économique et/ou en situation de migration. Lorsque je l'interroge sur la prise en compte de « *l'origine ethnique* » dans le dépistage, il apparaît que cela peut constituer un argument pour justifier du dépistage systématique.

Vanessa Vijay : Et après, je crois que les grandes études, ils n'avaient pas montré trop de différences significatives en fonction des ethnies. Donc, ce n'était pas retrouvé majoritairement, mais c'est vrai que d'un point de vue pratique, tu as l'impression qu'il y en a plus...

Un peu plus tard au cours de l'entretien :

Vanessa Vijay : Ben moi, je suis les recommandations.

Aurélie : Donc toi, tu fais du ciblé, du coup ?

Vanessa Vijay : Je fais du ciblé. Je fais du ciblé... et après [silence]... ouais, je fais essentiellement du ciblé.

Aurélie : Donc les facteurs de risque, surpoids...

Vanessa Vijay : Surpoids, Age, antécédent personnel, antécédent familial de premier degré. Et puis antécédent d'enfant macrosome ou... Donc ouais. Donc, du coup, et sinon, je ne le fais pas.

Aurélie : Et sinon, tu ne le fais pas ?

Vanessa Vijay : Ouais.

Aurélie : Et que tu ne fais pas, par contre, selon l'origine ethnique ?

Vanessa Vijay : Non, pas forcément, je ne le fais pas selon l'origine ethnique, du coup. Donc après, tu le retrouves assez facilement, hein ! Parce que, en fonction de l'origine ethnique, soit elles ont un antécédent perso[-nnel], soit en fait, elles ont un antécédent familial, tu vois, par exemple. Ou, par exemple, quand elles disent : « Ben, je ne sais pas si mon père ou ma mère sont diabétiques », ou des trucs comme ça, bon ben, tu le fais. Tu vois, tu te dis...

Aurélie : Parce que tu n'as pas l'info[-rmation] ?

Vanessa Vijay : Parce que tu n'as pas l'info ou sinon elles sont légèrement en surpoids. Et tu as beaucoup une population qui a plus de 35 ans, ici. Donc, en fait, ça t'arrive assez vite et je prescris une glycémie à jeun ou un [test par HGPO]...

Entretien avec Vanessa Vijay, 32 ans, gynécologue-obstétricienne, indienne, 2 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Enfin, alors même que cette professionnelle (contrairement au protocole institué par le Professeur Joseph et son équipe de diabétologie) déclare faire un dépistage du DG « *ciblé* », c'est-à-dire seulement en présence d'un ou plusieurs facteurs de risque ; elle prend malgré tout le critère de « *l'origine ethnique* » en compte alors que celui-ci ne fait pas partie des facteurs de risques énoncés dans les RPC (CNGOF 2010). Ne pas prendre en compte ce critère paraît

impensable et on perçoit la volonté de cette gynécologue-obstétricienne de faire entrer à tout prix des femmes qu'elle analyse, selon son expérience, comme à risque de DG.

Dans la maternité du Coudray, on retrouve également des discours justifiant un dépistage systématique sur des arguments qui reposent sur la perception qu'elles ont de la « *population* » suivie dans le service. Ceci est en revanche beaucoup plus prégnant que dans la maternité Lachapelle au point que les sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes mettent en place un dépistage systématique, pour cette raison, malgré un protocole de service préconisant l'inverse. Cette différence s'explique probablement par le fait que les soignantes de Lachapelle ont moins l'occasion de se questionner quant à cette modalité de dépistage étant donné qu'elle a été décidée par un service extérieur. Il n'en demeure pas moins que lorsque le sujet est abordé, avec Vanessa Vijay par exemple, l'ethnicité revient dans les critères pouvant justifier cet élargissement du dépistage. Pour les soignantes de la maternité du Coudray, les arguments mentionnés pour procéder au dépistage systématique sont liés essentiellement à leurs perceptions quant à la corpulence des femmes et à leur ethnicité.

« On a quand même une population qui est en surpoids, la plupart du temps, c'est... Enfin, honnêtement, moi, je trouve que ce n'est pas plus mal de le faire en systématique ».

Entretien avec Sophie Marsac, sage-femme, blanche, 12 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Le facteur de « *l'origine ethnique* » est également énoncé, comme un facteur parmi d'autres, motivant leur choix de dépister toutes les femmes enceintes.

Marion Brun : Parce qu'il faut [pour ne pas les dépister] qu'elles aient un BMI inférieur 25, il faut qu'elles n'aient pas d'antécédent familial, qu'elles ne soient pas d'origine magrébine ou africaine, que... Donc, rien qu'avec ça déjà, quasiment tout le monde rentre dans les critères. Elles ont toutes 26 de BMI... voilà.

Aurélié : D'accord. Et l'origine ethnique, tu le mets dans les facteurs de risques aussi ?

Marion Brun : Bah, normalement, ça y est [dans les facteurs de risques énoncés dans les RPC]. Après, non, mais ça arrive qu'il y ait des Magrébines toutes fines qui ont déjà eu deux grossesses normales avec des enfants eutrophes. Et là, je ne fais pas. Mais, globalement, je le fais à peu près à tout le monde.

Entretien avec Marion Brun, gynécologue-obstétricienne, 6 mois d'expérience, Maternité du Coudray

C'est donc l'accumulation des facteurs de risque tel que le surpoids ou l'ethnicité, perçue comme très fréquente chez les femmes suivies à la maternité, qui justifie le dépistage systématique. Bien que « *l'origine ethnique* » prête à confusion parmi les soignantes quant à sa prise en compte dans les RPC comme facteur de risque de DG, ce critère est mobilisé au nom de leur expérience.

Louise Bouquet : Ah oui. Oui, oui, ça, c'est sûr parce que les facteurs de risques, c'est BMI supérieur à 25. Elles sont quasiment toutes dedans. Euh voilà, tu as l'antécédent familial de diabète. Bon, quand tu creuses un peu, il y en a quand même pas mal qui ont les parents qui ont fait un diabète. Donc, ouais, on les colle pratiquement toutes. Et puis, je crois qu'il y a aussi l'origine géographique, non ? Je ne sais plus. Non, non, ça, non. Ça non, c'est antécédent personnel... [...]

Aurélié : Oui, justement l'origine géographique toi, tu le mettrais dedans ? [...]

Louise Bouquet : Ouais, des îles, africaines, tout ça, les maghrébines, plus que l'asiatique [...] Il y a souvent moins de diabète chez les asiatiques. [...]

Aurélié : Et c'est d'après ton expérience personnelle ou c'est ce que tu as appris ?

Louise Bouquet : C'est ce que j'ai appris plutôt parce que... Mon expérience professionnelle, je n'aurais pas de recul pour le dire. Non, c'est plutôt ce que j'ai appris.

Aurélié : Que le diabète est plus fréquent pour telle population etc. ?

Louise Bouquet : Ouais, c'est ça. Ouais, c'est ça, c'est ça. [...] Je pense que ça se vérifie, ouais, dans la pratique. Après, je le perçois juste comme ça, enfin, c'est une intuition, quoi, ce n'est pas...

Entretien avec Louise Bouquet, Sage-femme, blanche, 6 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Tout en disant que ce lien entre DG et « *origine ethnique* » est issu d'un savoir acquis lors de sa formation professionnelle, cette sage-femme en parle comme d'une intuition qui se « *vérifie dans [s]a pratique* ». Cette idée s'appuie donc sur des représentations plutôt que sur un savoir théorique.

Or, comme vu plus haut et comme le reprennent les sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes interrogées, les RPC recommandent un dépistage ciblé sur les facteurs de risque suivants : un surpoids, un diabète présent chez un membre de la famille au 1^{er} degré, un antécédent de DG, un antécédent de bébé macrosome ou un âge supérieur à 35 ans. Néanmoins « *l'origine ethnique* » est malgré tout mentionnée comme un facteur influençant l'apparition du DG mais le niveau de preuve apportées par les études n'est pas assez puissant pour qu'il soit retenu dans les recommandations (*Ibid.*).

En effet, sans prétendre à une recherche bibliographique exhaustive sur le sujet, j'ai pu malgré tout relever que les recherches médicales internationales et françaises parvenaient avec difficultés à tirer des conclusions que ce soit sur le lien entre « *origine ethnique* » et DG ou le bénéfice d'un dépistage sur ce critère. Cependant, cette question semble faire l'objet d'un intérêt scientifique toujours d'actualité comme en témoignent plusieurs enquêtes récentes dans différents pays (Jaffe et al. 2020; Rademaker et al. 2020). Ces études partent du constat d'une prévalence plus élevée de DG pour certains « *groupes ethniques* » / « *ethnies* » pour reprendre les termes employés dans les publications aux Etats-Unis (Chu et al. 2009; Yuen et Wong 2015). Cependant, les mécanismes expliquant cette surexposition ne sont pas établis. Bien que des différences soient observées entre personnes ayant immigré et personnes appartenant au même « *groupe ethnique* » mais nées sur le territoire (*Ibid.*) et selon la durée d'installation dans le pays d'immigration (Shah et al. 2022), la lecture génétique est toujours d'actualité (Yuen,

Wong et Simmons 2018). Une analyse en termes de « *compliance* » est amenée dans ces travaux et montrent que les patientes se présentant moins aux rendez-vous de suivi du DG sont plus souvent « *non-caucasiennes* », ce qui implique, selon les auteur·ices, qu'elles auraient besoin de davantage de ressources institutionnelles (temps de consultation, moyens humains) afin de les faire adhérer aux recommandations (Wong et al. 2013). L'explication en termes d'inadaptation culturelle, en particulier sur le plan alimentaire est également proposée comme en témoigne l'extrait suivant : « *D'autre part, certaines femmes du Moyen-Orient prennent généralement un repas copieux dans l'après-midi et des repas relativement plus légers au petit-déjeuner et au dîner. Elles ont également tendance à retarder le petit-déjeuner jusqu'au milieu de la matinée et à dîner très tard dans la soirée* » (Yuen et Wong 2015). Les auteur·ices concluent qu'un régime trop « *militaire* » ne peut pas fonctionner avec ce « *groupe ethnique* » et d'autres groupes sont identifiés comme ayant une alimentation inadaptée au regard de l'apport en glucides.

En France, bien que les recherches médicales soient beaucoup moins nombreuses que dans les pays anglophones où les statistiques ethniques sont possibles⁴³, celle-ci témoignent d'un constat identique quant à une prévalence plus élevée pour les femmes de certaines « *origines ethniques* » (Regnault et al. 2016), en particulier celles originaires du Maghreb, de l'Inde, du Pakistan et du Sri-Lanka (Emmanuel Cosson et al. 2014). Or, les mêmes difficultés se posent quant aux logiques expliquant cette surexposition à la maladie. Florence Galtier résume ainsi : « *les différences interethniques [dans la prévalence du DG] restent difficiles à analyser de façon spécifique, en raison de la présence de multiples facteurs de confusion (âge, obésité, hygiène de vie, niveau socio-économique...)* » (Galtier 2010).

Pour ce qui est de prendre en compte ce critère dans les modalités de dépistage, ceci n'a pas été retenu en France, ce qui est pourtant le cas au Royaume-Uni, ou cela est formellement spécifié dans les recommandations. En effet, le NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) retient parmi d'autres facteurs de risques, une « *origine ethnique familiale caractérisée par une forte prévalence de diabète* »⁴⁴ (*Ibid.*). L'enquête d'Emmanuel Cosson et ses collègues publiée en 2014 et incluant 17344 femmes enceintes testées systématiquement pour le DG, montre que les femmes originaires d'Inde, du Pakistan, du Sri-Lanka et d'Asie

⁴³ Selon le 1er Article de la Constitution de 1958, la république française se doit d'assurer « *l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion* ». La CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) qualifie de données sensibles, celles révélant « *la prétendue origine raciale ou ethnique* ». Quand l'origine est cependant recueillie, la statistique française l'identifie par la nationalité et, depuis les années 1990, le pays de naissance (Carde 2011).

⁴⁴ Les zones et pays ciblés sont les suivants : Asie du Sud (spécifiquement Inde, Pakistan ou Bangladesh), Caraïbes, Moyen-Orient (spécifiquement Arabie saoudite, Émirats arabes unis, Iraq, Jordanie, Syrie, Oman, Qatar, Kuwait, Liban ou Égypte).

échappent au diagnostic avec un dépistage sur facteur de risque alors qu'elles ont un « *mauvais pronostic même pour celles qui ne présentaient pas de facteur de risque* ». Les auteur·ices concluent que : « *ensemble, ces données suggèrent que le dépistage du DG devrait être effectué chez les femmes sans facteur de risque, quelle que soit leur origine ethnique. Toutefois, si l'on opte pour un dépistage sélectif afin de réduire le nombre de tests de tolérance au glucose par voie orale à réaliser, l'ethnicité semble être un facteur crucial à prendre en compte* » (Cosson et al. 2014 : 1004). Il semble donc que malgré les recommandations élaborées par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France, elles-mêmes fondées sur les données internationales, ne retenant pas le critère « *ethnique* » comme facteur de risque de DG, ceci est encore en discussion au sein de la communauté médicale face au constat d'une surexposition à la maladie pour les femmes de certaines origines ethniques.

Ce type d'analyse s'appuie largement sur les savoirs médicaux hérités du DT2. En effet, le lien entre « *origine ethnique/migration/pays de naissance* » (selon les études) et DT2 est un sujet de recherche prolifique initié dès les années 1940 comme en témoigne la recension de Rosane Braud (Braud 2017). Or, celle-ci démontre très finement que, dans le cas du DT2, la mobilisation d'une catégorie floue de « *migrant-étranger* » relève d'un « *récit différentialiste* » fondée sur une approche « *génético- raciale* », aboutissant à un « *ciblage des actions de lutte sur des critères racisants et ethnicisants* ». Ainsi les analyses culturalistes et ethnicisantes sont privilégiées alors que d'autres pistes, ouvertes dans des travaux récents, telle que l'exposition à la pollution de l'air ou le stress et le déclassement social comme facteurs favorisant l'insulino-résistance, sont à prendre en compte dans l'apparition du DT2 (*Ibid.*). L'autrice conclut ainsi que : « *loin de soutenir l'idée que les « immigrés-étrangers » seraient prédisposés génétiquement au diabète, ou inadaptés culturellement au mode de vie du pays d'immigration, les travaux les plus récents pointent l'influence des déterminants socio-environnementaux sur les mécanismes à l'origine de leur sur-exposition à la maladie. Ces constats appellent ainsi à une action plus structurelle que comportementale, contrairement aux choix politiques actuels développés par la santé publique française* » (Braud 2017 : 156).

Concernant le DG, on observe également, dans les travaux de recherche (voir supra) et dans les pratiques de soin, une lecture génétique et culturalisante du lien entre ethnicité et apparition ou régulation de la maladie. En effet, que ce facteur soit ou non pris en compte formellement dans le dépistage, il fait dans tous les cas l'objet d'un consensus sur son implication dans le DG et justifie une attention accrue vis-à-vis de certains groupes définis selon leur ethnicité. Ainsi, les professionnelles mentionnent à la fois des prédispositions génétiques et des habitudes culturelles autour de l'alimentation qui seraient inadaptées. Quels que soient la nationalité ou

le parcours migratoire des femmes, « *l'origine ethnique* », « *l'ethnie* » ou les catégories faisant référence à des zones géographiques floues tels que « *les africaines* », « *les asiatiques* », « *les maghrébines* », sont autant de termes employés par les soignantes de maternité faisant référence à leur altérité et s'inscrivant dans un rapport social de race, comme l'ont déjà montré un certain nombre de travaux (Nacu 2011; Racioppi 2013; Sauvegrain 2013; Prud'Homme 2016).

« Alors moi j'ai trouvé que les difficultés que j'ai vues par rapport à l'ethnie, c'est chez les asiatiques ! Qui n'arrivaient pas à changer leurs habitudes alimentaires. J'ai souvent vu des diabètes déséquilibrés chez les asiatiques. Mais très, très souvent. Et c'est là que tu t'aperçois que c'est gras la cuisine asiatique. [...] Alors le plus que j'ai, c'est quand même les maghrébines je dirais... Mais elles arrivent à changer leur alimentation. Tu vois, comme elles vivent en France et tout, elles te disent " oui je sais je mangeais trop gras. Oui y a ma mère qui m'a ramené des loukoums ou je mangeais des dattes ". Enfin tu vois, elles sont très " sucré " tu vois. Et elles ont conscience de ça. Donc elles ont toujours en plus un diabétique, soit leur père, soit leur grand-père mais je sais pas, faudrait voir les statistiques, mais les maghrébines... mais je pense que c'est génétique ou c'est la façon de manger, y a beaucoup de diabétiques. Mais elles s'adaptent parce qu'elles ont toujours quelqu'un dans leur famille qui est diabétique si tu veux donc du coup elles s'adaptent à l'alimentation [...] Que les asiatiques, elles ont beaucoup, beaucoup de mal à changer leur alimentation et tu vois en plus de ça, y a tout un truc autour de la grossesse qu'il faut manger [selon leurs croyances] [...] Et ça j'ai remarqué, les asiatiques qu'ont vraiment un diabète gestationnel elles ont vraiment du mal à l'équilibrer parce qu'elles te disent " Ah bah non j'ai baissé les quantités " mais elles changent pas leur façon de manger. C'est leur façon elles peuvent pas... »

Entretien avec Isabelle Blanc, 52 ans, sage-femme, blanche, 25 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Ces représentations culturalisantes peuvent aussi s'exprimer en creux, en mobilisant des attributs phénotypiques d'une catégorie perçue comme opposée à celle à risque de DG.

Le Professeur Joseph, homme blanc de 70 ans, s'adresse au quatre femmes enceintes présentes pour sa présentation sur le DG [...] « C'est une chance de le savoir [pour le DG], vous ne pouvez pas agir sur vos gènes mais sur l'alimentation oui, donc c'est une chance » [...] « Si vous êtes grands, blonds aux yeux bleus, minces, tant mieux pour vous »

Journal de terrain, Atelier diabète, Hôpital Rabelais, 10/11/2015

Le professeur Joseph véhicule ainsi une lecture génétique du DG opposant une figure particulièrement peu concernée par le DG représentée par la minceur et l'archétype de la personne blanche (« *blonds aux yeux bleus* ») à une figure particulièrement exposée au DG renvoyant aux personnes non-blanches et de forte corpulence. Cette lecture est particulièrement admise, au point qu'elle est véhiculée directement auprès des femmes enceintes. L'infirmier, François Aubertin, intervient au cours de « *l'atelier diabète* » pour exposer aux femmes enceintes comment se piquer au bout du doigt et utiliser le lecteur de glycémies.

L'infirmier François Aubertin, homme blanc d'environ 50 ans, demande à l'une des quatre femmes présentes et qui est noire de quelle « *origine* » elle est. Il me dit ensuite que quand il a passé son diplôme d'infirmier, en diabétologie à X [hôpital public parisien], un grand nombre

de patients étaient maghrébins, mais qu'aujourd'hui, ça a changé : « il y a beaucoup de portugais et de plus en plus d'asiatiques ».

Journal de terrain, Atelier diabète, Hôpital Rabelais, 10/11/2015

Ainsi, les catégories racisantes sont opérantes et reprises largement par les professionnelles interrogées au sujet du DG quitte à mobiliser des représentations opposées : certaines soignantes diront que les asiatiques sont peu concernées quand d'autres diront que c'est le cas, par exemple. Ce point fait l'objet d'une analyse détaillée dans le chapitre 3 portant sur le lien entre catégories racisantes et évaluation des comportements d'observance des femmes enceintes.

Par le dépistage systématique, il s'agit donc de cibler les femmes dont l'ethnicité ou la race sont appréhendées par les soignantes comme un facteur de risque de DG mais aussi de moins bonne observance. Les décisions médicales se fondent alors au-delà, ou malgré les savoirs médicaux (les RPC ne recommandent pas la prise en compte de l'ethnicité dans le dépistage du DG) et s'appuient sur les représentations sociales des soignantes. Ces représentations sont issues de leur expérience professionnelle mais elles sont également héritées d'un savoir issu de la littérature médicale sur le DT2.

Ainsi, j'ai montré le degré d'incertitude qui persiste au sein des savoirs médicaux autour du DG mais aussi la discordance qui existe entre les recommandations issues de ces savoirs et leurs mises en pratique sur le terrain, en matière de dépistage notamment. Le dépistage systématique mis en place dans les deux maternité étudiées a des effets en termes d'organisation puisque cela implique de diagnostiquer et de suivre davantage de femmes. Ainsi, dans la maternité Lachapelle, le taux de DG a été évalué à environ 10% des grossesses pour l'année 2013 (estimation du professeur Joseph), soit une femme sur dix, tandis que le calcul, par mes soins, du taux de DG dans la maternité du Coudray, rapporte 16% de femmes concernées pour l'année 2015, ce qui représente une femme sur six⁴⁵. Or, le suivi proposé dans les maternités, quelle que soit la manière dont il est réalisé, est relativement lourd et implique une organisation complexe (voir partie suivante). De sorte que l'observance est une attente forte des professionnelles à l'égard des femmes enceintes et prend la forme d'une délégation permettant de soulager leur travail ainsi que l'organisation du service.

⁴⁵ Pour rappel, la moyenne nationale étant de 10,8 % en 2016 (Blondel *et al.*, 2017).

2. L'observance des femme enceintes, une nécessité organisationnelle qui reconduit les processus de catégorisations sociales

Les deux services de maternité étudiés sont soumis aux tensions organisationnelles touchant l'hôpital public dans son ensemble, à savoir un flux de patientes important et des temps de consultation relativement courts. Ceci explique que lors du suivi de grossesse, en amont d'un éventuel suivi pour DG, les professionnelles ont pour objectif de faire adhérer les femmes enceintes aux règles institutionnelles et aux règles médicales afin de fluidifier leur travail.

2.1 Assimiler les règles de l'organisation dès le début du suivi de grossesse

Dès le début de leur suivi de grossesse, les femmes enceintes sont prises dans des enjeux institutionnels et organisationnels. En effet, celles-ci doivent assimiler à la fois les différentes étapes et lieux de leur circulation dans le service lors de leur venue en consultation (voir encadré ci-dessous) mais aussi un ensemble de règles, plus ou moins explicites, quant à leur ponctualité, la tenue de leur dossier médical etc.

Pour chaque rendez-vous de consultation de suivi de grossesse, le déroulement est similaire entre les deux services.

Encadré 1, Circulation des femmes enceintes dans les services de consultation de grossesse

Étape 1 : Enregistrement administratif dans l'hôpital. Uniquement dans la maternité Lachapelle et uniquement jusqu'au 6^{ème} mois de grossesse : passage au GAP (Gestion Administrative des Patients) avant de se rendre dans le service des consultations de la maternité. Ce guichet est dédié à l'ensemble des personnes qui viennent en consultation dans tout l'hôpital.

Étape 2 : Enregistrement administratif dans le service. Dans les deux maternités, les femmes doivent s'enregistrer administrativement avant chaque consultation auprès d'aides-soignantes qui se trouvent à un guichet à l'entrée du service : cet enregistrement permet de signaler informatiquement aux consultants (médecins ou sages-femmes) qu'elles sont arrivées et cela permet également, par la suite, de coder les actes médicaux effectués pour chacune d'entre elles⁴⁶. Dans la maternité du Coudray, ce lieu est également celui des prises de rendez-vous pour les femmes enceintes ce qui induit une affluence entraînant des retards aux consultations. Dans la maternité Lachapelle, l'attente à cette étape est moins longue d'autant que les soignantes viennent parfois chercher directement leurs patientes avant qu'elles ne soient enregistrées afin de gagner du temps⁴⁷.

Étape 3 : Mesure de la tensions artérielle, pesée et analyse d'urines. Uniquement dans la maternité du Coudray : les femmes doivent ensuite se présenter auprès d'autres aides-soignantes. Elles déposent alors leur dossier dans un chariot et attendent d'être appelées. Une fois les mesures prises, les femmes doivent

⁴⁶ Ce codage est indispensable à la facturation du service. En effet, l'instauration de la T2A ou « tarification à l'acte », en 2005 dans les établissements de soins publics, qui implique de doter les services d'un budget correspondant exactement à leur activité et non plus selon une enveloppe prévisionnelle, rend cet aspect d'autant plus important.

⁴⁷ Ces guichets sont plus proches des box de consultation que dans la maternité du Coudray où les sages-femmes et médecins ne vont jamais chercher leurs patientes à ce niveau-là, d'autant que celles-ci doivent également s'acquitter de l'étape N°3 avant la consultation.

attendre, dans la salle d'attente appropriée, que la consultante les appelle. Ainsi, lorsque les soignantes sont à la recherche d'une patiente, c'est ici qu'ils se dirigent et non vers le bureau des rendez-vous.

Etape 4 : La salle d'attente. L'étape suivante correspond à l'attente du rendez-vous dans la salle d'attente adéquate en fonction du type de consultation (suivi de grossesse, diététicienne, anesthésiste...). Les observations montrent que les femmes enceintes demandent très fréquemment où elles doivent aller exactement, où déposer leurs dossiers etc⁴⁸.

Etape 5 : Prise de sang après la consultation. Uniquement dans la maternité du Coudray : certaines femmes doivent, après leur consultation, passer au « box des infirmières » pour y effectuer une prise de sang si leur consultante l'a jugé nécessaire. Là un nouveau temps d'attente est courant, d'autant plus que ce sont l'ensemble des soignantes qui peuvent envoyer leurs patientes et que les trois postes d'infirmières prévus ne sont pas toujours pourvus.

Le ton injonctif et parfois désagréable des soignantes lors des rappels à l'ordre formulés à l'intention des patientes sur l'organisation des lieux, témoignent de l'exigence qui leur est adressée implicitement, celle d'enregistrer les règles de l'institution. Comme cette infirmière qui précise à une femme enceinte qu'elle n'attend pas au bon endroit : « *Alors asseyez-vous là. Là, c'est pour les prises de sang [ton sec]* ».

Cette attente des professionnelles vis-à-vis des patientes s'explique en partie par un contexte de rationalisation de l'activité au sein des services de maternités, à l'image de ce que l'hôpital traverse depuis une vingtaine d'année en France, des grandes réformes hospitalières (Sainsaulieu 2003) au nouveau management public (Belorgey 2010), reconfigurant profondément le travail des professionnel·les de santé. C'est le temps passé auprès des patient·es qui est particulièrement affecté (Sainsaulieu 2003 : 87), notamment en ce qui concerne la délivrance d'informations et le recueil d'un « *consentement éclairé* » (Quagliariello 2017).

Dans les maternités, cette rationalisation émerge à partir des années 1970 avec un objectif affiché par l'Etat, de diminution de la mortalité maternelle et qui est à l'origine d'une planification d'envergure restructurant ainsi l'offre de soin mais aussi les conditions d'accueil des femmes enceintes dans les services (voir chapitre 1). Cette restructuration a pour conséquence la fermeture d'un certain nombre de maternités ce qui a pour effet de concentrer les naissances dans les maternités restantes. Les maternités de niveaux deux et trois se doivent également d'accueillir les grossesses dites « *à risque* » et représentent donc des univers à la fois hautement médicalisés et technicisés, mais aussi des lieux de fréquentation importante.

⁴⁸ Une fois en salle d'attente, les femmes se lèvent régulièrement, s'interrogent sur le fait qu'elles soient au bon endroit, sur le temps d'attente restant ou essaient de repérer, dans les allées et venues des soignantes, la consultante qui doit les recevoir etc. Un ensemble d'éléments sont mis à disposition des patientes pour tromper l'ennui et diffuser des messages de prévention afférant à la parentalité lors de ces attentes plus ou moins longues. Ces hésitations et incertitudes peuvent s'estomper au fur et à mesure des consultations, ou suite à une ou plusieurs grossesses suivies dans la même maternité.

Dans les services étudiés pour cette thèse, qui appartiennent tous deux à des maternités de niveau trois, soixante-dix femmes en moyenne peuvent être reçues chaque jour en consultation⁴⁹. Ce chiffre est corrélé au nombre d'inscriptions autorisées mensuellement selon les directives données par le chef de service. Ce nombre d'inscription est lui-même évalué selon la capacité d'accueil humaine et matérielle du service, d'un bout à l'autre de la chaîne (du suivi de grossesse aux suites de couches), mais dépend également d'un certain degré d'incertitude lié aux grossesses qui n'iront pas à terme, aux femmes qui accoucheront finalement ailleurs et à celles qui viendront accoucher dans la maternité, sans y avoir été inscrites.

Dans ce contexte, les services de consultation observés fonctionnent comme de véritables usines où chaque minute compte et où chaque personne doit jouer son rôle afin de ne pas perturber son fonctionnement. Par conséquent, l'optimisation du temps est centrale pour les soignantes, à la fois sur le plan institutionnel (voir le nombre de personnes prévues) mais aussi sur le plan personnel (finir sa journée de travail à l'heure prévue). L'observance ou ses termes afférents tels que compliance ou adhésion, sont alors mobilisés par les professionnelles de maternité pour désigner un ensemble de comportements dépassant le seul cadre thérapeutique et témoignant de la conformité des femmes enceintes aux différentes règles de l'organisation.

Ainsi, les femmes sont invitées à respecter les règles de l'institution au plus près, en particulier la ponctualité, règle à laquelle les soignantes peuvent en revanche déroger. Elles sont même incitées à venir en avance pour pallier les retards qui peuvent s'accumuler aux différentes étapes avant la consultation proprement dite. En effet, dans les deux structures, les soignantes leur répètent régulièrement de venir 20 à 30 minutes avant l'heure prévue de leur rendez-vous afin d'avoir le temps de passer à l'accueil.

Or, les retards des femmes enceintes sont analysés par les soignantes comme des révélateurs d'une attitude plus générale vis-à-vis de leur santé, ce qu'elles englobent dans leur perception de l'observance. Dans le même sens, la tenue de leur dossier médical, c'est-à-dire le fait qu'il soit ou non ordonné et bien classé est le signe d'une capacité d'observance plus ou moins satisfaisante. En effet, ce dossier, qui retrace l'ensemble des consultations médicales de grossesse, est conservé par les femmes, à l'extérieur de la maternité, et elles ont la responsabilité de le rapporter à chaque passage dans le service⁵⁰. Le rangement de ce dossier est une exigence des professionnelles également liée à l'organisation de leur travail, en particulier en termes

⁴⁹ Ce chiffre a été obtenu à partir des listes de consultation imprimées avant chaque consultation pour les différentes soignantes du service.

⁵⁰ Cela est peu commun mais dans les deux maternités étudiées, les femmes enceintes gardent leur dossier médical avec elles. Ceci s'explique par le soulagement que cela induit en termes de gestion des dossiers au sein du service (sortir tous les dossiers des patientes prévues tel jour en consultation par exemple) et par un nombre moins important de pertes des dossiers lorsque ce sont les femmes qui en sont responsables.

d'optimisation de leur temps puisqu'elles souhaitent pouvoir retrouver les résultats d'examen facilement, éventuellement les comptes-rendus des consultations précédentes etc. Une femme enceinte est reçue en consultation, avec son conjoint, par Adèle Lesieur, gynécologue-obstétricienne.

Adèle Lesieur, gynécologue-obstétricienne d'environ trente ans reçoit une femme noire de 37 ans qui attend son 4^{ème} enfant et est accompagnée de son conjoint, noir également, qui fait la traduction en français. La soignante classe les différents papiers qui dépassent du dossier et dit : « Oh là, là, le dossier, c'est quoi ce dossier !? » / Conjoint : « Oui, c'est parce que j'ai beaucoup étudié ! »

La médecin rit franchement et range le dossier : « Bon ça reste un peu bordélique hein »

Un peu après, Adèle Lesieur : « Vous êtes passés faire pipi ? » / Conjoint : « Non » / « j'veais vous gronder ! Bon c'est le bordel votre dossier, la prochaine fois c'est pas comme ça hein ! »

Après avoir vue une autre femme enceinte qui n'a pas pu lui expliquer un de ses antécédents médicaux ni de lui fournir de compte-rendu de son IRM (Image par Résonance Magnétique), Adèle Lesieur compare les patientes de la maternité du Coudray et de la maternité Lachapelle⁵¹. Elle me dit [sur le ton de la connivence] : « Tu vois, tu trouves pas qu'il y a un problème de compliance par rapport à Lachapelle ? »

Aurélié : Je ne me rends pas bien compte...

Adèle Lesieur : Bah tu vois quoi... Tu arrivais en salle [de naissance], t'avais des patientes suivies, les dossiers c'était pas le bordel

Aurélié : Là, pour cette patiente, tu dis ça à cause de l'IRM ?

Adèle Lesieur : Bah oui, elle sait pas ce qu'elle a eu, elle a pas le compte-rendu et elle s'en...[fiche], elle a un résultat d'urines où il y a écrit "positif", ça ne l'inquiète pas...

Journal de terrain, consultations de suivi de grossesse, Maternité du Coudray, 12/04/16

Dans l'échange cité avec la première femme enceinte et son conjoint, Adèle Lesieur témoigne de plusieurs exigences qui ne sont pas satisfaites à ses yeux (rangement du dossier, analyse d'urines avant la consultation) qu'elle analyse, ensuite, comme de la non - « *compliance* ». Pour elle, cette « *compliance* » renvoie à des grossesses « *suivies* », des dossiers bien rangés mais aussi à un intérêt pour les examens médicaux subis et leurs résultats. Cette injonction peut également s'adresser au fœtus lors de l'écoute de son rythme cardiaque appelé « bruits du cœur » ou de l'échographie, lorsque celui-ci se trouve dans une position facilitant la réalisation technique de l'examen. Amanda Bonnemain, sage-femme indienne de 33 ans, exerçant à la maternité du Coudray dit sur un ton ravi : « *il est compliant cet enfant !* » alors qu'elle parvient à écouter les bruits du cœur rapidement. Tout ce qui dans le comportement de la (future) mère et de l'enfant peut faciliter le travail des professionnelles, est alors valorisé.

⁵¹ Il s'agit d'un hasard mais cette gynécologue-obstétricienne était interne à la maternité Lachapelle avant d'obtenir un poste de cheffe de clinique à la maternité du Coudray. Nous étions collègues à ce moment-là mais je ne lui précise pas que je réalise mon enquête également à la maternité Lachapelle. Sa comparaison entre les deux maternités est donc liée à notre expérience commune dans cette maternité.

Dans l'extrait précédent, Adèle Lesieur suggère une différence de comportements vis-à-vis de sa santé entre les femmes qui fréquentent la maternité parisienne (Lachapelle) et la maternité val-de-marnaise (du Coudray).

Ces comportements révélateurs d'un manque d'observance sont davantage amenés par les soignantes de la maternité du Coudray et sont interprétés sur des arguments révélant des rapports sociaux entre groupes sociaux minorisés sur le plan de la race, de la classe, du genre, de la corpulence... ; et groupe majoritaire. En effet, dans les discours des soignantes de cette maternité il apparaît d'emblée une perception des femmes comme appartenant à un groupe homogène sur le plan socio-culturel⁵². Ainsi, plusieurs aides-soignantes de l'accueil, sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes se sont exprimées en ces termes : « *tu sais ici elles sont toujours en retard* », « *la ponctualité c'est pas leur truc* », « *elles ont pas la même culture que nous, d'être bien à l'heure* », « *elles travaillent pas mais elles ne sont jamais à l'heure* » etc. Ces représentations font écho à la recherche d'Alexandra Nacu qui montrait également qu'en maternités hospitalières « *les taxinomies culturalistes sont invoquées pour expliquer les dérogations aux routines médicales et pour justifier le maintien de ces routines, dans un renforcement mutuel entre pratiques et stéréotypes* » (Nacu 2011 : 119).

Cette question des retards et de la tenue du dossier est moins présente dans la maternité Lachapelle et moins associée aux comportements d'une population qui serait typique de la structure. Ceux-ci sont néanmoins mal acceptés dans les deux établissements et peu légitimes car perçus comme fortement perturbateurs de l'organisation. Par ailleurs, sur mes deux terrains, plusieurs exemples montrent que les retards des soignantes sont, eux, rendus légitimes du fait de leur statut : celles-ci peuvent être occupées par une urgence, aux dires même des patientes ; et acceptés avec résignation par celles-ci. Dans la maternité Lachapelle, deux sages-femmes autorisent « officiellement » les retards des patientes dans les cas où celles-ci ont rendez-vous en fin de matinée car les soignantes en question assument qu'elles ne sont « jamais à l'heure » à ce moment de la journée. Parfois les femmes viennent de leur propre chef en retard car elles savent qu'elles ne seront pas reçues à l'heure. Les règles peuvent ainsi être contournées ou négociées (Strauss, 1963), mais essentiellement à l'initiative des soignantes et tant que ces aménagements vont dans le sens de la bonne marche du service.

De sorte que dès le début des interactions entre les femmes enceintes et les soignantes, se met en place un rapport centré sur le degré de conformité aux règles organisationnelles, telle que les

⁵² Voir le chapitre 4 pour une analyse approfondie de ces rapports sociaux. Il s'agit ici de montrer que l'observance est reliée à des dimensions morales et normalisatrices de la santé sous-tendues par des catégorisations ethniques et sociales.

lieux où se présenter et dans quel ordre, la ponctualité ou la tenue du dossier ce qui atteste de leur degré d'adhésion aux normes médicales.

« Mais me dire : “j’ai oublié mon carnet [de glycémies] chez ma sœur, à Limoges“, non, tu vois [Rires] ! Quand tu respectes ton régime [alimentaire préconisé dans la prise en charge du DG], finalement, je trouve que tu attaches [de l’importance à ton carnet]... Tu vois, avec le dossier [médical] à quel point... Enfin c’est le reflet des patientes parfois, tu vois, l’entretien du dossier [Rires]... Quelle est la personnalité de la patiente. »

Entretien avec Amanda Bonnemain, sage-femme, indienne, 8 ans d’expérience, Maternité du Coudray

Pour Amanda Bonnemain, la tenue du dossier dans laquelle elle inclut la tenue du carnet de glycémies (voir infra sur sa fonction précise) et le fait de le rapporter à chaque consultation, est révélatrice du niveau de suivi du régime alimentaire recommandé dans la prise en charge du DG. Ainsi, un glissement s’opère entre le soin apporté à son dossier ou son carnet de glycémie et l’observance du régime alimentaire préconisé dans le suivi du DG.

In fine, les liens entre les comportements d’observance des femmes enceintes et les enjeux organisationnels du service se tissent de deux manières. D’une part, l’observance des femmes enceintes participe au bon fonctionnement de l’organisation et d’autre part l’observance des femmes enceintes dans le DG est pensée comme relevant d’une norme qui implique une organisation spécifique afin de surveiller cette observance. Autrement dit, l’un ne peut pas fonctionner sans l’autre. Les modalités de suivi du DG sont donc pensées par et pour cet objectif d’observance des femmes développant un DG.

2.2 Les consultations de suivi de grossesse : gouverner les corps enceints

La mission principale du service de consultations obstétricales est le suivi médical de grossesse. Les termes de « *prise en charge* », de « *surveillance* » ou de « *suivi* » de la grossesse sont employés par les actrices de manière indifférenciée. Les deux premiers termes réduisent les femmes enceintes à un rôle passif alors que le terme de « *suivi* » renvoie, dans le discours des soignantes, à la prise en charge médicale proposée dans les maternités mais aussi à la responsabilité des femmes quant à leur disposition pour faire suivre leur grossesse. Ainsi la grossesse peut être qualifiée de « *mal suivie* » ou de « *non suivie* » lorsque les femmes ne se sont pas rendues à l’ensemble des consultations médicales prévues. Cette responsabilité sous-entend un devoir pour les femmes enceintes, à la fois du point de vue du droit des patient-es (Laude 2013), du point de vue sanitaire (Gérard Reach 2010) mais aussi du point de vue moral (Loretti 2020), d’autant que la santé des femmes enceintes implique également celle du futur nouveau-né.

Les phases d'observation effectuées dans les deux maternités montrent que les pratiques qui y ont cours s'inscrivent pleinement dans ce contexte d'une naissance médicalisée et surveillée. Les actrices du suivi de grossesse ont pour objectif commun le dépistage et la prévention de risques pour la femme enceinte et le fœtus. Cela sous-entend la surveillance d'un ensemble d'éléments à la fois médicaux, psychologiques et sociaux et la délivrance de conseils quant aux conduites appropriées à suivre. Plus précisément, les observations des soins délivrés aux femmes montrent en quoi leurs corps sont d'emblée sollicités. Ceux-ci sont pesés, examinés, mesurés et un ensemble de mesures biologiques sont prises avant et/ou durant la consultation. L'ensemble de ces examens et mesures visent à objectiver la bonne santé de la mère et du fœtus à un instant T mais aussi à anticiper tout désordre sur le plan clinique. Un certain nombre de pathologies, issues du savoir biomédical, sont appréhendées par les professionnelles : hypertension artérielle, retard de croissance du fœtus, menace d'accouchement prématuré, DG etc.

Lors des observations, j'ai pu distinguer les étapes usuelles du déroulement d'une consultation de suivi de grossesse.

Encadré 2, Déroulement type d'une consultation de suivi de grossesse

- L'entrée et les salutations

Dans la majorité des cas, si ce n'est pas un premier rendez-vous pour la femme, la soignante et la femme (ou le couple) se connaissent déjà. Celle-ci est appelée par son nom dans la salle d'attente. Une fois arrivées au niveau de la porte d'entrée, la soignante la salue oralement (certaines soignantes leur serrent également la main). La soignante demande alors systématiquement comment elle va, sans attendre nécessairement de réponse. Puis, elles s'assoient, chacune d'un côté du bureau. Lors du premier rendez-vous la soignante se présente plus ou moins rapidement à la patiente : « *Bonjour je suis Sophie Marsac, sage-femme, c'est moi qui vais vous suivre jusqu'à la fin de votre grossesse* ». Si c'est une médecin, la présentation est plus rapide : « *Bonjour, je suis Docteur Lefebvre* » (elles ne donnent jamais leur prénom contrairement aux sages-femmes qui le donnent systématiquement) ».

- La lecture des examens

Une fois assises, la soignante prend le dossier de la patiente en main. Elle calcule le terme de la grossesse, lit les résultats de laboratoire et d'échographie.

- L'interrogatoire

Les soignantes appellent « interrogatoire » l'ensemble des questions posées à la patiente sur le plan médical. S'il s'agit d'un premier rendez-vous (les professionnelles nomment ces rendez-vous des « *première fois* »), le soignant effectue un interrogatoire relativement long et détaillé portant non seulement sur des éléments médicaux généraux, les antécédents de grossesse, le déroulement de la grossesse jusqu'ici, mais aussi sur certains éléments concernant les conditions de vie de la patiente, des antécédents de difficultés psychologiques ou de violences vécues, des addictions éventuelles etc.

Par exemple, la profession est demandée par toutes les praticiennes mais seules les sages-femmes font préciser aux femmes leur temps de transport pour aller travailler. Le type précis de logement

(appartement/maison, taille, nombre d'étages, présence d'un ascenseur) n'est également abordé que par quelques sages-femmes. La question des violences conjugales et/ou sexuelles est également abordée par les sages-femmes lors de la première consultation. Ces questions sont pré-imprimées dans un dossier papier (maternité Lachapelle et du Coudray, voir annexes 10 et 11) et prédéfinies dans un dossier informatisé (maternité du Coudray, voir annexe 12), de manière à ce que les soignantes cochent, entourent ou remplissent au fur et à mesure les réponses des patientes.

Deux questions apparaissent dès le début de l'interrogatoire : celles de « l'origine géographique » et de la nationalité. Si la question de « l'origine géographique » est posée quasiment systématiquement par toutes les soignantes, celle de la nationalité n'est posée que dans la maternité parisienne. L'origine est abordée de la manière suivante « vous êtes de quelle origine ? » ou encore « vous êtes française ? D'origine française ? ». Elles cochent sur le dossier des cases correspondant à des zones géographiques classées par continent : Europe, Asie, Afrique...⁵³

Lors des rendez-vous suivants, l'interrogatoire réside dans une série de questions médicales posées de manière systématique : la patiente sent-elle bien son bébé bouger ? Ressent-elle des contractions utérines ? A-t-elle eu des pertes de liquide, de sang ou des pertes vaginales anormales ? A-t-elle des brûlures en urinant ? Des maux de tête, des nausées, des vomissements, des douleurs dans les jambes etc... ?

- L'examen clinique

Ensuite, la soignante procède à l'examen clinique ; elle invite la patiente à se dévêtir si elle projette de faire un examen vaginal. Puis, de façon standardisée, toutes les soignantes effectuent les gestes suivants : pesée + prise de la tension artérielle (maternité Lachapelle uniquement car dans la maternité du Coudray, ces mesures sont effectuées par les aides-soignantes en amont), mesure de la hauteur utérine⁵⁴, palpation de l'utérus⁵⁵, écoute des bruits du cœur du fœtus⁵⁶ et éventuellement un toucher vaginal⁵⁷.

Le temps de l'examen clinique est souvent un temps de discussion et d'échanges. Les professionnelles se montrent plus disponibles à ce moment-là car elles ne sont plus absorbées par la lecture des examens ou l'écriture dans le dossier. Elles profitent ainsi de ce temps pour poser des questions à la patiente qui peuvent sortir du cadre strictement médical et en rapport plus ou moins direct avec la grossesse, telles que : « *Comment ça se passe au travail ?* », « *Comment vont les enfants ?* » etc.

- L'inscription des informations dans le dossier

Généralement, pendant que la patiente se rhabille, la soignante inscrit l'ensemble des mesures dans le dossier. Sachant que le dossier médical est un outil de surveillance et de transmission d'informations entre soignantes mais constitue avant tout une trace médicolégale devant prouver que tout a été mis en œuvre pour la sécurité de la patiente, du fœtus et du nouveau-né. Celui-ci appartient à la patiente sur le plan légal.

- Les prescriptions

Une fois tous ces éléments vérifiés, la professionnelle prépare la suite du suivi. Elle prescrit les analyses de sang à faire, programme les rendez-vous suivants : échographies, consultation d'anesthésie et autres

⁵³ Ce point fait l'objet d'une analyse détaillée dans le chapitre 4.

⁵⁴ La hauteur utérine est mesurée à l'aide d'un centimètre à partir du pubis de la femme enceinte jusqu'au « fond utérin » afin d'apprécier la croissance du fœtus.

⁵⁵ La palpation de l'utérus consiste en un toucher externe appuyé sur le ventre permettant d'évaluer la position du fœtus et de la présence éventuelle de contractions.

⁵⁶ Lors des consultations le cœur du fœtus est écouté à l'aide d'un petit appareil à ultrason. Les soignantes écoutent les « bruits du cœur » pendant environ 30 secondes.

⁵⁷ Le toucher vaginal est un toucher réalisé en introduisant deux doigts dans le vagin et visant à apprécier le col de l'utérus. Les soignantes vérifient qu'il est bien fermé. Cependant, celui-ci n'est plus réalisé en systématique et seulement à la demande des femmes enceintes ou lorsqu'elles signalent certains événements telles que des contractions ou des pertes de liquide.

consultations selon les besoins identifiés ou à la demande des femmes enceintes (psychologue, assistante sociale, acupuncture, entretien prénatal précoce au 4^{ème} mois, Addictologie – maternité Lachapelle –, diététique ou ostéopathie – maternité du Coudray – etc.). C'est aussi à ce moment-là que la soignante délivre des conseils sur des points abordés par la patiente ou sur des éléments que celle-ci voudrait voir s'améliorer telle que la prise de poids.

- Le temps pour des questions

Enfin, certaines professionnelles vont laisser un temps plus ou moins long pour des questions éventuelles de la part de la patiente. Ce temps peut intervenir au début ou à la fin de la consultation ou, plus rarement, la soignante demande à la patiente si elle a des questions à plusieurs reprises pendant la consultation.

Deux enjeux se dégagent de cette description de consultation de suivi de grossesse. Premièrement, celle-ci permet de mettre en lumière la manière dont la grossesse est surveillée dans une perspective de prévention des risques et comment cela organise les pratiques de soins quotidiennes et ritualisées des soignantes de maternité. Ces différents éléments autour de la consultation de grossesse et ses enjeux renvoient au concept foucauldien de gouvernement des corps (Foucault 1975). Dans la lignée des travaux de Didier Fassin et de Dominique Memmi (Fassin et Memmi 2004) et aussi de Priscille Sauvegrain, dans le domaine de la périnatalité (Sauvegrain 2010), je mobilise ce concept car il permet de penser le savoir médical comme source de pouvoir s'exerçant sur les corps. En effet, pour Foucault, le pouvoir disciplinaire des institutions tient de plus en plus dans son action sur les corps (Vandewalle 2007). La surveillance des grossesses au sein des maternités agit alors comme une microphysique du pouvoir, afin de maintenir/produire des individus en bonne santé, selon des normes définies par le savoir médical (Foucault 1975). De fait, la médicalisation de la naissance a rendu essentiels les aspects biologiques et organiques de cet encadrement. Le corps enceint doit garantir avant tout la vie biologique du fœtus et celui-ci n'est plus considéré comme capable d'enfanter « naturellement », il faut le prendre en charge activement. Ce pouvoir, qui se perçoit dans ces rapports entre le corps et l'institution, n'est pas « *une chose, mais une relation, une "action sur des actions", une "conduite des conduites" (...) il s'exerce avant de se posséder, il n'est pas essentiellement répressif mais créateur, de même qu'il peut être renversé car il s'appuie sur les dominés* » (Merlin 2009 : 52).

Or, non seulement il s'agit de surveiller les corps des femmes enceintes mais il est également question de les amener à se surveiller elles-mêmes. C'est dans cette diffusion des normes « par le bas », que se logent les discours sur la conformité de leurs comportements de santé aux recommandations médicales, sous les termes d'observance, de compliance, d'adhésion et qui se donnent à voir au cours du suivi de grossesse mais plus encore dans la prise en charge du DG.

Deuxièmement, on en perçoit le caractère extrêmement structuré. En effet, l'optimisation du temps étant cruciale pour l'ensemble des soignantes observées (voir supra), tout ce qui entrave le déroulement de la consultation, est relevé négativement : « *je n'avance pas !* », « *le logiciel met trois heures à s'ouvrir, pfff* » etc. Pour les sage-femmes, dans la maternité du Coudray, les créneaux prévus de consultation sont de quarante minutes pour une femme reçue pour la première fois et vingt minutes pour les consultations suivantes ; dans la maternité Lachapelle, ils sont de trente minutes pour un premier rendez-vous et vingt minutes pour les rendez-vous suivants. Les sages-femmes de Protection Maternelle et Infantile exerçant dans les deux maternités sont libres de gérer leur temps de consultation comme elles l'entendent, elles prévoient des créneaux d'une heure en règle générale. Concernant les médecins, les créneaux de consultation prévus sont moins longs puisqu'ils sont de vingt minutes pour l'ensemble des consultations. Les observations montrent que les temps de consultation (hors PMI) sont souvent dépassés et que le retard s'accumule, surtout en fin de matinée et fin d'après-midi. D'après mes calculs, les consultations de suivi de grossesse (hors PMI), durent en moyenne vingt-cinq minutes et les retards varient de zéro à soixante minutes, avec une moyenne de quinze minutes. Afin de réguler leur retard, les soignantes réajustent en permanence le temps passé avec chaque femme en fonction des besoins identifiés. Pour compenser le temps pris avec certaines, elles vont plus vite avec d'autres, comme dans la situation suivante :

Lors d'une consultation, la sage-femme, Claire Morvan (blanche, 29 ans) reçoit une femme arabe de 30 ans, enceinte de son 6^{ème} enfant et à six mois de grossesse. La sage-femme explore en détail ses conditions de travail car la patiente vient de lui signaler qu'elle a des contractions utérines. La sage-femme essaie de voir quels aménagements seraient possibles pour qu'elle puisse se reposer et éviter des contractions utérines trop fréquentes. La sage-femme entame cette discussion alors qu'elle a du retard sur sa matinée. Elle a dû recevoir une de ses patientes précédentes avec trente minutes de retard car celle-ci était bloquée à sa consultation avec l'anesthésiste, ce qui l'a profondément agacée. Elle s'est ensuite rattrapée et n'a plus que onze minutes de retard. La consultation avec cette femme durera quinze minutes au lieu des vingt minutes prévues.

Journal de terrain, consultation de suivi de grossesse, Maternité Lachapelle, 05/07/2015

Ces ajustements permanents impliquent une systématisation et une routinisation des pratiques qui laisse nécessairement peu de place à l'individualisation de la prise en charge pour toutes les femmes, même si cela peut être déploré par certaines soignantes qui se sentent frustrées professionnellement et personnellement. Cette routinisation des pratiques, mais aussi le raisonnement médical auquel sont formés les professionnel·les médicaux (classement et typification des maladies, des risques, des populations), impliquent une évaluation spontanée des femmes enceintes en adéquation avec les catégorisations sociales retrouvées dans d'autres domaines de la vie sociale. Les questions portant sur l'origine géographique, la profession ou

l'âge, servent donc à situer cliniquement et socialement les femmes enceintes. Dans le champ de la santé, les processus de catégorisations sociales soulèvent l'enjeu du traitement égalitaire des soigné·es. En élaborant le concept de valeur sociale du/de la patient·e, Glaser et Strauss ont par exemple montré que celles et ceux dont la perte sociale liée à leur décès avait le moins de valeur aux yeux des soignant·es avaient plus de risque d'être moins bien soigné·es (Glaser et Strauss 1964). D'autres travaux ont montré depuis, qu'en France, l'usage de catégories sociales n'était pas neutre et affectait la qualité des soins dans différents domaines de la santé que ce soit l'oncologie, le VIH ou le diabète chronique (Fainzang 2006; Cognet, Bascougnano et Adam-Vezina 2009; Braud 2017). Or, ces processus de classement social des patient·es sont réactualisés au sein des enjeux organisationnels de l'hôpital. Camille Foubert montre par exemple que le développement des réformes managériales et néolibérales et en France et au Québec ont des effets en termes de distribution des soins à l'hôpital puisque les soignant·es évaluent : « *le mérite des patient·es à bénéficier de la protection sociale [ce qui] fait l'objet d'une évaluation où entrent des considérations nationales et/ou raciales mais aussi sociales et médicales* » (Foubert 2020 : 421). Sous un autre angle, Dorothée Prud'homme montre que la racialisation des patient·es catégorisé·es comme « Roms » dans les services d'urgence français peut avoir un usage fonctionnel au service d'ambitions professionnelles (Prud'homme 2021). En périnatalité, l'usage des catégorisations par les professionnelles a également montré la possibilité de traitements différenciés, renforcé par le contexte de rationalisation des activités hospitalières (Sauvegrain 2010; Racioppi 2013; Prud'Homme 2015). Ces analyses se développent comme une piste de recherche féconde pour mieux comprendre les indicateurs de santé moins bons des femmes enceintes nées à l'étranger par rapport à celles nées en France (Sauvegrain, Azria, et al. 2017; Sauvegrain, El Kotni et Racioppi 2022). Autrement dit, les catégorisations sociales légitimées par les catégories cliniques et renforcées par le contexte de l'organisation hospitalière peuvent avoir des effets négatifs sur la santé des femmes en périnatalité.

Les données de cette recherche montrent que dans le cas du DG, les catégorisations sociales sous-jacentes au choix de dépistage systématique permettent de cibler des femmes perçues comme davantage sujettes à la maladie mais aussi à la non-observance. Or, la charge organisationnelle qu'implique le suivi médical proposé s'appuie sur une délégation des soins envers les femmes enceintes à laquelle celles-ci ne peuvent pas répondre de la même manière selon leurs dispositions sociales.

3. Deux modalités de prise en charge du DG fondées sur une délégation des soins

3.1 L'organisation du suivi du DG : une charge pour les soignantes et les soignées

Dans les deux services étudiés les modalités de prise en charge du DG diffèrent mais un socle commun préside qui implique un certain nombre de consultations supplémentaires par rapport au suivi de grossesse classique qui prévoit une consultation mensuelle. Il s'agit des consultations de diététique, de diabétologie et des consultations aux explorations fonctionnelles. Avant de présenter en détail chaque consultation, l'encadré ci-dessous précise le déroulement du suivi qui s'enclenche dans chaque maternité à la suite d'un diagnostic positif de DG.

Encadré 3 : Modalités de surveillance du DG dans les maternités Lachapelle et du Coudray

Maternité Lachapelle	Maternité du Coudray
<p>1) « <i>Atelier diabète</i> » à l'hôpital Rabelais :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 min de consultation avec le/la diabétologue • 30 min de « <i>cours</i> » collectif sur le DG par le/la diabétologue. • 45 minutes de « <i>cours</i> » collectif sur le régime alimentaire par une diététicienne. • 30 minutes avec une infirmière pour apprendre à se piquer le bout du doigt et manipuler l'appareil de mesure des glycémies avec l'infirmière <p>2) Suivi des glycémies dans l'application « Diabbest » avant et après chaque repas. Une fois par semaine, échange de messages avec le/la diabétologue, plus ou moins la diététicienne.</p> <p>3) Si les chiffres ne sont pas « <i>normaux</i> », mise sous insuline. Rendez-vous unique à l'hôpital Rabelais pour apprendre à s'injecter l'insuline.</p> <p>4) Explorations fonctionnelles : surveillance intensifiée à partir de huit mois de grossesse à la maternité (échographie et enregistrement des battements cardiaques du bébé pour vérifier l'absence de répercussion fœtale), pas de sage-femme à domicile.</p>	<p>1) Consultation individuelle de 45 min avec une diététicienne de la maternité pour la mise en place du régime alimentaire.</p> <p>2) Dans la foulée, apprentissage pour se piquer le bout du doigt et manipuler l'appareil de mesure des glycémies avec l'infirmière (qui se détache de son poste dédié aux prélèvements sanguins).</p> <p>3) Suivi des glycémies dans un carnet papier fourni par la pharmacie avec le lecteur de glycémie, avant le petit-déjeuner et après chaque repas.</p> <p>4) Environ dix jours après, consultation avec une sage-femme pour vérifier les chiffres de glycémie.</p> <p>5) Si les chiffres sont « <i>normaux</i> » et bien suivis, suivi classique de grossesse une fois par mois.</p> <p>6) Possibilité de venir voir les infirmières entre deux consultations pour « <i>montrer le carnet</i> ».</p> <p>7) Si les chiffres ne sont pas « <i>normaux</i> », deuxième rendez-vous sept jours après et/ou hospitalisation de jour (HDJ) en diabétologie.</p> <p>8) HDJ sur une demi-journée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bilan sanguin avec une infirmière - Fond d'œil - Consultation avec l'interne de diabétologie - Consultation avec la diététicienne de diabétologie - Bilan global avec la cheffe de diabétologie plus ou moins prescription d'insuline <p>Explorations fonctionnelles : surveillance intensifiée à partir de huit mois de grossesse à la maternité (échographie et enregistrement des battements cardiaques du bébé) et sage-femme à domicile une fois par semaine.</p>

Je vais maintenant décrire de manière plus détaillée chaque étape de la prise en charge. Les enjeux de cette organisation, en particulier dans la mise en œuvre de l'observance des femmes, sont analysés dans la suite du chapitre. Il s'agit ici de montrer l'organisation complexe que ce

suivi implique et de percevoir à la fois une cohérence dans les messages délivrés entre les deux maternités mais également les différences organisationnelles.

3.1.1 La consultation diététique de la maternité du Coudray

La consultation de diététique de la maternité du Coudray, s'organise et se déroule comme suit : les diététiciennes reçoivent les femmes en consultation individuelle environ dix jours après que le diagnostic de DG leur a été annoncé par une sage-femme au téléphone ou, plus rarement, en rendez-vous. Celles-ci consultent trois après-midi par semaine et parfois les délais de rendez-vous peuvent s'allonger. Ces consultations durent environ quarante-cinq minutes et comportent une première partie de l'entretien centré sur le recueil des habitudes alimentaires de la patiente qui sont notées par la diététicienne sur une feuille où figurent les items exigés (voir annexe 13). Le poids, actuel et avant grossesse, de la patiente est également demandé systématiquement. La seconde partie de l'entretien consiste pour la diététicienne à reprendre les habitudes que la femme vient d'énoncer et de préconiser ce qu'il faut maintenir et ce qu'il faut modifier dans le cadre du DG. Les diététiciennes ne revoient plus les femmes par la suite mais Sylvie Bévan, la diététicienne entièrement dédiée à la maternité (les deux autres diététiciennes exercent dans d'autres services de l'hôpital) peut voir certaines patientes en service de « *grossesse à risques* » (parfois hospitalisations en cas de diabète mal équilibrés) et en « *suites de couches* ».

3.1.2 La consultation infirmière de la maternité du Coudray

La rencontre avec les infirmières se déroule à la suite du temps de consultation avec les diététiciennes. Contrairement à la maternité Lachapelle, ce temps est plus informel dans la mesure où ce sont les infirmières dédiées aux analyses de sang du service de consultation qui sont sollicitées par les diététiciennes après chacun de leur rendez-vous. Cela implique que l'une des deux ou trois infirmières présentes chaque jour, se détache de son activité pour recevoir les patientes. Par ailleurs, la plupart du temps, elles ne reçoivent pas toutes les patientes, car le dernier créneau de consultation avec la diététicienne s'achève à 16h30. Or, si elles reçoivent la dernière patiente, elles prennent le risque de dépasser leur nombre d'heures de travail prévu, ce qu'elles refusent. Les femmes sont alors renvoyées vers leur pharmacie pour recevoir des explications sur le fonctionnement du lecteur de glycémie.

3.1.3 « *L'atelier diabète* » de l'hôpital Rabelais, pour les femmes dont la grossesse est suivie à la maternité Lachapelle

Dans la maternité Lachapelle, lorsqu'une soignante a posé le diagnostic de DG, elle invite la femme concernée à prendre contact avec l'hôpital Rabelais pour obtenir un rendez-vous pour

« *l'atelier diabète* ». Ces « *ateliers* » ont lieu deux fois par semaine et accueillent quatre ou cinq femmes en même temps. Les femmes sont d'abord reçues individuellement par le ou la diabétologue du service (ils ne sont que deux au moment de mon enquête). Ensuite, les femmes sont reçues collectivement et successivement par le ou la diabétologue, la diététicienne puis l'infirmière⁵⁸. Les professionnelles leur délivrent un « *cours* », c'est le terme employé par les soignantes pour désigner l'ensemble des présentations orales qui ont lieu durant « *l'atelier* », à l'appui d'un diaporama.

1) Consultation individuelle avec le ou la diabétologue

Cette consultation est très rapide (cinq minutes environ) et vise à reprendre brièvement les antécédents médicaux et le contexte du diagnostic de chaque femme. La patiente est notamment interrogée sur son poids avant la grossesse et son poids actuel, un éventuel tabagisme, sa profession, les antécédents de diabète dans la famille et pour elle-même, son statut marital ainsi que la date prévue d'accouchement. Le médecin consulte ensuite le dossier obstétrical de la patiente, qu'elle a avec elle et regarde en particulier les échographies et certains bilans sanguins. Il/elle lui demande aussi si elle s'est déjà inscrite sur Diabbest ou non. Puis il/elle donne à la femme une ordonnance pour son lecteur glycémique et le stylo pour se piquer. Cette consultation est aussi l'occasion selon la diabétologue Anne Meunier de repérer les situations difficiles que les femmes n'évoquent pas durant les temps collectifs. C'est le cas de l'une de mes enquêtées, Lydia Lamari.

Lydia Lamari, femme arabe de 30 ans qui attend son 2^{ème} enfant, explique sa situation à Anne Meunier, diabétologue blanche de 31 ans. Elle lui dit qu'elle est dans « une situation très difficile », qu'elle est logée par le 115, à l'hôtel, qu'elle mange très peu car la cuisine de l'hôtel est en bas alors que sa chambre est au 4^{ème} étage. Elle explique aussi qu'elle s'occupe de son bébé qui est très malade « je garde l'argent pour mon bébé pour les couches, le lait ». Elles discutent de l'adaptation de l'insuline, Anne Meunier lui conseille de la prendre seulement si elle mange et pas quand elle ne mange pas. Puis le médecin lui conseille de regarder les vidéos sur l'application Diabbest pour se rappeler comment s'injecter l'insuline, car « elle sait déjà » [Lydia Lamari a déjà eu un DG à sa grossesse précédente]. Après le départ de Lydia Lamari, Anne Meunier me dit : « tu vois typiquement c'est pour ça qu'on les voit en individuel »

Journal de terrain, Atelier diabète, Hôpital Rabelais, 22/07/16

Nous verrons que, durant une période donnée, ce temps de consultation est aussi le moment d'opérer un tri afin d'exclure du suivi numérique les femmes non francophones

⁵⁸ Je garde le féminin ici bien qu'il y ait un infirmier de genre masculin parmi les trois infirmières qui composent l'équipe dédiée aux « *ateliers diabète* ».

et/ou n'ayant pas d'accès à internet lorsque ce tri n'a pas été réalisé en amont par la secrétaire du service (voir infra).

2) Temps collectif avec le ou la diabétologue

Les diabétologues reprennent durant trente minutes environ, les points suivants :

- La définition du DG (« *élévation du taux de sucre dans le sang* ») et la fréquence de la maladie qui est autour de 10% en France.
- Les facteurs de risques : « *surpoids* », « *antécédents de DG* », « *antécédent de bébé de plus de quatre kilos* », « *antécédents de DT2* ». Le facteur « *ethnique* » n'est pas écrit sur la diapositive mais dit oralement par les deux diabétologues. Anne Meunier, diabétologue de 31 ans, blanche, ayant 2 ans d'expérience, dit par exemple : « *le Maghreb, l'Asie il y a un surrisque* ».
- Le dépistage et le diagnostic sont expliqués en précisant qu'un tiers des femmes diagnostiquées n'ont pas de facteur de risque ce qui justifie le dépistage systématique. Un diagnostic positif signifie que le pancréas est « *fatigué* » (Professeur Joseph) ou « *n'arrive pas à faire le boulot qu'on lui demande* » (Anne Meunier).
- Les risques classiques sont rappelés en précisant que le bébé reçoit le sucre via le placenta mais pas l'insuline, ce qui explique qu'il puisse grossir de manière excessive et induire des « *accouchements difficiles* » (Anne meunier et Professeur Joseph); les hypoglycémies du nouveau-né sont présentées comme rares, et présentes surtout dans les cas de DG « *déséquilibrés* ».
- Le traitement est rappelé comme reposant sur la diététique et l'insuline en cas de besoin.
- Enfin, le ou la diabétologue explique le fonctionnement de l'application numérique Diabbest.

3) Temps collectif avec une diététicienne

Les diététiciennes prennent la suite et délivrent un « *cours* » sur le traitement diététique du DG, durant quarante-cinq minutes environ. Elles commencent par énoncer les grands principes du régime alimentaire en parlant « *d'équilibre* » plutôt que de régime : l'équivalence (remplacer des aliments par d'autres ayant la même valeur glucidique), la constance (manger régulièrement) et les associations (consommer les glucides avec d'autres catégories). Ces principes doivent permettre aux femmes de réguler leur taux de glycémie. Ensuite les diététiciennes reprennent chaque catégorie d'aliments que sont les sucres simples, les féculents, les légumes et les protéines et précisent comment les

consommer et en quelle quantité. Les sucres simples sont à proscrire, les féculents à limiter et les autres catégories peuvent être consommées à volonté. Les échanges sont souvent animés au cours de la présentation : les diététiciennes donnent beaucoup d'exemples pour illustrer leurs propos et les femmes posent de multiples questions concernant leur propres habitudes.

Lors d'un atelier, les échanges vont bon train entre la diététicienne, Stéphanie Pujol (blanche, 12 ans d'expérience) et les quatre femmes présentes. Une femme demande des précisions sur la consommation des fruits. Une autre décrit ses habitudes concernant les « collations » et la diététicienne lui donne des équivalences possibles, sans glucide si besoin, selon les chiffres de glycémies qu'elle obtiendra. Elle leur dit qu'il « faut une semaine pour tout tester ». L'ambiance est détendue et les femmes interviennent de plus en plus pour demander si tel ou tel aliment est compatible avec le DG : barre kinder, soupe toute prête, céréales le matin, crêpes, pizza... A la fin, Stéphanie Pujol leur demande : « ça va je vous ai pas trop stressées ? » / « non », « au contraire », « ça déculpabilise un peu ».

Journal de terrain, Atelier diabète, Hôpital Rabelais, 16/09/16

Enfin, les diététiciennes expliquent aux femmes présentes qu'elles seront suivies par le ou la diabétologue sur l'application Diabbest mais qu'en tant que diététiciennes elles peuvent également être amenées à intervenir dans l'application à la demande du/de la diabétologue pour leur prodiguer des conseils plus précis en matière d'alimentation.

4) Temps collectif avec une infirmière

Enfin, les femmes rencontrent l'infirmière. Celle-ci leur montre comment manipuler le lecteur de glycémie, l'insertion des bandelettes qui recevront la goutte de sang et la manipulation du stylo qui contient des petites aiguilles à appliquer sur la pulpe du doigt afin de prélever la goutte de sang. Les horaires de mesures de glycémies sont rappelés ainsi que les seuils à ne pas dépasser. Chaque femme se pique chacune son tour avec plus ou moins d'appréhension. Les échanges sont moins animés qu'avec la diététicienne.

L'infirmière (blanche, environ 25 ans) annonce : « Je vais vous expliquer comment surveiller vos glycémies capillaires, je vais appeler ça un dextro ça va ? ». Elle explique le déroulement de la prise de glycémie : lavage de mains, quels doigts piquer (pas le pouce, ni l'index), elle montre le stylo avec le barillet pour mettre les aiguilles, une femme demande s'il « faut le tenir comme ça ? » / « oui je conseille cela ». Elle montre comment recharger le stylo en aiguilles puis comment insérer la bandelette et allumer le lecteur. Ensuite, chaque patiente se pique [pas de lavage de main ici car cela prend trop de temps]. Discussion sur les chiffres, la première à se piquer a 0,73, une autre femme lui dit que c'est bien. Cette dernière ne voulait pas se piquer mais elle le fait finalement. Elle veut savoir qu'elle est sa glycémie sachant qu'elle a beaucoup mangé à midi. En se piquant elle dit que ce sont de « mauvais souvenirs », elle s'y reprend à deux fois. Elle

obtient 1,14 et commente ainsi : « j'ai fait la grosse vache, j'ai le double de vous ! » [en s'adressant à sa voisine].

Journal de terrain, Atelier diabète, Hôpital Rabelais, 28/06/16

Ces « *ateliers* » sont inspirés des programmes d'éducation thérapeutique (ETP) mis en place dans le cadre de la prise en charge du DT2. Cependant les programmes d'ETP sont conçus autour de plusieurs séances qui sont dispensées auprès des patient·es hospitalisé·es pendant une semaine dans le service. L'équipe de diabétologie de l'hôpital Rabelais, sous l'impulsion du Professeur Joseph, a élaboré cet « *atelier diabète* » dans le même esprit « *d'éducation du malade* ».

3.1.4 La mise sous insuline

Dans les deux maternités, lorsque les glycémies sont évaluées comme trop fréquemment au-dessus des limites fixées, une prescription d'insuline est instaurée. Pour les femmes suivies à la maternité Lachapelle, cela est délégué à l'équipe de diabétologie de l'hôpital Rabelais. Les diabétologues surveillent les glycémies chaque semaine sur l'application Diabbest et convoquent les femmes dans le service lorsque celles-ci sont jugées trop élevées. Elles viennent à l'hôpital pour récupérer l'ordonnance d'insuline et rencontrer l'infirmière qui leur explique comment et quand réaliser les injections.

Dans la maternité du Coudray, ce sont les sages-femmes des explorations fonctionnelles ou les sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes de consultations de grossesse qui adressent les femmes dans le service de diabétologie, situé dans le bâtiment jouxtant la maternité. Pour cela, elles appellent le service et prennent directement un rendez-vous ou elles envoient un fax et la secrétaire du service de diabétologie rappelle directement les femmes concernées. Celles-ci y sont reçues en hospitalisation de jour pour une demi-journée lors de laquelle elles viennent à jeun et petit-déjeuner et déjeunent sur place. Elles y rencontrent une diabétologue, des infirmières et une diététicienne qui leur prodigue des conseils alimentaires. Un bilan sanguin de contrôle des glycémies est réalisé avant et après les repas, ainsi qu'un fond d'œil⁵⁹ et à l'issue la décision d'une éventuelle prescription d'insuline est prise.

3.1.5 Les consultations aux explorations fonctionnelles

Les explorations fonctionnelles correspondent à une salle de consultation dédiée aux grossesses dites « *à risque* ». Ces consultations sont gérées par une sage-femme, en collaboration avec les gynécologues-obstétriciennes (cheffe de clinique et interne en gynécologie-obstétrique) qu'elle

⁵⁹ Le fond d'œil est réalisé pour évaluer s'il y a des atteintes de la rétine liées au DG.

sollicite en cas de besoin. Le lieu permet notamment de réaliser des monitorings⁶⁰ et des échographies, deux techniques qui informent sur certains éléments médicaux en lien avec le DG (poids du fœtus, quantité de liquide amniotique) et sur le bien-être fœtal. Les femmes de la maternité du Coudray y sont reçues environ dix à quinze jours après avoir rencontré la diététicienne et commencé la surveillance de leurs glycémies. Si les glycémies sont réalisées régulièrement et dans les limites attendues, les sages-femmes ne leur donnent pas d'autres rendez-vous et les femmes reprennent leur suivi mensuel de grossesse. Elles sont invitées à venir présenter leur carnet de glycémies aux infirmières de consultation entre deux rendez-vous de suivi mais cela reste très aléatoire (voir chapitre 5). Lorsque les glycémies sont évaluées comme trop élevées, elles leur donnent un rendez-vous qu'elles appellent « *carnet deuxième chance* ».

Dans les deux maternités, les femmes ayant un diagnostic de DG ont des consultations aux explorations fonctionnelles hebdomadaires à partir de huit mois de grossesse avec réalisation d'une échographie et d'un monitoring. A partir de huit mois et demi, un des enjeux de ces consultations est la décision par la sage-femme et les médecins de déclencher l'accouchement dans une analyse en termes de « *bénéfices/risques* » (voir chapitre 6 sur ce point).

La mise en place d'une surveillance par une sage-femme à domicile a lieu uniquement dans la maternité du Coudray, à partir de huit mois de grossesse. Une ordonnance leur est remise et elles doivent trouver par elles-mêmes une professionnelle qui puisse venir faire les visites. Ces visites ont pour objectif de vérifier les glycémies et de faire un monitoring.

Ainsi, c'est un ensemble de consultations supplémentaires qui sont organisées au cours de la prise en charge du DG et qui ont pour objectif de les surveiller au plus près, et alourdisse au passage le parcours femmes enceintes qui doivent se déplacer plus souvent à la maternité, particulièrement au moment du diagnostic (le plus souvent vers cinq ou six mois de grossesse) puis en à partir de huit mois de grossesse. Par ailleurs, les femmes ayant un diagnostic de DG doivent également procéder à des changements importants dans leur vie quotidienne. La surveillance des glycémies est à réaliser quatre fois par jour dans la maternité du Coudray (avant le petit-déjeuner et deux heures après les trois repas de la journée) et six fois par jour dans la maternité Lachapelle (avant chaque repas et deux heures après chaque repas). Elles doivent ensuite reporter les résultats dans un carnet en papier (Maternité du Coudray) ou sur l'application Diabbest (Maternité Lachapelle) afin que les soignantes puissent les contrôler lors

⁶⁰ Le monitoring est une machine composée de deux capteurs, l'un pour enregistrer le cœur du fœtus et l'autre les contractions utérines. L'enregistrement s'imprime sur un papier en temps réel et est conservé dans le dossier des patientes. La durée classique (et médicolegale) de l'enregistrement durant les consultations aux explorations fonctionnelles est de vingt à trente minutes.

des rendez-vous. En outre, les femmes sont supposées s'astreindre au régime alimentaire préconisé par les diététiciennes qu'elles ont vue en consultation ou lors de « *l'atelier diabète* »⁶¹.

La charge que représente l'organisation du suivi du DG repose donc d'une part sur les rendez-vous supplémentaires prévus. Ceux organisés au moment du diagnostic ont pour objectif de délivrer un savoir sur la maladie et de transmettre aux femmes ce qu'il est attendu d'elles en matière d'autocontrôle (autosurveillance et mesures diététiques). Les rendez-vous de fin de grossesse ont pour objectif de surveiller les effets de la maladie d'un point de vue médical et de prendre éventuellement la décision d'un déclenchement de l'accouchement. D'autre part, et entre ces deux périodes de consultations renforcées, l'enjeu est l'organisation de la surveillance régulière des glycémies. En effet, l'objectif est que les soignantes puissent vérifier si les taux de glycémies sont dans les normes attendues afin de prévoir des injections d'insuline si ce n'est pas le cas et ce à une fréquence rapprochée (une fois par semaine dans la maternité Lachapelle et une fois tous les quinze jours dans la maternité du Coudray). L'enjeu de la temporalité est alors au centre des préoccupations sanitaires et organisationnelles⁶².

3.1.6 La temporalité du DG

L'ensemble des professionnelles interrogées s'accordent sur la lourdeur de l'organisation de la prise en charge du DG. Amandine Fallen, gynécologue-obstétricienne, est responsable de cette organisation dans la maternité Lachapelle et explique pourquoi ses collègues ne souhaitent pas s'en charger.

« Mais parce qu'il y a beaucoup de logistique, et que c'est vrai que c'est chiant de s'en occuper. Parce qu'il y a ce côté : ça prend du temps ».

Entretien avec Amandine Fallen, gynécologue-obstétricienne, blanche, 7 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Amandine Fallen, qui n'a pas choisi d'être responsable de l'organisation du suivi du DG dans sa maternité, partage le même avis que ses collègues sur sa pénibilité en termes de gestion du temps.

En effet, le contexte particulier de la grossesse, et plus précisément sa temporalité spécifique, met bien en évidence ces enjeux. Loin de correspondre au cadre des maladies chroniques, le délai entre le diagnostic du DG et la naissance de l'enfant, s'étire sur quelques mois, tout au

⁶¹ Le travail de gestion de la maladie mis en place par les femmes enceintes est analysé dans le chapitre 5.

⁶² L'organisation du travail des professionnelles pour mettre en place le suivi suppose une division du travail complexe du fait des nombreuses actrices impliquées, qui est analysée dans le chapitre 3.

plus six, lorsque celui-ci a été diagnostiqué dès 3 mois de grossesse. Or, la question du délai de la réalisation du dépistage et de la mise en place du suivi semble cruciale pour les professionnelles, pour lesquelles « chaque semaine compte ». Le caractère fortement structuré du suivi de grossesse selon un calendrier précis, contenant des bornes et des seuils à respecter, pour les femmes, comme pour les professionnelles, est largement analysé dans la thèse d'Elsa Boulet. Son travail montre en particulier en quoi ce « *maillage temporel* » relève d'une construction médicale et étatique qui a pour effet de produire un véritable « *travail* » des patientes, en même temps qu'il permet aux professionnelles d'organiser leur propre travail (Boulet 2020).

Les observations montrent en effet que, dans la mise en place du dépistage et du suivi du DG, le respect des dates est crucial pour les professionnelles, qu'il s'agisse des dates auxquelles le dépistage doit être prescrit (entre 24 et 28 semaines d'aménorrhée, soit entre cinq et six mois de grossesse), de la délivrance des recommandations auprès des femmes sur l'autosurveillance à mettre en place, de l'organisation des consultations de fin de grossesse aux explorations fonctionnelles. La fluidité de ces étapes est fréquemment mise à mal, que ce soit concernant les délais pour trouver une place disponible pour une consultation avec la diététicienne (du Coudray), les délais pour parvenir à joindre l'hôpital Rabelais pour obtenir un rendez-vous pour « *l'atelier diabète* » (Lachapelle), les délais de réponse du service de diabétologie (du Coudray)...

De sorte qu'à plusieurs moments, le stress des soignantes est visible quant à la maîtrise de ces délais.

Amanda Bonnemain, sage-femme indienne de 33 ans sollicite Nathalie Lefebvre, gynécologue-obstétricienne blanche de 33 ans, à propos de Malika Azem, femme arabe de 34 ans, qui attend son 3^{ème} enfant, qui a réalisé son test du DG tardivement suite à une négociation avec la sage-femme et refuse de réaliser le suivi médical demandé⁶³. Elle insiste sur le caractère urgent de la situation en disant : « oui mais là j'suis vachement emmerdée, on est à 33 semaines [d'aménorrhée = sept mois de grossesse] [...] »

Journal de terrain, Consultation de suivi de grossesse, Maternité du Coudray, 10/12/15

Ainsi, la charge de travail et la pression en termes de temporalité que représentent le suivi du DG, pour les professionnelles, ajouté au contexte de rationalisation médicale et organisationnelle, a pour effet un report sur les femmes, d'une partie de cette charge. Or, ce report est inégal selon les femmes puisque lorsque l'organisation est en crise, ce sont les femmes les moins dotées socialement qui bénéficient de soins de moins bonne qualité.

⁶³ Cette situation est analysée en détail dans la suite de la thèse, en particulier dans le chapitre 4.

3.2 Une délégation sous forme d'autonomie encadrée

Dans les deux maternités étudiées, il est attendu des femmes qu'elles soient observantes dans leur prise en charge afin de soulager cette organisation sous tension. Que cela se fasse à l'aide du carnet papier de surveillance des glycémies (maternité du Coudray) ou du carnet virtuel (maternité Lachapelle), les femmes passent par un apprentissage et doivent s'approprier la méthode de surveillance de leur diabète : quand et comment prélever leurs glycémies, quelles normes sont attendues, comment s'alimenter pour obtenir ces normes. Une fois cet enseignement délivré par les différentes professionnelles de diabétologie et de maternité, les femmes doivent gérer leur suivi en autonomie. Ensuite, les différentes consultations avec les sages-femmes et gynécologues dédiées au DG ont pour objectif de surveiller « *l'équilibre* » de la maladie mais aussi si leur observance est conforme aux attendus (voir chapitre 3). Cette dernière est indispensable pour les professionnelles, dans le sens où l'organisation de la prise en charge ne prévoit ni moyen humain ni moyen matériel pour accompagner les femmes dans leur travail de gestion de la maladie (Strauss *et al.*, 1982).

Dans la maternité val-de-marnaise, par exemple, la surveillance des glycémies se fait sans application numérique et ne peut donc pas avoir lieu de manière hebdomadaire au risque d'engorger les services. Il est donc demandé aux femmes de repérer les valeurs de glycémies qui seraient anormales et de venir, entre deux consultations mensuelles de suivi de grossesse, montrer leur carnet aux infirmières, de manière informelle. Cela suppose que ces dernières sachent repérer quelles valeurs sont considérées comme anormales.

Une femme noire de 34 ans qui attend son 3^{ème} enfant et est aide-soignante dans le même hôpital, se présente en tenue de travail à son rendez-vous de surveillance du DG avec la sage-femme, blanche, une trentaine d'années. Elle explique que c'est son 3^{ème} DG. La sage-femme la félicite car ses glycémies sont « très bien » et lui dit : « Si tout se passe bien vous ne me reverrez pas [...]. Après si vous connaissez bien [la maladie], si vous voyez que ça se déséquilibre [que les glycémies deviennent anormales], vous m'appellez, on se cale un rendez-vous. » Elle lui donne alors le numéro du bureau de consultation.

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité du Coudray, 25/02/2016

La sage-femme s'appuie donc sur l'expérience des grossesses précédentes de cette femme durant lesquelles elle avait déjà développé un DG, ainsi que sur son appartenance au domaine médical pour lui confier le soin d'analyser elle-même l'équilibre de son diabète et prendre l'initiative de consulter à la maternité si les glycémies ne lui semblent pas normales. Dans la maternité du Coudray, les soignantes attendent également que les femmes enceintes ayant un DG nécessitant une prise d'insuline, adaptent elles-mêmes les doses en fonction des résultats de glycémies. En effet, la mise sous insuline par le service de diabétologie n'enclenche pas de

contrôles réguliers des glycémies par l'équipe du service et ceci est géré par les soignantes de maternité lors des consultations aux explorations fonctionnelles.

Sophie Marsac, sage-femme blanche de 38 ans, me parle d'une patiente qui ne s'est pas présentée à son rendez-vous. Celle-ci a un DG diagnostiqué depuis le début de grossesse et traité par insuline depuis trois mois de grossesse. Un déclenchement de l'accouchement est prévu à neuf mois. Dans son dossier informatique la sage-femme qui l'a vue à la précédente consultation écrit : « Carnet dramatique, n'ose pas augmenter son insuline, restée aux mêmes doses depuis 2 semaines !!!! » Puis : « a vu la diabétologue il y a 2 jours qui lui a dit d'augmenter les doses d'insuline. Procédure d'augmentation des doses revue avec la patiente ce jour. Sage-femme à domicile déjà en place [...] Doit augmenter ses doses en fonction du schéma thérapeutique +++++ »

Journal de terrain, explorations fonctionnelles, Maternité du Coudray, 16/02/16

Cet extrait illustre bien l'attente des sages-femmes quant à la gestion des doses d'insuline par les femmes elles-mêmes. Plusieurs sages-femmes de cette maternité m'ont fait part de leur agacement face aux femmes qui n'augmentent pas leurs doses d'insuline. La délégation se reporte ainsi des diabétologues vers les gynécologues-obstétriciennes et les sages-femmes, puis, en bout de chaîne, vers les femmes développant un DG.

Pour la maternité parisienne, l'application Diabbest permet d'augmenter la fréquence de la surveillance sans alourdir les contraintes d'organisation de consultations sur place. Pour les femmes, cela peut également représenter un bénéfice de ne pas avoir à se déplacer régulièrement à l'hôpital. Cependant, cette modalité de suivi repose sur une autonomie supposée des femmes tant sur le plan technique (posséder un smartphone et/ou un ordinateur ainsi qu'une connexion internet) qu'en termes d'aisance avec les outils numériques. En outre, l'application les invite également à s'informer sur la maladie en visionnant les vidéos présentes sur la plateforme, ce qui complète voire se substitue aux échanges avec les professionnelles.

Lors de sa consultation avec le professeur Joseph, homme blanc de 70 ans environ, diabétologue et chef de service, une femme enceinte blanche, dont le diagnostic de DG lui été annoncé récemment, pose des questions à ce sujet. Le professeur évite de lui répondre et me dit après son départ : « c'est pas que je veux pas lui dire mais après je le dis à tout le monde [lors du « cours » collectif], avec Diabbest on sait tout, avec les trois, quatre tutoriels, vous savez tout. Avant je leur demandais comment on avait fait le diagnostic, selon quelles normes, mais ça prend trop de temps. »

Journal de terrain, consultation individuelle de diabétologie, Hôpital Rabelais, 28/06/2016

Le professeur Joseph assume pleinement le choix du suivi à distance pour gagner du temps de consultation, en particulier sur la délivrance d'informations sur la maladie.

« La télémédecine a été à moitié une réflexion et à moitié pragmatique, pour gérer le flux des patientes »

Entretien avec le Professeur Joseph, diabétologue, blanc, Hôpital Rabelais, 09/02/2018

Ainsi, afin de soulager l'organisation (gestion du temps), l'application permet de reporter sur les femmes le travail d'accès à l'information sur la maladie. On assiste à une transformation des « géographies de responsabilité » (Oudshoorn, 2012) qui implique davantage les patientes et repose sur un dispositif technique pour les tâches médicales.

À nouveau, cette délégation des soins semble fonctionner et profiter aux femmes les plus dotées socialement.

« Après, le gros problème de la télémédecine, bah, c'est que comme c'est un moyen moderne, on est hyper limité par les moyens que les gens ont ; donc, les moyens financiers. Est-ce qu'il y a une connexion internet ou pas ? On a des gens qui ont des ruptures de connexion internet, vu qu'ils n'ont pas payé, donc le suivi s'arrête ».

Entretien avec Anne Meunier, diabétologue, blanche, 2 ans d'expérience, Hôpital Rabelais

Bien qu'Anne Meunier constate les limites très concrètes d'accès à l'application numérique pour certaines femmes, cela n'occasionne pas de remise en question de son utilisation. Ainsi, les deux modalités de prise en charge du DG, bien que différentes, s'appuient sur une délégation des soins laissant peu de place à un accompagnement individualisé dans le travail de gestion de la maladie. Cette délégation des soins semble aller de soi pour les professionnelles interrogées. En dépit du fait qu'elles perçoivent les difficultés de certaines femmes ayant un DG, elles souscrivent à une vision des patientes supposées être autonomes et responsables de leur santé, ce qui leur permet de justifier cette délégation de soins.

3.3 De l'autonomie à la responsabilisation

L'observance attendue des femmes correspond à une délégation de soins fondée sur leur autonomie. L'autonomie et le fait d'être acteur de sa santé sont des valeurs promues et valorisées depuis le début des années 2000 tant sur le plan éthique que sur le plan du droit, en particulier dans le domaine des maladies chroniques (Laude, 2013 ; Ménoret, 2015 ; Schlegel, 2020). À ce titre, le diabète – gestationnel ou non – est une pathologie marquée par une reconfiguration profonde du travail des patient·es (Strauss *et al.*, 1982) avec un débordement du soin dans la vie quotidienne, en particulier grâce à l'amélioration des technologies (Dufaitre-Patouraux *et al.*, 2003). Ces évolutions paraissent aller de soi pour les soignantes des deux maternités enquêtées.

En effet, adhérer à cette surveillance médicale et aux recommandations en termes de comportements n'est pas suffisant. Une dimension supplémentaire, voire contradictoire, semble

essentielle aux yeux des professionnelles, celle d'une implication des femmes elles-mêmes dans cette surveillance. La responsabilisation du patient, suite à la loi de 2002, dite Loi Kouchner est au cœur des évolutions de la relation soignant-soigné, du moins du point de vue du droit mais également dans les discours et les pratiques des professionnel·les de santé (Laude 2013; Bergeron et Castel 2014; Ménoret 2015). De sorte que les patientes de maternité font face à des injonctions paradoxales car elles doivent à la fois suivre les recommandations médicales avec docilité, mais aussi participer activement à leur suivi. Ainsi, seule une participation active allant dans le sens des recommandations avancées par les professionnelles est légitime.

Entre deux consultations, Charlotte Bets, gynécologue-obstétricienne blanche d'une trentaine d'année, me parle de ses attentes vis-à-vis des patientes : « *J'essaie de les responsabiliser, on est pas véto [vétérinaire], qu'elles se sentent concernées, c'est la moindre des choses !* ». A un autre moment, lors de la même après-midi, celle-ci s'agace face à une femme incapable d'expliquer ce qu'elle a subi comme intervention chirurgicale : « *On vous endort, on vous ouvre le ventre et vous savez pas pourquoi ?!* » (Journal de terrain, consultation de suivi de grossesse, Maternité du Coudray, 18/02/2016). Ces attentes concernent leur santé de manière générale et se rejouent dans le cadre du DG et ce, d'autant plus qu'une partie de la prise en charge est réalisé par les femmes en dehors de l'hôpital.

« Le problème, c'est que les patientes, elles sont quand même responsables de leur santé. Et une fois que tu leur as expliqué tout, et que tu as tout noté et que voilà, il y a un moment... Elles ont les cartes entre les mains, on ne peut pas aller chez elles vérifier qu'elles font bien leur petite piquouse ».

Entretien avec Nathalie Lefebvre, gynécologue-obstétricienne, blanche, 2 ans d'expérience, maternité du Coudray

Nathalie Lefebvre estime donc que ces tâches liées au suivi du DG ne lui incombent pas et que la responsabilité des femmes vis-à-vis de leur santé est indispensable. En ce sens, les professionnelles rencontrées endossent cette vision de l'autonomie des patientes comme dimension indispensable du soin. Pour elles, cette capacité à être autonome reflète leur degré d'implication et leur conscience de la nécessité de leur prise en charge. Stéphanie Pujol, diététicienne à l'hôpital Rabelais, explique qu'il lui semble nécessaire que celles-ci soient impliquées dans leur suivi.

« C'est pour ça, la rupture sur certaines patientes [dans leur suivi], quand ça ne vient pas d'elles, le suivi, elles ne le font pas. Il faut qu'elles soient actrices dans cette prise en charge ».

Entretien avec Stéphanie Pujol, diététicienne, blanche, 12 ans d'expérience, Hôpital Rabelais

Pour Stéphanie Pujol, la non-observance du suivi du DG s'explique donc par un défaut d'implication et une passivité des patientes. Pour reprendre les termes de Vincent Schlegel à propos des programmes d'ETP dans le diabète chronique, « [l]e "patient autonome" apparaît alors comme le produit d'une rhétorique médicale visant à faciliter le respect des prescriptions, tout en allégeant la charge de travail des professionnels de santé qui peuvent déléguer une partie de leur travail aux malades » (Schlegel, 2020 : 416). Or, dans le cadre du DG où aucun programme d'ETP n'est élaboré étant donné le caractère transitoire de la maladie, l'autonomie des patientes n'est pas une ambition affichée. Bien que « l'atelier diabète » de l'hôpital Rabelais s'inspire des programmes d'ETP (voir supra), celui-ci ne se déploie pas dans un objectif d'autonomisation des femmes mais plutôt d'optimisation de l'organisation en réunissant plusieurs femmes en même temps.

« Les nanas [les femmes enceintes] de Lachapelle en fait, elles arrivaient un peu constamment, il y a un flot de patientes qui arrivaient n'importe quand, et les médecins devaient se détacher. L'infirmier devait se détacher, donc ce n'était pas vivable. Donc, ils ont lancé des ateliers qui sont hyper bien, puisque pour le coup-là, on en voit cinq en même temps ».

Entretien avec Anne Meunier, diabétologue, blanche, 2 ans d'expérience, Hôpital Rabelais

Anne Meunier explique ici les évolutions dans le suivi des femmes enceintes de la maternité Lachapelle et prises en charge dans le service de l'hôpital Rabelais. Celle-ci témoigne d'une période antérieure où les femmes étaient suivies au fil de l'eau.

Les discours sur l'autonomie avancés par les professionnelles relèvent alors davantage d'une rhétorique justificatrice de la délégation de soins que d'un projet de soin. Comme le résume Delphine Moreau : « Dire que la valeur autonomie est devenue prégnante ne signifie évidemment pas qu'elle soit universellement respectée mais qu'elle constitue une contrainte de justification et est utilisée comme un levier de transformation des pratiques » (Moreau 2015 : 19).

En outre, la spécificité de la grossesse réside dans le fait qu'elle implique non seulement la santé des femmes enceintes mais également celle de leur fœtus. L'autonomie attendue des femmes dans le DG est alors d'autant plus circonscrite au respect des prescriptions et recommandations médicales qu'elles sont rendues premières responsables de la santé de leur bébé. Étudiant la grossesse au Brésil, l'anthropologue Alfonsina Faya-Robles (Faya-Robles 2014) montre que la responsabilisation des mères durant la grossesse est accrue lorsque celle-ci est dite « à risque ». Cette responsabilisation s'apparente, selon elle, à un processus de « biopolitique déléguée » – concept qu'elle emprunte à Dominique Memmi (Memmi 2004) – dans le sens où les institutions prévoient et organisent la délégation de la gestion de ces risques

aux femmes enceintes. Dominique Memmi formule ainsi, au sujet des pratiques médicales autour des interruptions de grossesse et de fin de vie : « *On a à faire à un gouvernement s'appuyant sur les sujets, c'est-à-dire qui confie volontiers la gestion rationnelle de l'objet dont il entend réguler les usages (ici le corps) aux individus [...]* » (Memmi 2004 : 137). Dans le cas du DG en France, on assiste en effet à une délégation, envers les futures mères, de la gestion des risques médicaux, en particulier ceux concernant le fœtus. Les choix en matière de dépistage, les discours autour des risques et les modalités de suivi de la maladie renvoient en effet à une surveillance au plus près afin de garantir la santé de la mère, mais surtout de l'enfant. Or, l'institution prévoit que cette surveillance soit intégrée par les femmes elles-mêmes sous la forme d'une observance, voire d'une autosurveillance (Mathieu-Fritz et Guillot 2017).

En effet, une « bonne » observance de la part des femmes est capitale aux yeux des professionnelles car elle atteste non seulement de leurs préoccupations pour leur propre santé mais également pour celle de leur futur enfant.

« Vous savez, si on vous embête pour le diabète [...], ce n'est pas pour moi, ce n'est pas moi qui ai le diabète hein, c'est vous qui avez un bébé ».

Entretien avec Louise Bouquet, sage-femme, blanche, 6 ans d'expérience, Maternité du Coudray

À l'occasion de ces rendez-vous, il est rappelé aux femmes de faire des « *efforts* » pour leur bébé, comme dans la situation suivante.

Sébastien Fougeray, sage-femme blanc d'environ 30 ans, reçoit une femme enceinte péruvienne pour une surveillance de DG. Il l'interroge sur ce qu'elle mange en essayant de repérer ce qui fait « monter » ses glycémies : « Vous avez vu que quand vous mangez [...] ça monte. Vous avez conscience que c'est pour votre bébé ? » / « Oui » [...] / « Donc il faut faire attention d'accord ? Y a certaines choses qui font monter le sucre [...]. Il reste pas longtemps, trois semaines maximum et le régime c'est fini »

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité Lachapelle, 30/08/2016

Sébastien Fougeray mobilise ainsi plusieurs arguments afin de convaincre la patiente de la nécessité de poursuivre ses efforts pour le suivi du régime alimentaire. Il invoque en premier lieu les bénéfices pour le « *bébé* » et s'enquiert de la « *conscience* » de la mère à ce sujet, puis il met en avant la courte durée de cette période contraignante, qui prend fin bientôt.

La surveillance du DG, surtout à la fin de la grossesse, se centre donc sur la santé du fœtus puisque le risque de développer un diabète chronique à long terme pour la mère est évoqué uniquement par les diabétologues. Plusieurs professionnelles emploient les termes de « *conscience* » ou « *d'inconscience* » : pour elles, la capacité d'observance des femmes reflète

leur degré de responsabilité vis-à-vis de leur futur enfant, et donc leurs capacités à être de « bonnes » mères (Garcia 2011).

Dans l'extrait suivant, Nathalie Lefebvre m'explique qu'elle peut aller jusqu'à mentionner le risque de décès du fœtus avec les femmes qu'elles jugent immatures face à leur suivi.

Parce qu'en fait, souvent, les patientes qui sont sensées et qui respectent, tu n'as pas besoin d'aller leur dire : « il risque de mourir » en fait. [...] Mais en fait, il y en a certaines, des fois, tu as envie de les mettre devant la vraie réalité parce qu'elles se comportent comme des gamines et elles pensent que c'est pour me faire plaisir. Et en fait, je leur dis : « Mais en fait moi, votre carnet à la base... [je m'en fiche]. »

Entretien avec Nathalie Lefebvre, gynécologue-obstétricienne, blanche, 2 ans d'expérience, Maternité du Coudray

La menace de la mort du fœtus in utero est donc envisagée comme un moyen de pression ultime et légitime par Nathalie Lefebvre. Certaines professionnelles de la même maternité n'emploient pas ces termes mais font malgré tout référence à la santé du bébé. Ainsi, Marion Brun, gynécologue-obstétricienne, mentionne « la macrosomie et l'hypoglycémie néonatale » afin de « motiver » les femmes à être observantes (voir le chapitre 3 sur les variations entre professionnelles).

Dans les discours des soignantes, la délégation des soins dans le DG est justifiée par la santé et la vie du bébé en devenir, pour lequel tous les efforts sont attendus de la part des femmes. Par conséquent, elles se retrouvent face à une injonction contradictoire d'autonomie mais aussi d'observance docile, ou autrement dit d'autonomie circonscrite. Or, la possibilité de satisfaire à cette injonction est variable d'une femme à l'autre et dépend en particulier des ressources sociales de chacune.

4. Le traitement inégalitaire des soignées par l'institution

Ce paradigme de la patiente « idéale », observante, autonome et responsable constitue le fondement de traitements inégaux par l'institution. En effet, l'organisation de la prise en charge du DG s'appuie sur des dispositions sociales davantage acquises par les femmes de classes sociales moyennes et supérieures qui leur permettent de mieux s'approprier ce qui leur est demandé, et ce d'autant que le délai est contraint par le temps court de la grossesse.

4.1 Une autonomie dans la gestion de la maladie socialement différenciée

Sur mes terrains, les femmes de classe populaire ne remettent pas en question le suivi proposé mais rencontrent davantage de difficultés dans sa mise en œuvre. Parmi elle, trois sont en

situation de précarité (deux dans la maternité Lachapelle et une dans la maternité du Coudray) et les huit autres appartiennent aux classes populaires stable (deux dans la maternité Lachapelle et six dans la maternité du Coudray), ce qui fait un total de onze femmes sur les vingt-cinq interrogées.

Leurs difficultés spécifiques résident dans des contraintes matérielles ou administratives mais se situent également sur le plan linguistique ou de la manipulation des objets technologiques tels que le lecteur glycémique ou l'application numérique. Par exemple, quelques femmes ne réunissent pas certaines conditions nécessaires pour utiliser l'application numérique dans leur vie quotidienne.

Fanta Diallo : [...] Je me suis dit : « Ok parce que moi, je ne suis pas trop internet. » Du coup, j'ai installé quand même [l'application] parce que j'aimerais bien surveiller comme les autres. J'ai installé. Après, tout ce qu'ils racontent dedans, je ne sais pas du tout.

Aurélie : Donc ça, vous ne compreniez pas.

Fanta Diallo : Voilà. Je me suis dit : « Bon bref ! Vas-y, laisse tomber. Arrête de manger du sucre et des trucs sucrés, etc. » [...] Et c'est pour ça que je n'ai pas suivi.

Entretien avec Fanta Diallo, 28 ans, noire, sans emploi (CAP prêt-à-porter), en situation de handicap, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

Fanta Diallo exprime bien que, malgré son souhait de réaliser le suivi tel qu'il est proposé et la possibilité matérielle d'accéder à l'application numérique, elle n'est pas assez à l'aise avec ce type d'outil pour se l'approprier et l'utiliser.

Samia Naciri, enceinte de son premier enfant, originaire du Maroc et en situation irrégulière, vit très modestement avec son mari dans une chambre de bonne de 6m² sans sanitaire. Celle-ci m'explique que seul son mari possède un téléphone et que, bien qu'il ait téléchargé l'application, ils ne prennent pas le temps de rentrer les résultats car celui-ci rentre tard et fatigué de son travail.

Pour Ghyslaine Boloki, enceinte de son troisième enfant, il est compliqué de se procurer son lecteur glycémique puisqu'elle n'est pas couverte par la Sécurité sociale. Elle est française mais vit au Congo, le pays de ses parents, depuis de nombreuses années. Elle décide de venir en France pour bénéficier de meilleurs soins alors qu'elle se sait enceinte et vit également avec une myasthénie (maladie chronique touchant les muscles). À son arrivée en France, ses droits à la Sécurité sociale sont bloqués et ne seront rouverts qu'après la naissance de sa fille. Lors de la consultation où elle apprend qu'elle a un DG, celle-ci explique à la sage-femme que son ouverture de droit est « *en cours* » mais n'en dit pas plus. La professionnelle n'explore pas plus avant sa situation et prescrit l'appareil.

« Le soir-même j'étais dans une pharmacie et je demande combien ça coûte. Et là toute l'ordonnance j'en avais pour 120 euros [rires]. [...] Au moins, je suis à 70 euros et là je suis dans « je compte mes sous ». [...] Comme ma mère est diabétique et qu'elle est ici, je l'appelle et je lui dis « maman est-ce que par hasard t'aurais pas laissé une de tes machines ici [...] ? », « ah non j'en ai pas mais appelle tantine », donc j'appelle tantine qui, elle, est au Havre [...] Et donc entre temps je vais à mon deuxième rendez-vous d'explorations [fonctionnelles], et là je dois leur expliquer que j'ai pas pu, donc ils sont un p'tit peu ennuyés... [...] Mais j'ai quand même, sincèrement, je suis même allée sur Le Bon Coin pour voir si y avait un appareil que je pouvais m'offrir. Malheureusement y en avait pas... »

Entretien avec Ghyslaine Boloki, 43 ans, noire, sans emploi en France (cheffe d'entreprise au Congo), enceinte de son troisième enfant, Maternité du Coudray

Ghyslaine Boloki doit donc mobiliser ses propres ressources, notamment son réseau personnel mais ne fait pas appel aux professionnelles auxquelles elle n'ose pas exposer sa situation. Dans son cas, ses glycémies ne seront pratiquement pas suivies et elle se verra proposer donc un déclenchement de l'accouchement à huit mois et demi de grossesse.

Il en va de même pour Moussou Doucoure, enceinte de son sixième enfant, originaire du Mali, qui ne parlant pas français et n'étant pas alphabétisée, se fait aider par ses enfants adolescents pour utiliser le lecteur glycémique et le carnet. Ces derniers rencontrent également des difficultés et son diabète ne sera suivi que tardivement. Il en résultera un déclenchement à huit mois et demi de grossesse.

Pour ces femmes, il s'agit non seulement de problématiques concrètes entravant la mise en place de leur suivi, mais aussi de dispositions sociales qui les conduisent à ne pas exprimer leurs besoins auprès des professionnelles de santé (voir chapitre 6). Ainsi, les femmes de classes pauvre ou populaire présentent davantage de difficultés à satisfaire à cette injonction d'autonomie bien qu'elles adhèrent au suivi dans une grande majorité des cas et fassent preuve d'imagination à ce sujet. Cependant, leur travail de gestion de la maladie est invisibilisé et si, en dernier recours, le suivi reste insatisfaisant aux yeux des soignantes, elles seront considérées comme « *mal suivies* ».

4.2 Quand les femmes doivent compenser les failles institutionnelles

En dépit du fait que les professionnelles de maternité perçoivent les difficultés sociales de leurs patientes et fassent preuve d'empathie, cela n'occasionne pas nécessairement d'accompagnement spécifique. Lorsque des solutions sont proposées, il s'agit plutôt de bricolages qui, par définition, restent aléatoires.

Concernant la situation de Ghyslaine Boloki, il serait possible de lui fournir un lecteur de glycémies mais à ce moment-là, il n'y a plus d'appareil en stock dans la maternité. Pour les

femmes qui sont dans l'impossibilité d'accéder à l'application, des solutions peuvent être également trouvées telles que la communication des glycémies par téléphone auprès de la secrétaire du service de diabétologie. Cependant, ces solutions restent précaires et ont disparu après le départ non remplacé de cette secrétaire. Ces adaptations sont toujours tributaires des moyens matériels et humains à disposition dans l'institution.

Voici, ci-dessous, un échange de mail entre une sage-femme de la maternité Lachapelle, Capucine Rossignol et le Professeur Joseph de l'hôpital Rabelais, montrant le travail (non prévu) que celle-ci met en place pour compenser les difficultés d'organisation et respecter les délais. Celle-ci transfère également cet échange de mail à son supérieur, Ganesh Ales, sage-femme coordinateur des consultations, afin de signaler ces dysfonctionnements, récurrents à cette période.

De : ROSSIGNOL Capucine
Envoyé : lundi 7 novembre 2016 15:21
À : JOSEPH Jean-Claude, fanny.lacombe@aphp.fr [secrétaire du service d'endocrinologie de l'hôpital Rabelais]
Objet : suivi diabète - Mme Ben Said

Bonjour,

Je vois ce jour en consultation Mme Ben Said et son mari. Elle a un dépistage HGPO du 21/09/2016 avec des résultats pathologiques : 0.93 / 1.99 / 2.10

Ce couple essaye d'avoir 1 RDV avec vous depuis plus d'un mois sans succès.

Ils n'ont pas internet mais avaient déjà dû faire le suivi d'un diabète gestationnel lors de la précédente grossesse en 2015 et vous envoyaient les résultats par fax.

Je vous redonne le numéro de téléphone de monsieur : 0633568590.

Ils vont passer sur l'hôpital [Rabelais] dès demain pour pouvoir avoir un rdv rapidement, la patiente est à ce jour à 33sa+5j [sept mois et demi de grossesse].

Merci de ce que vous pourrez faire pour elle

Cette sage-femme relance ici le Professeur afin que la prise en charge du DG de cette femme puisse s'enclencher. Ceci ne fait pas partie des tâches prévues dans son temps de travail mais l'enjeu de dépassement des délais pour le suivi de la maladie l'incite à prendre ce temps supplémentaire mais aussi à le signaler à son responsable afin que cela ne se reproduise pas. Le Professeur Joseph répond quinze minutes après à la sage-femme : « *je viens d'appeler mais leur messagerie est pleine* ».

Au moment de mon enquête, le service de diabétologie de l'hôpital Rabelais est en crise à la suite de plusieurs départs de diabétologues non remplacés. Les difficultés à recevoir l'ensemble des femmes enceintes ayant un DG amènent le chef de service, le Professeur Joseph, à faire le

choix, durant plusieurs mois, de renvoyer systématiquement vers la maternité les femmes rencontrant des difficultés d'accès à l'application pour des raisons matérielles ou linguistiques. C'est le cas de Fanta Diallo et Samia Naciri, mais aussi de toutes les femmes non francophones qui sont alors exclues des « *ateliers diabète* » et du suivi à distance. À moins qu'elles n'apportent la preuve que quelqu'un dans leur entourage peut communiquer leurs glycémies et échanger sur le tchat à leur place, elles ne sont pas suivies.

Anne Meunier, diabétologue blanche de 31 ans, reçoit une femme enceinte arabe non francophone accompagnée de sa cousine qui traduit les échanges. La diabétologue cherche à savoir si celle-ci pourra aider la patiente pour utiliser l'application. La cousine explique qu'elle fait des études et qu'elle ne sera donc pas tout le temps disponible. S'adressant à moi, Anne Meunier explique : « On a une secrétaire qui est très gentille mais qui ne filtre pas. Normalement elle n'aurait pas dû être vue [cette femme]. » Plus tard, elle conclut : « Faudra suivre à [la maternité] Lachapelle. » Elle ajoute : « C'est compliqué, on est moins de médecin, je peux pas faire plus, je fais déjà plus. » Puis en regardant sa montre : « Pfff je vais être en retard ! »

Journal de terrain, Consultation de diabétologie, Hôpital Rabelais, 22/07/2016

Cet extrait montre en quoi le choix d'exclure certaines patientes de la prise en charge du DG doit permettre de soulager l'organisation globale du service de diabétologie en allégeant le travail quotidien des deux diabétologues restants. Pour cela, le processus d'exclusion doit être engagé en amont des « *ateliers diabète* », par la secrétaire du service. Les ateliers n'accueillent les femmes non francophones que si elles sont susceptibles de se faire aider au quotidien pour la traduction.

De manière globale, il est attendu, voire demandé explicitement que les femmes enceintes allophones viennent accompagnées d'une personne de leur entourage pour effectuer la traduction lors des consultations. En théorie, un service d'interprètes professionnels est disponible, mais il n'est que rarement voire jamais utilisé dans les situations observées. En effet, il est possible de solliciter un·e interprète professionnel·le via une association reconnue dans ce domaine, mais les budgets limités de l'hôpital font que son usage est peu encouragé, voire découragé, excepté dans les cas graves nécessitant un consentement clair des parents⁶⁴. Il s'agit également d'un enjeu de gestion du temps puisque la sollicitation d'un·e interprète professionnel·le demande de l'organiser, constat qui se retrouve dans d'autres services et dans d'autres contextes géographiques (Foubert, 2020). Ainsi, la qualité des échanges en consultation dépend de la possibilité de traduction au sein de l'entourage.

« Non, non, non, non. Déjà, on n'a pas d'interprète à l'hôpital Rabelais ; enfin, je ne sais même pas où est-ce qu'on peut les trouver. Et en plus de ça, le problème, c'est qu'à la

⁶⁴ Sur mes deux terrains, les professionnelles sont obligées, dans un premier temps, de se référer à une liste de personnes volontaires parmi le personnel du service parlant une langue étrangère et, si et seulement si, cette voie n'aboutit pas, ils peuvent solliciter l'association d'interprètes professionnel·les.

maison, voilà, il faut que... Pour moi l'interprète, il est dans la famille ou dans l'entourage ».

Entretien avec Anne Meunier, diabétologue, blanche, 2 ans d'expérience, Hôpital Rabelais

À ma question sur son recours éventuel aux services d'interprétariat au sein de l'hôpital, Anne Meunier est non seulement surprise car elle n'en connaît pas l'existence, mais encore estime-t-elle que la traduction doit être possible au domicile pour l'utilisation de l'application numérique. On retrouve ici les analyses de Dorothée Prud'homme qui montre que la logique de rationalisation à l'hôpital peut conduire à des discriminations, notamment par le non-recours aux services d'interprétariat pour les femmes non francophones (Prud'Homme 2016). J'ai pu observer des tentatives d'adaptation mais ces initiatives demeurent sporadiques et très aléatoires car elles se font au prix d'un sacrifice de temps et dépendent alors des disponibilités et de la volonté de chaque professionnelle. Les situations qui se dénouent se font essentiellement grâce à la mobilisation des ressources personnelles des femmes enceintes.

« Nous, on ne gère que les gens qui peuvent se gérer. C'est la limite principale, pardon, du système hein. Après, quelqu'un qui ne parle pas français, moi par exemple, j'ai une dame qui attend des jumeaux qui ne parle pas français. Donc moi, j'ai dit : bah non, je suis désolée. Elle était avec sa nièce et je lui dis : " A moins que vous, vous puissiez remplir ". Elle me dit : " Oui, oui, je vais essayer ". En fait, elle remplit tout, hyper bien. La dame, au début, c'était un peu élevée. J'ai vu avec la nièce la conduite à tenir pour la diététique ; elle l'a donné à sa tante. La tante, elle a tout réorganisé, tout est nickel, j'ai pu simplifier les contrôles, ça se passe hyper bien ».

Entretien avec Anne Meunier, diabétologue, blanche, 2 ans d'expérience, Hôpital Rabelais

Dans cette situation, la solution est trouvée au sein de l'entourage de la femme enceinte et nécessite un travail quotidien important de la part de sa nièce pour permettre à la diabétologue de réaliser son propre travail. Il s'agit donc de prendre en charge les femmes dont l'adhésion aux normes médicales préexiste et dont les ressources pour mettre en place le travail de gestion de la maladie ne nécessitent pas de solliciter l'institution.

Conclusion

Tout au long de ce chapitre j'ai exploré la mise en œuvre de la prise en charge du DG du point de vue institutionnel et organisationnel et son articulation avec la notion d'observance. Le contexte de dépistage systématique du DG, en voulant cibler les femmes supposées surexposées à la maladie et réfractaires aux recommandations, induit une surcharge dans une organisation soumise à des logiques de rationalisation. L'observance qui est demandée aux femmes ayant un diagnostic de DG prend donc la forme d'une délégation des soins qui doit permettre de

maîtriser les risques de la maladie mais également de soulager l'organisation hospitalière. Cette délégation est justifiée, dans les discours des soignantes, par une valorisation de l'autonomie des femmes qui prend la forme d'une responsabilisation, au nom de la santé de leur fœtus. Autrement dit, les femmes enceintes portent la responsabilité de leur santé et celle de leur fœtus tout en étant insérées dans des institutions fortement normalisatrices ce qui encadre l'autonomie qui leur est demandée. *In fine*, cet idéal de la patiente observante, autonome et responsable conduit à des soins différenciés dans la mesure où les femmes ont des ressources matérielles et symboliques inégales pour répondre aux attentes médicales, dans un contexte où les aménagements individualisés se font au prix de « bricolages » des soignantes. Bien que les femmes supposées éloignées du système de soin adhèrent aux normes médicales, leurs difficultés ne peuvent être prises en compte dans l'institution. Ainsi, ce sont précisément celles qui sont ciblées au départ comme plus à risque de développer un DG qui sont les moins bien soignées.

Nous allons voir dans le chapitre suivant comment les soignantes tentent de convaincre les femmes d'être observantes dans un registre scolaire qui tend à normaliser leurs conduites corporelles et à les responsabiliser vis-à-vis de la santé de leur fœtus. Il s'agira également de montrer comment les différents groupes professionnels mettent en œuvre cet objectif d'observance de manière variable selon les enjeux de reconnaissance et de hiérarchie qui les traversent.

Chapitre 3 – Division du travail et consensus professionnel autour de l’observance : normaliser, surveiller, contraindre

J’ai montré au cours du chapitre 2 que les processus de normalisation des comportements des femmes enceintes se déploient sur le plan institutionnel dès le début de leur suivi de grossesse et permettent de soulager le travail des soignantes. Il s’agit ici de montrer comment se réalise la mise en œuvre de l’observance, dans les pratiques et les discours de l’ensemble des soignantes en charge du DG et comment cela reconfigure les relations entre les groupes professionnels concernés.

En effet, une des particularités de la prise en charge du DG dans les services de maternité est qu’elle fait intervenir différentes professions. Les autres pathologies de la grossesse mobilisent généralement, en plus de la sage-femme, les compétences des gynécologues-obstétriciennes mais rarement, ou ponctuellement, celles d’autres segments de la profession médicale. En outre, ces autres médecins sont consultés pour donner leur avis mais les patientes les rencontrent rarement directement. Ici, non seulement les professions paramédicales se multiplient autour des femmes ayant un DG, avec l’intervention spécifique des diététiciennes et des infirmières, mais les diabétologues s’ajoutent aux sages-femmes et aux gynécologues-obstétriciennes pour les professions médicales.

Ce chapitre vise à comprendre comment l’objectif d’observance poursuivi dans le DG structure la division du travail et les relations entre les groupes professionnels engagés dans la prise en charge de la maladie. Il s’agira alors de se demander si tous les groupes professionnels engagés dans la prise en charge du DG partagent la même conception de l’observance. Sont-ils investis au même degré dans cette prise en charge et dans la mise en œuvre de l’observance ? Les professionnelles de chaque groupe se sentent-elles légitimes et valorisées dans cette activité autour de l’observance ? Les relations entre les groupes se trouvent-elles modifiées ou reconduites autour de cet objectif ?

Dans une première partie, nous verrons en quoi la mise œuvre de l’observance est productrice de normes qui participent de la construction d’un ethos professionnel de surveillance (Fusulier 2011) solide et transversal aux différents corps de métier impliqués dans le suivi du DG. J’examinerai dans une deuxième partie en quoi cet usage varie malgré tout d’un groupe professionnel à l’autre selon les enjeux spécifiques de chacun.

1. La mise en œuvre de l’observance : logiques de normalisation et renforcement d’un ethos de surveillance chez les soignantes

La question de l’observance est centrale pour toutes les soignantes interrogées dans cette thèse, ce qui en fait un objectif commun bien que pas forcément énoncé clairement (Strauss 1992). Pour l’ensemble des professionnelles engagées dans la prise en charge du DG, cet objectif d’observance recouvre la mise en place du régime alimentaire et de l’autosurveillance glycémique par les femmes ayant un diagnostic de DG. La question du régime alimentaire cristallise un certain nombre d’attentes pour les soignantes dans la mesure où, par ce régime, elles véhiculent des normes de conduites corporelles pouvant aller au-delà de la grossesse.

1.1 Les processus de normalisation des conduites corporelles des femmes enceintes développant un DG

1.1.1 « *Ce n’est pas un régime, c’est de l’équilibre alimentaire* » : entreprendre la normalisation des comportements alimentaires des femmes ayant un DG

La mise en œuvre de l’observance des femmes enceintes développant un DG repose en grande partie sur leur suivi du régime alimentaire, qui est préconisé dans le but de réguler leurs glycémies. Les normes de ce régime leurs sont transmises par les diététiciennes et repose sur des savoirs similaires dans les deux structures que sont la maternité du Coudray et l’hôpital Rabelais (qui prend en charge les femmes enceintes ayant un DG de la maternité Lachapelle).

Du fait de la différence d’implication des diététiciennes dans le suivi du DG entre les deux établissements, seule Stéphanie Pujol, diététicienne de l’hôpital Rabelais emploie le terme « observance » lors de notre entretien, alors que Sylvie Bévan, diététicienne de la maternité du Coudray (blanche, 48 ans) déclare ne jamais l’employer⁶⁵. Pour autant, que ce soit lors des consultations ou en entretien, des éléments de discours et de pratiques montrent que l’objectif de faire adhérer les femmes aux normes diététiques attendues, est central pour les diététiciennes des deux établissements. Je retrouve un même processus de normalisation dont les diététiciennes s’emparent et qui englobe la question de l’observance sans forcément la nommer comme telle.

⁶⁵ Rappelons ici que les femmes enceintes ayant un diagnostic de DG dans la maternité du Coudray rencontre la diététicienne en consultation individuelle environ dix jours après l’annonce du diagnostic et ne la revoit pas ensuite ; et les femmes enceintes ayant un diagnostic de DG dans la maternité Lachapelle rencontre la diététicienne lors d’une séance collective de « *l’atelier diabète* » et peuvent être en contact avec elle tout au long de la grossesse via l’application numérique Diabbest.

En effet, lorsque j'aborde la question de l'observance avec Sylvie Bévan celle-ci me dit ne pas employer ce terme mais elle évoque spontanément les cas où les patientes ne se présentent pas en consultation. Elle m'explique que dans ces situations, elle le note sur le dossier informatique afin que les autres professionnelles soient au courant. On a donc une convergence entre les professionnelles dans la conformité au suivi qui est attendu de la part des femmes, incluant la venue aux rendez-vous. Laura Jacques, diététicienne dans la même maternité (noire, environ trente ans), me fait part, entre deux consultations, de son profond agacement vis-à-vis des femmes qui ne suivent pas ce qui leur est demandé, à commencer par se présenter à la consultation. Elle énumère les raisons, injustifiées à ses yeux, que celles-ci avancent pour expliquer ces absences : « *mon médecin traitant m'a dit que je n'avais pas de diabète* » (elle reprend les propos des femmes en question), « *ou des basiques : " je suis fatiguée "* », elle ajoute : « *y a celles qui en connaissent plus que toi aussi. Une fois j'ai eu une naturopathe : " je mange telle chose à 14 heures... ", tu vois le genre* ».

Ainsi, la question de la (non)conformité des comportements des femmes dans le suivi du DG est cruciale pour les diététiciennes au même titre que pour les autres professionnelles, dans le sens où elle peut être entendue à la fois comme le non-respect des rendez-vous de consultation, et comme une remise en question des normes de bonne santé et donc de leurs savoirs et ce, dans les deux structures observées.

« Et souvent d'ailleurs, il y en a, elles ne donnent plus de nouvelles quand on leur a dit. On prend toujours des gants pour dire les choses, mais on leur dit : " On a essayé plein de choses, ça ne va pas " [il va falloir introduire de l'insuline]. Alors, elles décident d'aller essayer un truc naturel, elles ont entendu des plantes, des machins, des trucmuches. Et on n'a plus de nouvelles. Et nous, on s'inquiète. Hop, le tableau [dans l'application] n'est pas rempli. On leur envoie des messages, et on...»

Entretien avec Stéphanie Pujol, diététicienne, blanche, 12 ans d'expérience, Hôpital Rabelais

La disqualification des savoirs issus des médecines alternatives et complémentaires illustre également l'attente d'observance qui est formulée tacitement à l'égard des femmes ayant un DG. En outre, les discours délivrés par les diététiciennes sur l'alimentation sont extrêmement calibrés.

« Une demi-baguette oui ça peut être bon pour un repas, déjeuner ou dîner, si vous ne mangez pas de féculent du tout, c'est bon. Normalement on explique bien. On leur explique, qu'on va avoir un été, il se peut que quand il fasse très chaud vous n'avez pas envie de manger même une salade de riz, même si c'est froid, que vous voulez manger que des légumes, enfin pas des légumes verts, mais des végétaux parce que c'est plus gorgé d'eau, ça ne me dérange pas mais à ce moment-là vous vous dites : “ je mange une demi-baguette avec du fromage ou la viande “ »

Entretien avec Sylvie Bévan, diététicienne, blanche, 25 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Les préconisations élaborées dans les deux établissements reposent sur un socle commun comprenant l'arrêt des sucres rapides et la limitation des sucres lents. Les indications données par les diététiciennes sont fondées sur un savoir diététique hérité de la fin du 19^{ème} siècle et diffusé à l'époque par un médecin Français, Apollinaire Bouchardat (1806-1886) qui fit des recherches sur un régime alimentaire permettant de contrôler le diabète (hors grossesse) et qui préconisa notamment la diminution des féculents et des sucres rapides. Comme le souligne Claire Marchand dans sa thèse d'histoire sur les principes de nutrition et recommandations alimentaires en France entre 1887 et 1940 : « *Ces prescriptions, ainsi que la liste des aliments permis et défendus dans le traitement du diabète, ne furent jamais remises en cause par le corps médical. Elles furent seulement augmentées au fil du temps* » (Marchand 2014 : 148). Ainsi, dans les deux services observés, les préconisations diététiques sont issues de savoirs acquis dans le domaine du diabète chronique, spécifiquement en France. Elles renvoient à des manières de manger situées socialement et restrictives que l'on retrouve dans les documents donnés aux femmes ayant un DG qui synthétisent les grands principes des préconisations alimentaires (voir annexes 14 et 15).

Lors d'une consultation avec Laura Jacques, diététicienne noire d'environ 30 ans, la patiente Mme Konaté, femme noire qui attend son 1^{er} enfant, explique d'emblée qu'elle « fai[t] n'importe quoi ! [pour son alimentation] ». Elle rit beaucoup en expliquant à la diététicienne quelques habitudes alimentaires qu'elles considèrent comme mauvaises : elle ne mange ni le matin, ni le midi, ou presque, et grignote beaucoup le soir tout en faisant un gros repas. Laura Jacques tente de comprendre les raisons de ses habitudes, si c'est une question de temps ou de préférence, elle lui demande à quelle heure elle se lève le matin, puis elle lui demande ce qu'elle pense qu'elle devrait modifier, sous la forme d'une interrogation au ton scolaire.

Laura Jacques : Depuis que vous savez, qu'est-ce que vous avez fait ?

Mme Konate : Depuis.... [Silence] bon là cette semaine franchement j'ai pas fait attention, parce que j'ai pas travaillé tous les jours, je prends pas de petit déjeuner et d'habitude j'essaie de prendre, quelque chose, des pistaches, je grignote quoi

Laura Jacques : Et donc vous vous êtes dit qu'est-ce que vous alliez faire ? Vous vous êtes dit « Je vais arrêter des choses, je vais faire quelque chose » ?

Mme Konate : Oui [affirmatif]

Laura Jacques : Alors c'est quoi, vous avez pensé à quoi ? [Rires]

Mme Konate : Faut que j'essaie de manger à l'heure quoi

Laura Jacques : Ouais déjà
Mme Konate : Ne pas sauter les repas
Laura Jacques : C'est ça
Mme Konate : Faut que j'essaie de me lever pour manger le petit déjeuner même si...
A midi, je sais que ça va être un peu compliqué, mais je vais essayer, je vais faire des efforts quand même [...]
Laura Jacques : Est-ce qu'il y a autre chose auquel vous avez pensé par rapport à ce que vous faites ? [Silence] Autre chose qu'il faut changer dans ce que vous faites ? Vous m'avez dit déjà faire des vrais repas, [rires] c'est déjà bien, c'est la base
Mme Konate : Heu faut que j'arrête de grignoter
Laura Jacques : Très bien
Mme Konate : Vraiment, faut vraiment que j'arrête quoi
Laura Jacques : Parfait. Voilà, faut vraiment que vous fassiez matin, midi et soir, et pas plus [...] Donc il faut vraiment faire attention et reprendre de bonnes habitudes

Journal de terrain, Consultation de diététique, Maternité du Coudray, 02/12/2015

Cet échange montre que l'objectif de la professionnelle est bien de faire adhérer la patiente au cadre proposé. De sorte que si la notion d'observance n'est pas formulée directement, elle est néanmoins présente en permanence dans la pratique des diététiciennes. Dans cette situation, la femme présente d'emblée ses habitudes comme mauvaises car elle a conscience des normes qui vont lui être énoncées et auxquelles elle ne répond pas. Elle fait la promesse d'un changement dont on ne se sait pas bien si elle sera tenue, ou si elle sert avant tout à rendre possible la relation de soin dans l'instant de la consultation, c'est-à-dire à éviter le désaccord, voire le conflit.

Cependant, Sylvie Bévan fait référence à des préconisations qui se sont allégées avec le temps : *« quand on voit les régimes qui se faisaient dans le temps, on était beaucoup plus stricts, c'était oui ou non, alors bien sûr après si les gens font n'importe quoi, s'ils mangent une demi-baguette plus deux bananes au p'tit déjeuner, je dis " stop ! " »*. Elle y reviendra plusieurs fois durant l'entretien, et insiste sur la souplesse qui est désormais le cadre de leur pratique. Stéphanie Pujol va dans le même sens : bien qu'elle n'ait pas connu les mêmes évolutions que Sylvie Bévan du fait de son expérience professionnelle plus récente, elle souligne néanmoins le fait que ce n'est pas un *« régime »* mais de *« l'équilibre alimentaire »*.

L'intention de prime abord n'est donc pas d'interdire ni de restreindre. Sylvie Bévan me dit même *« on n'a plus le droit d'interdire [...] on doit déconseiller »*. Les deux diététiciennes interrogées insistent donc sur l'objectif qu'elles se donnent de laisser la possibilité aux femmes de faire des choix parmi différentes possibilités et de tester les aliments et leurs effets sur leurs glycémies. Ceci est contradictoire avec les pratiques observées puisqu'il ne s'agit pas de *« [faire] n'importe quoi »* non plus, comme le dit Sylvie Bévan dans l'extrait ci-dessus. Dans les préconisations écrites, l'interdiction des sucres rapides est formelle, on peut lire par exemple : *« pas de confiture ni de miel ni pâte à tartiner, pas de chocolat en poudre, pas de sucre »* dans la maternité Lachapelle et *« il est important de supprimer de votre alimentation*

jusqu'à la fin de la grossesse » avant de lister un certains nombres d'aliments sucrés, dans la maternité du Coudray (voir annexes 14 et 15). Par ailleurs, les autres caractéristiques des repas recommandés apparaissent comme très calibrées, en témoigne les similitudes dans les préconisations entre les deux maternités sur les documents écrits. On retrouve les éléments suivants : la présence des trois catégories d'aliments que sont les féculents, les légumes et les protéines aux deux repas principaux de la journée ; l'importance de la régularité des repas avec trois repas principaux par jour et deux à trois « *collations* », dans la matinée, l'après-midi et la soirée.

Néanmoins, les données montrent une légère nuance dans le caractère figé des recommandations alimentaires entre la maternité du Coudray et la maternité Lachapelle. Par exemple, les diététiciennes de l'hôpital Rabelais autorisent les fruits au cours du repas ce qui n'est pas le cas dans la maternité du Coudray.

Stéphanie Pujol, diététicienne blanche de 34 ans, explique aux femmes présentes : Le fruit au petit-déjeuner « c'est ok si votre glycémie est ok ». Plus tard, elle revient sur les fruits, elle parle des femmes qu'elle suit sur Diabbest qui n'arrêtent pas les fruits malgré des glycémies élevées : « c'est bête vous allez passer à l'insuline juste pour ça ! Parce qu'elles ont décidé de pas diminuer leur portion de fruit ».

Journal de terrain, Atelier Diabète, Hôpital Rabelais, 16/09/2016

Lors d'une consultation de diététique avec Sylvie Bévan (blanche, 48 ans), une femme enceinte remet en question l'intérêt de décaler le fruit deux heures après le repas : « pourquoi le fruit pas en dessert ? / « parce qu'on ne veut pas que votre glycémie soit trop élevée en post prandial [après le repas] » / « oui mais moi j'ai une glycémie au-dessous, sur toute la semaine » / « oui mais c'est un protocole »

Journal de terrain, Consultation diététique, Maternité du Coudray, 8/12/2015

Stéphanie Pujol, comme les autres diététiciennes intervenant dans les « *ateliers diabète* » de l'hôpital Rabelais, autorise donc la consommation de fruit lors des repas, alors que les diététiciennes de la maternité du Coudray ne les conseillent qu'au moment de la collation si, et seulement si, la mesure de la glycémie deux heures après le repas est dans les normes attendues. Néanmoins, cela reste malgré tout dépendant du chiffre de glycémie obtenu. La différence réside dans le fait que les femmes suivies à la maternité Lachapelle et l'hôpital Rabelais sont invitées par les diététiciennes à « *tester* » différents aliments ou différentes répartitions des repas et à voir ce que ça produit au niveau des glycémies. Cette invitation à « *tester* » résonne malgré tout comme une incitation à vérifier par elles-mêmes les propos et le savoir des diététiciennes.

Lors d'un atelier diabète une femme noire demande à Stéphanie Pujol la diététicienne (blanche) si c'est « obligatoire de manger trois fois par jour (...) parce que moi je mange parfois que deux fois ». La diététicienne répond que non il faut manger trois fois : « on arrive pas à réguler les glycémies avec deux repas par jour, testez, vous verrez ».

Journal de terrain, Atelier diabète, Hôpital Rabelais, 18/10/2016

Les diététiciennes de l'hôpital Rabelais autorisent également des exceptions concernant les sucres rapides, ce qui n'est pas le cas dans la maternité du Coudray, mais là encore, ces exceptions restent encadrées.

Stéphanie Pujol, diététicienne blanche de 34 ans, énumère les possibilités de consommer des sucres rapides « pour le plaisir ». Elle donne l'exemple des glaces en disant que deux boules de glace correspondent à 30g de sucre, ce qui correspond à un fruit ; elle dit aussi qu'une pâtisserie par semaine est autorisée, et qu'il faut faire des exceptions, comme les anniversaires : « on s'en fout, vous prenez même pas votre glycémie ! ».

Journal de terrain, Atelier diabète, Hôpital Rabelais, 16/09/2016

Ces variations entre les deux établissements sont probablement dues au fait que les diététiciennes de l'hôpital Rabelais peuvent compter sur le fait d'avoir accès aux glycémies des femmes de façon hebdomadaire via l'application numérique Diabbest dans les jours qui suivent leurs recommandations. Ceci leur permet d'autoriser les femmes à « tester » certains aliments qui théoriquement ne sont pas recommandés dans le DG, sachant qu'elles pourront les corriger par la suite avec la preuve que les glycémies apporteront. L'outil numérique leur permet ainsi de ne pas introduire de normalisation des comportements alimentaires dès le début de la prise en charge sachant que les femmes seront surveillées au plus près par la suite.

De sorte qu'en dépit d'une évolution affichée vers plus de souplesse et de choix, les normes édictées n'en restent pas moins fortement contraignantes. Celles-ci s'inscrivent dans un contexte de standardisation des comportements alimentaires et d'un lien accru entre santé et alimentation ces dernières décennies. Thomas Depecker nous donne l'occasion de mesurer le caractère historique de ces normes et de leur diffusion progressive. En effet, dans sa sociohistoire de la quantification du besoin alimentaire, il montre comment les normes alimentaires se sont construites comme normes de santé publique en se diffusant, sous l'impulsion des hygiénistes, du monde agricole vers les personnes résidant dans des « institutions totales » (prison, armée, asiles) (Erving Goffman 1968) puis vers l'ensemble de la population civile. Il s'agit alors de poser les principes d'une « alimentation rationnelle, c'est-à-dire s'alimenter conformément à des principes scientifiques » (Depecker 2013). Pour aller plus loin, la Société Scientifique d'Hygiène Alimentaire, créée en 1904, entend « étendre un mode de surveillance de la santé publique, qui n'est pas tant la police des aliments que

l'administration des corps, et de faire que les individus s'appliquent à eux-mêmes des principes autrefois utilisés pour administrer une institution totale ou gérer une exploitation agricole » (Depecker 2013 : 113). La caractéristique normative de l'alimentation préconisée dans les interactions entre soignantes et soignées autour du DG s'inscrit parfaitement dans cet héritage dans la mesure où non seulement l'alimentation est entendue comme un traitement thérapeutique mais aussi parce que l'autosoin par l'alimentation est une attente renforcée à l'égard des femmes (et donc dans le DG qui ne concerne que des femmes).

En effet, les données montrent que l'observance du régime alimentaire est pensée comme un « devoir » maternel. Or, ce devoir repose sur une perception différenciée de la parentalité et des soins au sein de la famille selon le sexe. En effet, l'exigence d'observance dans le suivi du DG est d'autant plus forte que les patientes sont des femmes. Cela s'explique par plusieurs logiques qui se cumulent. Tout d'abord les soins, ou le care, est plus volontiers dévolu aux femmes que ce soit pour elles-mêmes ou pour leur famille (Cresson 1991; Halpern 2006; Arborio et Lechien 2019b). Ensuite, au moment de la grossesse, s'ajoute une responsabilité vis-à-vis de la santé de l'enfant à naître. La charge qui pèse alors sur les futures mères relève non seulement d'un processus de « *biopolitique déléguée* » (voir chapitre 2) ; mais également d'inégalités de genre qui se creusent au niveau domestique (Boulet 2020). Comme le notent Tristan Fournier et Julie Jarty : « *lorsqu'elles deviennent mères, les femmes s'adossent bien davantage à un modèle de féminité – c'est à dire restant les principales pourvoyeuses de care y compris lorsqu'elles ont des responsabilités professionnelles – qu'à un modèle de transformation du genre, impliquant significativement les hommes dans les charges pratiques et mentales du soin* » (Fournier et Jarty 2019 § 25). Sur mes terrains, le travail alimentaire engagé dans le DG par les femmes est pensé par les professionnelles comme relevant d'une évidence liée à leur fonction maternelle.

Céline Roy, sage-femme, aborde cette question en filigrane au cours de notre entretien durant lequel elle met en scène le discours qu'elle tiendrait à une femme qu'elle souhaite convaincre d'être observante dans le suivi de son DG.

« Je sais que c'est pas facile ce qu'on vous demande madame, vraiment, mais vous allez voir, vous allez être une super maman, il faut pas lâcher, surtout, même si y a des jours où c'est plus dur que d'autres, voilà, perdez pas votre bonne volonté, vraiment », je pense qu'on est des coach [...] Parce que elles font pas à manger pour elles toutes seules ces femmes, enfin on a beau vivre au 21^{ème} siècle, chez moi, c'est moi qui fais le plus la bouffe mais parce que c'est comme ça, tu vois. Et probablement il y a des foyers où les gens ils veulent pas, enfin déjà les enfants il faut qu'ils mangent pour grandir et tout, enfin, il faut un plat spécial pour les enfants, c'est normal, ils vont pas faire le régime de leur mère et si le mari il est pas du tout soutenant, ben... Elle va pas manger dans son coin sa petite portion de diabétique tu vois. Je pense que l'entourage a un rôle »

Entretien avec Céline Roy, sage-femme, blanche, 9 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

L'expression « *super maman* » sous-entend que bien réaliser son suivi du DG c'est déjà être une « bonne » mère. Céline a également comme représentation que ce sont les femmes qui ont en charge l'alimentation de toute la famille et que le rôle du mari c'est d'être soutenant, non pas en prenant en charge tout ou partie de ce travail, mais en ne réclamant pas un menu différent de celui de sa femme. De manière générale, les conjoints, hommes, ne sont que rarement mentionnés dans les entretiens et très peu impliqués durant les consultations observées. Quand c'est le cas, le rôle qui leur attribué reste à la marge et dans une perception classique de la répartition des tâches domestiques entre hommes et femmes.

En outre, non seulement le travail alimentaire dans la vie quotidienne est encore largement pris en charge par les femmes (Fournier et al. 2015), mais cela est renforcé lorsque l'alimentation est envisagée comme un soin (Fournier 2012), voire comme un traitement à part entière comme c'est le cas dans le DG. Dans le domaine plus précis de la périnatalité, Tristan Fournier et Julie Jarty ont montré que l'alimentation avait pris ces dernières années une orientation sanitaire, qu'ils nomment « *care alimentaire* », en s'appuyant sur les données de l'épigénétique. Le programme des « mille premiers jours de vie » cible précisément les (futurs) mères qui sont désignées comme premières actrices dans la prévention à long terme de maladies chroniques pour leurs enfants, notamment au travers de l'alimentation (Fournier et Jarty 2019). Les professionnelles impliquées dans la diffusion des normes du régime alimentaire ayant pour objectif de réguler les glycémies dans le DG, partagent cette vision.

Ainsi, les deux diététiciennes et la diabétologue de l'hôpital Rabelais ainsi que la diététicienne de la maternité Lachapelle⁶⁶ convoquent non seulement l'idée d'un partage d'expérience entre

⁶⁶ Cette professionnelles n'intervient pas en théorie dans la prise en charge du DG puisque toutes les femmes sont supposées être reçues à « *l'atelier diabète* ». En pratique, il arrive qu'elle reçoive des patientes ayant un DG n'ayant pas pu aller à « *l'atelier* » ou qui lui ont été adressées par erreur pas les sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes.

femmes à propos de la cuisine, des recettes, de l'alimentation de la famille, qui renforcent les représentations genrées dans ce domaine ; mais elles véhiculent également des normes de salubrité alimentaire dont les femmes seraient les premières responsables.

« Entre femmes, on parle cuisine, tu vois, c'est un peu ça... »

Entretien avec Magalie Lagrange, diététicienne, blanche, 7 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

« Et puis on arrive à avoir une accroche avec certaines femmes... Des fois, je parle aussi de mon expérience [...] De mes grossesses et tout [...] Donc je pense que déjà le fait qu'on soit des femmes aussi, ça doit changer pas mal de choses parce que le Pr Joseph, c'est un homme. Quand il fait le cours, je ne pense pas que ce soit la même chose [...] Il y en a plein, elles mangent mais... déstructuré ! C'est n'importe quoi ! Donc, des fois, on appuie un petit peu en disant : " Ah, mais, c'est pour votre enfant, mais c'est de l'éducation alimentaire " »

Entretien avec Stéphanie Pujol, diététicienne, blanche, 12 ans d'expérience, Hôpital Rabelais

Dans leurs discours, il va donc de soi que ce sont les femmes qui prennent en charge le travail alimentaire dans leur vie quotidienne et que l'arrivée du DG est une occasion d'adopter des habitudes saines pour toute la famille. Le rôle des femmes dans le travail alimentaire est ici majoré par leur rôle dans la sphère de la santé, représentation qui semble partagée par ces professionnelles.

Lors d'un Atelier diabète, Anne Meunier, diabétologue blanche de 31 ans, s'adresse aux quatre femmes présentes en parlant de l'alimentation à mettre en place pour le DG :
« Mais ça c'est pareil pour toutes les mamans, diabétiques, pas diabétiques, on a toutes à faire ça »

Journal de terrain, Atelier diabète, 16/09/16, Hôpital Rabelais

Le partage d'un ethos féminin semble être un levier pour mieux convaincre les femmes de suivre les préconisations alimentaires dans le cadre du DG. Anne Meunier, par le « *on* » créé une connivence avec les femmes en laissant penser qu'elles partagent le même type d'expérience au quotidien, concernant l'alimentation. Par ailleurs, le terme de « *maman* » ramène les femmes à leur rôle de mère avant tout, mère nourricière et pourvoyeuse de soins pour toute la famille.

Par ailleurs, le DG permet de saisir l'occasion de diffuser des normes alimentaires valables pour toute la vie.

Stéphanie Pujol, diététicienne blanche de 34 ans, dit aux femmes présentes lors de l'atelier diabète : « C'est pas un régime en fait, c'est juste manger correctement mais ça devrait être comme ça à la base, ça devrait être comme ça pour tout le monde, vos enfants, votre mari... »

Journal de terrain, Atelier diabète, Maternité Lachapelle, 28/06/2016

Ainsi il apparaît que le cadre alimentaire proposé est pensé comme une norme de conduite pour toute la vie, au-delà du DG et pour toute la famille. Cette normalisation des comportements alimentaires est entreprise essentiellement par les diététiciennes mais nous verrons dans la suite du chapitre que l'appropriation du savoir diététique par les autres groupes professionnels élargit les possibilités d'intervention auprès des femmes enceintes sur cette question. En le reliant directement aux conduites alimentaires, ce processus de normalisation se donne également à voir dans le contrôle du poids des femmes enceintes ayant un DG.

1.1.2 La contrainte sur les corps : entreprendre la normalisation du poids des femmes enceintes ayant un DG

Le contrôle du poids des femmes enceintes se met en place dès le début de la grossesse avec un objectif qui est énoncé, par les sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes, d'une prise de poids total entre douze et quinze kilos. La surveillance de la prise de poids est mensuelle avec un attendu d'un kilo par mois et éventuellement davantage en fin de grossesse. Les arguments des soignantes pour une limitation de la prise de poids au cours de la grossesse reposent d'une part sur les différents inconforts que peuvent entraîner une prise de poids importante, en particulier en fin de grossesse et au moment de l'accouchement ; et d'autre part sur l'impact sur la santé du fœtus.

Les soignantes interrogées sont unanimes sur ce point : une prise de poids au-delà de vingt kilos est considérée comme préjudiciable pour la santé des femmes enceintes.

Isabelle Blanc : C'était le poids, tu vois, à elles, parce que c'est vrai que quand elles ont pris déjà 20 kilos, et que tu dis : « ça va continuer si vous faites pas attention » bon ça...[...]

Aurélié : Et le poids c'est pourquoi, pour leur bien-être ou... ?

Isabelle Blanc : Ouais leur bien-être. Le fait que quand même plus tu prends de la graisse, plus t'as un risque quand même, le bassin tapissé pour le bébé qui passe moins bien...Et puis après faut les perdre quoi !

Entretien avec Isabelle Blanc, sage-femme, blanche, 25 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

En faisant référence à un bassin « *tapissé* », cette sage-femme signifie qu'une prise de poids importante engendre un excès de gras au niveau du bassin ce qui compliquerait la descente du

foetus au moment de la naissance. Cette formulation d'un bassin « *tapissé de gras* » s'entend régulièrement parmi les gynécologues-obstétriciennes ou sages-femmes hospitalières.

Sans que cette formulation ne soit précisément employée, les arguments autour de l'accouchement peuvent être mobilisés directement dans les interactions.

La sage-femme Claire Morvan (blanche, 29 ans) reçoit une femme blanche, enceinte de huit mois qui attend son premier enfant. Celle-ci a pris treize kilos au total. La sage-femme commente ainsi : « ça va ! Essayez de pas dépasser quinze [kilos], c'est aussi pour vous, pour l'accouchement ». Elle lui parle du cardio, du risque d'essoufflement et ajoute : « après si on vous demande de pousser , si on vous dit “on appelle le médecin” [pour des forceps en cas de poussées inefficaces], c'est dommage... »

Journal de terrain, Consultation de suivi de grossesse, Maternité Lachapelle, 05/07/2016

Une prise de poids contrôlée permettrait donc d'augmenter ses chances d'avoir un accouchement de meilleure issue sur le plan médical. Au vu de ces extraits, on peut se demander à qui bénéficie réellement la limitation de la prise de poids des femmes pendant la grossesse, aux soignées à qui on ne demande pas nécessairement comment elles le vivent, ou aux soignantes qui anticipent des difficultés à l'accouchement ? Dans le même sens, la forte corpulence des femmes est mal perçue par les professionnelles pratiquant des échographies qui se trouvent en difficulté techniquement⁶⁷.

Dans tous les cas les femmes portent la responsabilité de maîtriser leur corps de bout en bout et l'accouchement apparaît quasiment comme une performance sportive durant laquelle les femmes seront évaluées. Le terme « *c'est dommage* » employé par la sage-femme, Claire Morvan renvoie à un échec dont la femme porterait la responsabilité.

Les soignantes invitent les femmes qui prennent trop de poids à agir en contrôlant leur alimentation.

Marion Brun, gynécologue-obstétricienne blanche de 31 ans reçoit une femme arabe de 30 ans, enceinte de sept mois et qui attend son premier enfant : « vous faisiez combien de kilos en début de grossesse ? » / « ouh le sujet qui fâche ! ». La médecin calcule la prise de poids depuis le début de la grossesse et conclut : « 20 kilos, ah oui. Est-ce que vous avez vu qu'il y avait des ateliers diététiques une fois par semaine ? » / « non » / « ben demandez à l'accueil c'est un atelier fait par des diététiciennes qui vous expliquent ce que vous pouvez manger, ce qu'il faut manger en quantité modérée, quoi manger etc. Ça peut aider à... » / « oui ça peut aider à limiter les dégâts » / « oui parce que là déjà pour la fin de la grossesse, parce que sinon vous allez vous sentir lourde »

Journal de terrain, Consultation de suivi de grossesse, Maternité du Coudray, 09/12/2015

⁶⁷ Plusieurs soignantes interrogées mentionnent qu'une quantité importante de tissus graisseux au niveau abdominal déprécie la qualité des images échographiques.

Leur responsabilité est donc signifiée clairement aux femmes enceintes concernant leur prise de poids durant la grossesse.

L'autre argument d'une limitation de la prise de poids repose sur la corrélation entre la prise de poids de la mère et le poids du fœtus. Elsa Boulet observe dans sa recherche portant sur les grossesses ordinaires que « *l'affirmation du caractère déterminant de la croissance in utero est également manifeste dans la désignation du comportement des femmes enceintes comme un facteur qui influence de façon majeure la santé du fœtus. Les futures mères sont investies de la responsabilité de la santé du fœtus via le contrôle de leur hygiène quotidienne, tout particulièrement de leur alimentation* » (Boulet 2020 : 414). Le poids du fœtus est donc un enjeu pour toutes les grossesses mais celui-ci est majoré dans le cas du DG puisque lorsque le poids du fœtus est supérieur aux normes lors du contrôle échographique, quelle que soit la prise de poids de la mère, il est rappelé aux femmes de réajuster leur régime alimentaire. Autrement dit, la prise de poids des femmes enceintes ayant un DG et le poids du fœtus sont deux entrées possibles de renforcement de la contrainte d'observance.

D'ailleurs, la surveillance de la prise de poids des femmes constitue un moyen pour les professionnelles de vérifier leur observance concernant le régime alimentaire.

Lorsque Amanda Bonnemain, sage-femme indienne de 33 ans, pèse Ayse Aslan, femme arabe de 34 ans qui est enceinte d'environ six mois et attend son deuxième enfant, elle calcule qu'elle a pris 13 kilos depuis le début de sa grossesse et lui demande : « Vous avez l'impression de grignoter ? » / « Non j'ai moins pris que pour mon fils, j'avais pris 20 kilos à six mois, là c'est moins non ? [Sourire] Non je mange beaucoup mais je grignote pas » / « Vous prenez des boissons sucrées ? » / « Non j'avais déjà arrêté parce que ça fait dix ans que je suis au régime »

Journal de terrain, Consultation de suivi de grossesse, Maternité du Coudray, 17/11/2015

La prise de poids d'Ayse Aslan est directement reliée à son alimentation et la sage-femme cherche des infidélités au régime préconisé pour le DG qu'elle aurait pu commettre.

Par ailleurs, la prise de poids de la mère est un moyen, par défaut, d'évaluer « *l'équilibre* » du DG et donc l'observance des femmes, lorsque les chiffres de glycémies sont absents (lorsqu'ils ne sont pas remplis ou lorsque l'application n'est pas accessible par manque de connexion dans le service).

Isabelle Blanc, sage-femme blanche de 52 ans reçoit Marie Jourdain, femme blanche de 30 ans qui attend son deuxième enfant et est en fin de grossesse. La sage-femme calcule sa prise de poids qui est de 5 kilos au total et conclut : « c'est que vous avez bien suivi le régime ».

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité Lachapelle, 09/01/17

« Je les pèse, parce que c'est un bon moyen de savoir aussi hein. Si tu as pris 4 kilos [entre deux consultations], c'est que tu n'es pas au régime, c'est pas vrai »

Entretien avec Céline Roy, sage-femme, blanche, 9 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Nous verrons en détail au chapitre 6 les enjeux de recherche de preuves par les professionnelles prenant en charge le DG et les processus d'autocensure des femmes enceintes. Il s'agit ici de montrer que le poids des femmes enceintes ayant un DG est d'autant plus surveillé qu'il est le signe d'une « bonne » ou d'une « mauvaise » observance.

Parallèlement, l'argument de la faible prise de poids grâce au régime alimentaire mis en place dans le DG est avancé par les soignantes comme un argument positif pour convaincre les femmes de le suivre au mieux. Les bénéfices attendus d'une limitation de la prise de poids se lisent également dans une injonction esthétique. Après la naissance, il est évident pour les soignantes que les femmes devraient avoir pour objectif de « *perdre leurs kilos de grossesse* ». Comme le dit Anne Meunier, diabétologue, lors de « *l'atelier diabète* » en présence de cinq patientes : « *ça va être tout bonus pour vous, vous reperdrez votre poids* » (hôpital Rabelais, 22/07/2016). Amandine Fallen, gynécologue-obstétricienne à la maternité Lachapelle va dans le même sens.

« Et ce qui fonctionne bien aussi, c'est le poids. Moi, je leur dis : “ Si jamais vous avez un diabète gestationnel, ce n'est pas la catastrophe mais vous allez voir surtout, vous n'allez quasiment pas prendre de poids “. Parce que c'est un régime qui est certes contraignant au début, mais dont elles finissent par s'habituer. Si elles ne résistent pas trop, si elles n'y vont pas trop avec de la mauvaise volonté. Et elles remarquent elles-mêmes, elles prennent très peu de poids. Ça souvent, elles sont quand même hyper contentes de ça »

Entretien avec Amandine Fallen, gynécologue-obstétricienne, blanche, 7 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

On retrouve ici les contradictions entre un discours sur les « souplesses » dans les recommandations diététiques revendiquées par les diététiciennes (voir supra) et l'admission que c'est un régime « *contraignant* » (pour cette gynécologue mais aussi pour les autres soignantes, diététiciennes comprises). Il va de soi pour cette professionnelle que les objectifs sont partagés par les femmes, en particulier sur le plan esthétique.

La maîtrise de la prise de poids pendant la grossesse est donc pensée comme un idéal. Ceci s'inscrit dans une sanitarisation de la grossesse et plus globalement dans une vision de la santé centrée sur la prévention et le contrôle de soi. Mais cela illustre également les normes

esthétiques assignant les femmes à la minceur (Carof 2015) et qui ont pénétré la période de la grossesse (Harper et Rail 2012).

Cet objectif de contrôle du poids peut s'appliquer différemment selon les femmes en fonction de l'appréciation de leur corpulence par les professionnelles. Les préconisations liées au régime alimentaire du DG sont l'occasion d'insister sur ses aspects auprès des femmes identifiées comme en surpoids ou obèses : « *pour celles qui sont fortes ce sera toujours mieux pour la grossesse d'après* » (Pr Joseph pendant une séance collective de « *l'atelier diabète* », Hôpital Rabelais).

« Et puis après, quand il y a souci ou quand par exemple, pour le diabète ou pour celles qui ont déjà une prise de poids importante en début de grossesse ou un BMI un peu important, là on commence déjà à leur mettre un peu la puce à l'oreille qu'il faut faire attention à la façon de s'alimenter ».

Entretien avec Nour Labadi, gynécologue-obstétricienne, arabe, 6 mois d'expérience, Maternité du Coudray

Pour ces femmes évaluées en surpoids ou en obésité, les normes leur sont également rappelées dans une perspective allant au-delà de la grossesse. Amal Saïd est en situation d'obésité et lors de sa première expérience de DG, elle est reçue en consultation par une diabétologue quelques mois après son accouchement⁶⁸.

Amal Saïd : Alors les médecins m'ont conseillé de quand même continuer sur le régime. [...] Je pense que c'était trois mois après l'accouchement, je me souviens plus très bien mais c'est vrai que sur le coup je me souviens très bien de ce qu'elle m'avait dit et quand elle m'a dit ça je me suis dit : « han [rire] ! Continuer le régime ! Mais déjà que c'était très difficile pendant la grossesse... Là je vais essayer mais je peux pas vous garantir de continuer, enfin un régime comme ça, c'est très difficile »

Aurélie : Mais on vous a dit de faire vraiment la même chose, sans aucun sucre et tout ça ?

Amal Saïd : Oui, oui, donc je me suis dit : « ben pour moi c'était pas du tout faisable »

Entretien avec Amal Saïd, 26 ans, arabe, sans emploi (diplômée en économie et gestion d'entreprise), enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

L'objectif rappelé n'est plus seulement de contrôler la prise de poids dans le cadre du DG mais de perdre du poids dans une perspective dépassant la cadre de la grossesse. Le régime alimentaire préconisé pour le DG est un moyen de rappeler les normes alimentaires à ces femmes considérées comme éloignées de celles-ci.

⁶⁸ Quelques années avant mon enquête l'hôpital Rabelais organisait une consultation post-natale pour toutes les femmes ayant été suivies dans le service pour un DG. Cependant, le Professeur Joseph a décidé d'arrêter ces consultations car les femmes ne s'y présentaient que très peu.

Sophie Marsac explique, en miroir, qu'elle a des exigences moins sévères vis-à-vis des femmes dont la silhouette lui paraît « normale ».

Sophie Marsac : Moi, je suis assez ouverte sur la prise de poids surtout sur des femmes qui ont un poids normal en début de grossesse, qui ont toujours eu un poids normal. Sauf celle qui s'est fait le méga régime, alors elles, il faut faire gaffe à ces femmes parce que [Rires] vraiment je pense que ce n'est vraiment pas bon pour elles si elles ont eu un gros amaigrissement et puis une reprise de poids. Elles, ça m'embête un peu plus qu'elles prennent du poids mais celles qui ont toujours été minces et qui prennent vingt-cinq kilos, ça ne me choque pas plus que ça, en fait. Parce qu'elles les perdront après. Même si elles ne les perdent pas complètement, elles auront jamais... elles ont eu une bonne alimentation avant, elles reprendront leurs habitudes... je suis moins scandalisée [Rires]

Aurélie : Oui parce que ça dépend, mais c'est vrai que des fois, c'est très surveillé le poids

Sophie Marsac : Ouais, mais il faut s'adapter à chacune... Moi, la prise de poids, c'est chaque patiente. On peut dire : « Comment vous vous sentez ? » Si elle te dit : « Ça va », avec ses vingt kilos et qu'elle n'a jamais eu de gros problèmes de poids avant. Je pense que ce n'est pas... je pense qu'il y a des femmes qui prennent beaucoup de poids, c'est comme ça, c'est un peu physiologique aussi parce que [...] il faut voir la femme, je veux dire. Si elle est belle comme ça, si c'est bien proportionné, enfin ce n'est pas qu'un chiffre, pour moi, le poids [...]

Entretien avec Sophie Marsac, sage-femme, blanche, 12 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Cet extrait est particulièrement révélateur des attentes variables des professionnelles en termes de prise de poids selon la corpulence des femmes. Les femmes perçues comme trop minces ou comme trop fortes se voient surveillées de plus près. Seules celles dont le poids ne semble pas être un « *problème* » peuvent bénéficier, en théorie du moins, d'un objectif allégé. Le poids est envisagé à la fois dans une vision médicale (calcul de l'IMC) et une vision esthétique comme en témoigne l'emploi du terme « *belle* ». Le discours de cette sage-femme laisse aussi percevoir ce que le corps révèle à ses yeux du rapport à la santé de la personne qui l'habite. Il y aurait alors des poids plus acceptables que d'autres.

Pour autant, en consultation, à la demande du mari d'une patiente qui s'inquiète de voir son épouse avoir pris du poids « *d'un seul coup* » et demande en riant à la sage-femme si « *ça va* », Sophie Marsac lui énonce l'objectif habituel de quinze kilos. Cette femme a perdu beaucoup de poids en début de grossesse à cause de vomissements importants et a pris onze kilos depuis le début de sa grossesse alors qu'elle est entre cinq et six mois de grossesse révolus, ce qui semble être dans les normes attendues. La sage-femme répond au couple : « *ça va mais essayez de vous fixer 15-16 kilos au total parce qu'après pour les perdre...* ». Cette femme ne rentre donc pas dans la catégorie de celles qui ont le loisir de prendre vingt kilos durant leur grossesse et qui ont suffisamment de bonnes habitudes alimentaires pour les perdre. On peut alors supposer que la catégorie de femmes n'ayant jamais eu de problème de poids, se nourrissant sainement et

autorisées à prendre plus de quinze kilos au cours de sa grossesse, n'est que très peu rencontrée par cette sage-femme. Je n'ai par ailleurs jamais observé de situations où des normes abaissées de prise de poids étaient exprimées auprès des femmes enceintes (ayant du DG ou non), quelle que soit la maternité étudiée.

Les diététiciennes, dont le rôle est traditionnellement dévolu à l'équilibre alimentaire sont également pourvoyeuses de normes sur ce point. En pratique, lors des consultations individuelles dans la maternité du Coudray, le poids des patientes est demandé systématiquement par les diététiciennes. Dans l'hôpital Rabelais, où sont suivies les femmes enceintes de la maternité Lachapelle, le poids est interrogé par les diabétologues lors de leur consultations en individuel (voir chapitre 2). De la même façon que les sages-femmes, les diététiciennes et diabétologues insistent davantage sur les normes alimentaires lorsqu'elles reçoivent des femmes évaluée en surpoids, en obésité ou si la prise de poids au cours de la grossesse est évaluée comme importante.

Laura Jacques, diététicienne noire d'une trentaine d'années, en s'adressant à une femme noire, enceinte de son 1^{er} enfant, qu'elle reçoit pour un DG et qui est de forte corpulence : « oui et puis c'est ça aussi [le grignotage] qui va vous faire prendre du poids. Là, vous avez déjà pris quelques kilos donc je pense que si vous continuez comme ça, vous allez continuer à grimper »

Journal de terrain, Consultation diététique, Maternité du Coudray, 2/12/2015

La diététicienne Mélody Bottet (blanche, environ 25 ans) s'adresse aux 5 femmes enceintes présentes lors d'un atelier diabète : « si on part avec un surpoids, le poids est aussi à contrôler donc... mais pas tout à la vapeur non plus, c'est un juste milieu »

Journal de terrain, Consultation de diététique, Maternité Lachapelle, 22/07/2016

Ainsi le contrôle de l'alimentation est mobilisé dans les discours des soignantes comme une thérapie dans le cadre du DG mais également comme un moyen de contrôler la corpulence des femmes au cours de la grossesse et pour leur vie en général. Les discours sur l'observance dans le DG soutiennent cette normalisation des conduites corporelles. Il s'agira ensuite de surveiller la mise en application de ces normes par les femmes enceintes. Pour cela, les soignantes utilisent dans les interactions avec les femmes, des registres de discours sur un mode scolaire, allant de l'encouragement à la menace. En ce sens, elles développent un ethos commun de surveillance.

1.2 Un ethos de surveillance faisant consensus parmi les différents groupes professionnels

Je reprends ici la définition de l'ethos professionnel donnée par Bernard Fusulier pour qui « *l'ethos professionnel constitue un dénominateur commun à un ensemble d'individus*

pratiquant une activité similaire qui se reconnaissent et sont reconnus comme membres d'un groupe professionnel, ce qui n'empêche pas ce dernier d'être stratifié et segmenté » (Fusulier 2011: 104). Bien que différents groupes professionnels interviennent dans la prise en charge médicale du DG, nous venons de voir qu'ils se retrouvent autour d'un objectif commun de normalisation des conduites corporelles des femmes enceintes. Au sein de cet objectif, les professionnelles développent une conception de leur rôle comme celui de surveillantes contrôlant la bonne réalisation des recommandations par les femmes enceintes. Le concept d'ethos semble approprié puisque c'est dans cette posture que les soignantes se rassemblent malgré des enjeux variables en termes d'engagement dans le DG, de reconnaissance professionnelle et de place au sein de la hiérarchie hospitalière entre ces groupes professionnels (voir deuxième partie de ce chapitre).

1.2.1 La mobilisation d'un registre scolaire dans la surveillance de l'observance

Bien que « l'éducation » des femmes développant un DG ne soit pas le cœur de la prise en charge, telle que cela s'est développé concernant le DT2, notamment du fait que la maladie ne dure que quelques mois ; les pratiques et les discours des soignantes se rattachent néanmoins à un processus scolaire visant à faire intégrer un certain nombre d'informations médicales aux patientes. Seule la maternité Lachapelle, en déléguant le suivi à l'hôpital Rabelais, met en place un « *atelier diabète* » qui s'inspire des méthodes de l'éducation thérapeutique (ETP). Dans la maternité du Coudray, le suivi est plus morcelé et les femmes rencontrent la diététicienne en individuel. Néanmoins « *l'atelier diabète* » de l'hôpital Rabelais fait l'objet d'une seule séance, contrairement aux programmes d'ETP qui incluent plusieurs séances collectives. En outre, les deux modalités sont fondées sur la délivrance d'informations de manière unilatérale et sur un mode scolaire qui doit permettre l'apprentissage du travail de gestion de la maladie à mettre en place par les femmes concernées. Lors des « *ateliers diabète* » où les femmes rencontrent successivement le ou la diabétologue, une diététicienne et une infirmière. Celles-ci expliquent aux femmes ce « *qu'il faut faire* » et ce « *qu'il ne faut pas faire* ». A propos de l'application Diabbest, Anne Meunier, diabétologue blanche de 31 ans, les informe sur le code couleur utilisé pour signifier si les glycémies sont dans les normes attendues : « *vert c'est bien, rouge c'est pas bien* ». Au cours de ces ateliers mais également durant les consultations individuelles avec les diététiciennes délivrées dans la maternité du Coudray, les professionnelles emploient des formulations telles que : « *il faut* », « *il ne faut pas* », « *je vous conseille de* », « *ça, c'est autorisé* », « *on tolère X valeurs de glycémies hautes par semaine* » etc. Ce type de formulations est infantilisant dans la mesure où il relève d'une simplification et d'un discours autoritaire.

Anne Meunier, diabétologue blanche de 31 ans, explique aux femmes présentes pour l'atelier : « Pour voir si le diabète est bien équilibré, il va falloir se contrôler au bout du doigt ». Elle montre ensuite sur les diapositives le site Diabbest, ce qu'il y a dedans, les différents onglets. Elle explique qu'il faut rentrer les glycémies chaque semaine, le jeudi soir pour que ce soit mis à jour et que le médecin regarde le vendredi et elle écrit un message le jour-même ou un ou deux jours après. Elle conclut : « c'est bien je vous félicite, c'est pas bien je vous encourage ! Y a pas de soucis ! »

Journal de terrain, Atelier diabète, Hôpital Rabelais, 22/07/16

Par la suite, les professionnelles en charge de la surveillance de l'observance s'adressent aux patientes sur le mode de l'enseignante qui s'adresse à ses élèves : elles félicitent, encouragent ou réprimandent les patientes qu'elles rencontrent en fonction de leurs comportements d'observance, selon qu'ils sont jugés satisfaisants ou non.

Claire Morvan, sage-femme blanche de 29 ans, reçoit une femme noire de 21 ans, qui attend son deuxième enfant et est à huit mois de grossesse. Elle se présente seule à son rendez-vous. Après les questions d'usage et un échange cordial au cours duquel la sage-femme prend des nouvelles de la dame car elles se connaissent déjà, celle-ci lui demande : « votre petit carnet de sucre vous l'avez apporté avec vous pour ma collègue [la sage-femme des explorations fonctionnelles que la patiente doit rencontrer ensuite] ? ». La sage-femme examine le carnet en question et pointe les valeurs hautes tout en secouant la tête et en disant « pas génial, c'est mieux que la semaine dernière mais ... »

Journal de terrain, Consultation de suivi de grossesse, Maternité du Coudray, 14/03/2016

Lors d'une consultation la patiente, une femme blanche qui est à huit mois de grossesse et attend son 2^{ème} enfant, explique à la sage-femme, Amanda Bonnemain (indienne, 33 ans) : « il y a deux semaines de vacances où c'était horrible mais après j'ai essayé de contrôler [son alimentation] ». La sage-femme consulte son carnet de glycémies et commente en riant : « Effectivement, faut plus partir en vacances ! C'est presque 2 grammes [de glycémie], c'est trop ! ». Puis elle pointe différentes valeurs de glycémies sur le carnet et dit : « ça je peux tolérer mais ça je ne peux pas tolérer, y a trop d'écart avec ce qu'on vous demande ».

Journal de terrain, Consultation de suivi de grossesse, Maternité du Coudray, 19/11/2015

Cette pratique du pointage des valeurs est analogue au code couleurs de l'application numérique qui objective la réussite ou l'échec pour atteindre des glycémies dans les normes attendues. Cela permet aux soignantes d'évaluer le nombre de mesures insatisfaisantes à leurs yeux et d'agir en fonction par la mise en place d'insuline ou par une décision de déclenchement de l'accouchement lorsque les femmes sont au terme de la grossesse.

Parallèlement, les femmes sont félicitées lorsque les glycémies sont en adéquation avec les chiffres attendus. Dans ces situations, il leur est proposé un allègement de la fréquence de surveillance des glycémies : elle passe de tous les jours à un jour sur deux, voire à deux jours par semaine, ou encore il leur est proposé de diminuer le nombre de mesures au cours de la

journée. Il n'y a jamais d'arrêt de la surveillance ou d'alternative telle qu'un bilan sanguin tous les mois par exemple. En revanche, même dans les situations d'allègement de la surveillance glycémique, les soignantes préconisent de poursuivre le suivi du régime alimentaire.

Dans les deux maternités étudiées, ces pratiques d'allègement sont fréquentes et permettent de féliciter les patientes les plus observantes, encore une fois sur un mode scolaire. Les soignantes utilisent les expressions suivantes : « *c'est parfait* », « *vous êtes parfaite !* », « *bravo !* », « *vous allez avoir le droit à un cadeau* », ou encore « *on peut vous faire confiance* ». Les sages-femmes prennent ce rôle particulièrement à cœur.

Anna Fauvel, sage-femme blanche d'environ trente ans, félicite une femme enceinte qui attend son 4^{ème} enfant et est à sept mois de grossesse. Celle-ci est arabe et accompagnée de son conjoint et de l'un de leurs enfants. La sage-femme lui dit : « Les glycémies sont parfaites donc bravo ». Elle lui propose ensuite un allègement de la surveillance en passant à un jour sur deux au lieu de tous les jours pour les mesures de glycémies. La sage-femme s'adresse à moi en disant : « j'aime bien faire ma maîtresse. Non mais c'est vrai ça les encourage les gens. On leur dit jamais quand c'est bien ».

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité du Coudray, 03/12/2015

Dans le même sens, Isabelle Blanc, sage-femme à la maternité Lachapelle, désigne une de ses patientes comme « *une de [s]es meilleures élèves* ».

Parallèlement, lorsque les sages-femmes relèvent des taux de glycémies élevés, elles invitent les patientes à renforcer le suivi du régime alimentaire qui est perçu comme la seule manière de réguler les glycémies et qui, dans ces situations, est toujours suspecté d'être mal suivi.

Isabelle Blanc, sage-femme blanche de 52 ans, reçoit Jessica Flamen, femme blanche de 32 ans, enceinte de son 1^{er} enfant et à huit mois de grossesse : « alors ça va c'est mieux les taux [de glycémies] ? » / « bah dès que je mange un truc, ça monte » / « là pour avoir des bons taux, c'est le régime strict, strict ! [Rires] ».

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité Lachapelle, 09/01/2017

Les interactions fonctionnent alors comme des rappels à l'ordre au cours desquels un ton paternaliste peut se donner à voir afin de convaincre les patientes de poursuivre ou d'augmenter leurs efforts de suivi des recommandations.

Anna Fauvel, sage-femme blanche d'une trentaine d'années, reçoit une patiente arabe qui attend son 4^{ème} enfant et est enceinte de sept mois et demi. La sage-femme remarque que dans son carnet de glycémies, les chiffres ne sont pas notés dans la zone prévue pour la mesure du matin, à jeun. La sage-femme lui demande : « vous faites pas le matin ? » / « je mange pas » / « faites de temps en temps pour qu'on sache » [sur un ton suppliant]. Puis elle ajoute : « vous pouvez pas manger un peu, même pour nous faire plaisir ? » / « ben comme j'ai pas l'habitude ».

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité du Coudray, 30/11/2015

La sage-femme réitère les attendus médicaux, autrement dit de produire une trace des glycémies, afin qu'elle puisse réaliser son travail de surveillance. Ensuite, elle utilise un ton infantilisant en employant l'expression « *pour nous faire plaisir* » afin de convaincre cette femme de manger le matin. Ainsi, c'est tout un registre de langage et de postures des professionnelles qui émane du registre scolaire dans une orientation infantilisante. Une forme de paternalisme médical se dégage des interactions puisque cela ne s'intègre pas à un processus pédagogique comme cela peut se voir dans certains programmes d'éducation thérapeutique où « *les personnes formées à l'éducation thérapeutique cherchent à "retenir" leurs inclinations à se montrer directif : s'ils restent relativement normatifs en raison de leur rôle de diffusion des prescriptions médicales, ils font désormais appel à la pédagogie pour les faire appliquer* » (Schlegel 2020 : 263). Dans le cas du DG, ce processus éducatif émerge plutôt sur son versant coercitif et normalisateur.

Ceci peut également se donner à voir dans les dossiers médicaux, lorsque les professionnelles y notent leurs commentaires à propos du suivi du DG de leurs patientes. Par exemple dans le dossier de Mme Zhou qui est alors enceinte de quatre mois et demi et dont le DG a été diagnostiqué deux semaines auparavant, la sage-femme Assia Bida note, suite à une consultation aux explorations fonctionnelles : « *Régime +/- respecté, a souvent des fringales et grignote beaucoup. Doit faire plus d'efforts. Carnet la semaine dernière : 1 valeur haute. Cette semaine : 5 valeurs hautes. [La patiente] dit qu'elle arrêtera les écarts. Dernière chance dans 10j sinon insuline* »⁶⁹. Les termes employés relèvent de la correction des comportements et de la sanction en cas de non-respect des changements demandés (voir infra sur les négociations autour de la prise d'insuline).

Ce paternalisme médical est entendu ici comme une asymétrie entre soignantes et soignées qui placent les femmes enceintes dans un rôle passif, soumises aux préconisations des professionnelles de santé qui seraient les seules à pouvoir et à savoir définir ce qui est bon pour leur santé et les prive ainsi de leur autonomie. Ce paternalisme est certes en érosion avec l'avènement d'une conception plus libérale de la relation de soin fondée en particulier sur le consentement des personnes (Jaunait 2003) et la place accordée aux malades, mais il persiste dans certaines spécialités médicales plus que d'autres, telle que la santé génésique et reproductive (Bretin et Kotobi 2016) et avec certains groupes sociaux plus que d'autres, telles que les classes populaires (Fainzang 2014). Dans le domaine de l'obstétrique, les résistances vis-à-vis d'un paternalisme encore prégnant visent essentiellement les processus de contrôle du

⁶⁹ Les notes de la sage-femme sont reportées ici telles qu'elles ont été lues dans le dossier informatisé, avec les abréviations utilisées.

corps des femmes au travers des pratiques entourant l'accouchement. Certaines femmes (via des associations représentantes d'usagères ou militantes) dénoncent ainsi une médicalisation de l'accouchement délétère pour leur santé et négligeant leur capacité à décider pour elles-mêmes, mais aussi des pratiques de maltraitance, sujet qui a émergé sous le terme de « violences obstétricales » (Schantz, Rozée et Molinier 2021). C'est au cœur de la période de la naissance que l'asymétrie entre soignantes et soignées est la plus saillante et la plus visible avec des pratiques impactant directement le corps des femmes à un moment crucial de leur parcours biographique et de santé. Les pratiques vécues comme violentes concernent l'absence de consentement, la non prise en compte de la douleur, le manque de communication ou encore le non-respect de la pudeur (Schantz, Rozée, et Molinier 2021 : 5). Cependant, cela ne doit pas invisibiliser les rapports de pouvoir qui se jouent également au cours de la grossesse, que ce soit sur le plan du consentement, de la délivrance d'informations claires et complètes, de l'adaptation individuelle des soins ou encore du contrôle des corps. En effet, la mission de protection des mères et des nouveau-nés mise en œuvre tant dans les politiques de santé périnatale que dans les pratiques de soins en maternité (Charrier et Clavandier 2013; Virole-Zajde 2018; Boulet 2020) peut justifier un usage accru de l'autorité médicale et de la contrainte. En particulier lorsqu'une pathologie (telle que le DG) fait craindre des risques pour leur santé (Ballif 2014).

Dans la surveillance du DG, les savoirs médicaux font autorité et sont partagés par les femmes enceintes bien qu'appropriés à des degrés divers (voir chapitre 4). Les risques pour la santé de la mère mais surtout pour celle du fœtus et du nouveau-né justifient le caractère incontournable de l'objectif d'observance que les professionnelles mettent en œuvre au moyen de discours et de pratiques contraignantes, soutenus par une posture paternaliste. Les femmes enceintes ne sont par exemple jamais perçues comme capables de modifier par elles-mêmes leur suivi.

Aurélié : L'observance pour toi c'est sur l'ensemble : le fait de remplir le carnet, tout ce que tu m'as dit au départ, le fait de faire les dextros ?

Nathalie Lefebvre : Ah bah pour moi, il faut qu'elles fassent tout ! C'est quatre fois par jour et si vraiment, ça fait deux mois qu'elles ont toujours des dextros nickel, je leur dis : « Vous faites un jour sur deux. » Mais quand moi, je leur dis. Ou si une sage-femme les a vues leur a dit, d'accord [...] Non, mais des fois, il y en a qui arrivent, ça fait dix jours qu'elles ne les font plus. Non, pour moi, il faut qu'elles le fassent bien. C'est au même titre, enfin, il y a plein d'autres pathologies où voilà, il faut ... Mais en fait, déjà, quatre par jours, il y a des endroits, c'est six. Quatre par jour déjà, je trouve que c'est quand même allégé.

Entretien avec Nathalie Lefebvre, gynécologue-obstétricienne, blanche, 2 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Dans cette logique, les femmes enceintes développant un DG sont perçues comme devant nécessairement s'en remettre aux soignantes et se plier aux recommandations. Les

manquements d'observance sont d'autant moins tolérés qu'ils émanent d'un choix des femmes concernées.

Dans la situation décrite ci-dessous, Charlotte Bets, gynécologue-obstétricienne, reçoit une patiente qui lui a été adressée par une sage-femme parce qu'elle ne suit pas ses glycémies. Il est donc attendu d'elle que, grâce à sa fonction de médecin, elle parvienne à la convaincre de réaliser le suivi demandé. Pour cela, elle se place d'emblée dans une posture autoritaire et infantilissante, c'est-à-dire de moralisation de la conduite de la femme à partir de prescriptions strictes et d'arguments d'autorité.

Charlotte Bets, gynécologue-obstétricienne blanche d'une trentaine d'année, reçoit une femme arabe de 39 ans, enceinte de six mois qui attend son 3^{ème} enfant. La médecin lui dit : « y a écrit qu'on se voit parce que vous voulez pas suivre vos glycémies » / « parce que j'ai toujours été un poids plume » / Charlotte Bets la coupe : « alors ça n'a rien à voir, c'est pas pour ça que vous pouvez pas faire du diabète » / « j'voulais pas me mettre à la diet' » / La médecin la coupe à nouveau : « mais le régime diabétique c'est pas se mettre à la diet' » / « bah si quand même » / « non c'est changer son alimentation ». La femme explique qu'elle ne peut pas rester deux heures « à jeun ». La médecin lui répond que ce n'est pas être à jeun, qu'être à jeun c'est six heures sans manger, elle ajoute qu'elle peut prendre une collation mais « surveiller quand même et voir ce que ça donne ». La femme se justifie davantage : « au début j'avais dit non. [...] et y a eu un dialogue, y a eu une évolution [...] le fait qu'on m'ait braquée comme ça [...] j'ai toujours complexé, j'arrive pas à prendre de poids, c'est l'inconnu pour moi [...] y a eu un dialogue et j'ai accepté de me piquer et le carnet est à jour sauf le soir ». [...] Un peu après, la médecin précise les risques médicaux du DG en disant qu'au pire il peut y avoir un décès du bébé in utero et « a minima, pleins de complications » / « je sais bien » / « on vous demande pas des choses inutiles, c'est parce que ça a été prouvée par les études [...] c'est pas pour ça qu'on est conscient que se piquer quatre fois par jour c'est pas pénible [...] ce serait dommage de culpabiliser si y a un soucis. Vaudrait mieux vous dire « j'ai essayé de tout gérer » [...] mais y en a aussi qui ont ça depuis qu'ils sont petits et qui font ça toute leur vie » / « je sais, ma soeur est diabétique »

Journal de terrain, Consultation de suivi de grossesse, Maternité du Coudray, 18/02/2016

Cette soignante par son discours, transmet plusieurs messages et hiérarchies de valeur à cette femme enceinte. D'abord, elle place les savoirs médicaux comme indiscutables et comme étant les seuls recevables. Les causes du diabète (lien avec le poids), la définition du régime alimentaire ou le fait d'être à jeun, avancés par la patiente, sont corrigés par la professionnelle pour leur donner un sens médical. Ensuite, la gynécologue-obstétricienne présente les risques médicaux du DG pour la grossesse (en insistant sur le plus grave, à savoir le décès du fœtus) comme devant primer dans son rapport au suivi de la maladie. Enfin, elle insiste, en la culpabilisant, sur la responsabilité que porte cette femme vis-à-vis des risques en question. Cette professionnelle suggère également qu'elle devrait avoir la capacité de relativiser l'impact du suivi dans sa réalité quotidienne puisqu'il ne s'agit pas d'un diabète chronique. De sorte que la femme enceinte, en essayant d'expliquer son rapport à l'alimentation et au poids, ne trouve pas

d'écoute et se voit quasiment intimer l'ordre de suivre son diabète sans partager son expérience ni son savoir (celle-ci a déjà commencé son suivi et a une sœur diabétique). Bien que les propos des professionnelles ne soient pas toujours aussi catégoriques et indiscutables, lorsque l'absence de surveillance est dite et assumée, le ton se durcit.

Au-delà du discours, les soignantes peuvent également employer des stratégies de surveillance au plus près afin de contrôler la rectification des comportements d'observance par les femmes enceintes.

« Voilà. Elle ne savait pas, elle n'avait pas de valeurs. Donc, je lui ai dit : " Bon, allez, dites-moi vraiment que vous ne les faites pas ". Elle me dit : " Non, non, je ne les fais pas ". Je lui dis : " Bah écoutez ! " [ton réprobateur], elle arrivait à un terme, genre à 34 semaines [sept mois et demi], je lui dis : " Ecoutez, je vous laisse encore une seconde chance parce que je vous dis, moi, je suis embêtée. Vous me dites que vous ne remplissez pas votre carnet, vous ne l'apportez jamais, vous connaissez vos valeurs mais, en même temps, quand je vous pose des questions, bah, vous ne savez pas me dire les chiffres ". [...] Donc j'ai pisté, j'ai dit aux infirmières : " Ecoutez, la dame, elle vient tel jour, vous m'appellez bien quand elle est là, comme ça, je regarde son carnet et tout ". Et ça a marché. Alors, les filles m'avaient bien appelée. La première fois, elle n'est pas venue, donc je l'ai rappelée en fin de semaine. [...] Je lui dis : " Hop, hop, hop, vous n'êtes pas venue, je vous piste hein ".

Entretien avec Louise Bouquet, sage-femme, blanche, 6 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Dans la maternité Lachapelle, cette surveillance des femmes enceintes décrochant du suivi glycémique se réalise via la messagerie de l'application numérique. Les diabétologues de l'hôpital Rabelais en charge du contrôle des glycémies de toutes les femmes enceintes ayant un DG, relancent celles qui ne rentrent plus leurs chiffres dans l'application.

« Alors, moi en fait, quand je n'ai pas de nouvelle, chaque semaine, moi, je leur demande donc quelles sont les nouvelles de leurs glycémies. Comme ça, je leur demande juste : « J'espère que tout va bien ». Puisque je me dis parfois, il y a des catastrophes, on ne sait pas [des problèmes liés à la grossesse]. Donc surtout, voilà, on essaie toujours de dire : « Est-ce que tout va bien, enfin, on espère que tout va bien ». Et pas tout de suite, de dire : « Ouais, vous n'avez pas rempli votre tableau et compagnie ». Et puis, moi, je marque que j'attends de vos nouvelles, quoi. Donc, je laisse passer une semaine. Si je n'ai pas de nouvelle, je relance encore. Au bout de la troisième relance, je dis : « Bah voilà, je n'ai toujours pas de vos nouvelles, c'est dommage pour vous et pour votre bébé. Mais moi, je ne peux pas vous suivre si je n'ai pas d'info[-rmation] ». Histoire de la responsabiliser un peu. Mais là, si je n'ai pas d'info, moi, je demande à [la secrétaire du service] de les appeler. Et Après, si elles ne donnent pas de nouvelles, je considère qu'elles sont perdues de vue. Donc, je lance à Lachapelle et, là, si les patientes ne reviennent pas, moi, je ne me donne pas de mal, quoi ».

Entretien avec Anne Meunier, diabétologue, blanche, 2 ans d'expérience, Hôpital Rabelais

Cette surveillance des femmes non-observantes se décline donc virtuellement en multipliant les rappels à l'ordre sur la messagerie de l'application et par un appel téléphonique de la secrétaire du service.

Aurélie : Et après sur Diabbest, ils vous ont envoyé des messages ?

Ines Taïeb : Oui, oui, il y a le médecin. Oui, le médecin, il m'envoie des messages.

Aurélie : Et qu'est-ce qu'il disait ?

Ines Taïeb : Effectivement, j'ai rempli la première semaine, il m'a dit, et c'est ce qui m'a vraiment encouragée à ne pas me piquer tous les jours, il m'a dit : « Je vois que c'est bien, vous êtes sur la bonne voie alors on peut espacer un peu les... [mesures de glycémies] »

Aurélie : Il vous a dit d'espacer, de ne pas faire [les glycémies] six fois par jour ?

Ines Taïeb : Oui, oui. Ouais, il m'a dit : « Vous pouvez espacer ». Mais après, le problème, il m'a envoyé encore un mail en disant : « Je n'ai pas vu les résultats [Rires] ! », et moi je n'ai pas mis les résultats... [elle a arrêté complètement de mesurer ses glycémies]. Il m'a dit qu'on pouvait espacer, alors moi j'ai espacé [Rires].

Aurélie : Oui, il vous a dit : « Je ne vois rien venir, qu'est-ce qui se passe quoi ? »

Ines Taïeb : Ouais, qu'est-ce qui se passe, oui. Là, effectivement, « je ne vois rien sur votre dossier ».

Entretien avec Ines Taïeb, 33 ans, arabe, professeure de mathématiques, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

En théorie, les femmes peuvent opter pour une « disparition des ondes » mais ce n'est pas la majorité des situations (à un moment de l'enquête le professeur Joseph m'indique qu'il a cinq femmes sur quatre-vingts qui ne se sont pas présentées à « l'atelier » ou qui n'enregistrent pas leurs glycémies sur l'application. En outre, bien que les femmes suivies par l'application Diabbest puissent se montrer plus détachées car elles ne subissent pas de remontrances en direct, cela n'évite pas un processus d'étiquetage, au moins en fin de grossesse, dans les cas de non-observance.

Ines Taïeb m'explique par exemple qu'elle a ensuite repris la surveillance de ses glycémies suite aux messages du Professeur Joseph mais que cela est resté aléatoire durant toute sa grossesse. A la fin de la grossesse, Vanessa Vijay, la gynécologue-obstétricienne qui la reçoit⁷⁰ note ainsi dans son dossier : « *diabète mal suivi, écarts de régime fréquents, fœtus eutrophe* » et dit à Mme Taïeb : « *c'est pas pour vous pointer du doigt, mais c'est pour dire qu'il y a des écarts de régime qui expliquent [les glycémies élevées], après c'est pas des écarts majeurs, c'est pas 1,60 [de glycémie]* ». Il est malgré tout question de transmettre ces informations à ses collègues, grâce au dossier médical, dans l'idée que ces éléments rentreront en ligne de compte

⁷⁰ Il s'agit d'une consultation unique avec cette médecin afin que celle-ci donne son accord pour un accouchement par voie basse car cette patiente a eu une césarienne pour son précédent accouchement, ce qui implique des précautions particulières pour un second accouchement.

pour évaluer son observance et un éventuel déclenchement de l'accouchement (voir chapitre 6).

Ainsi, les soignantes effectuent une surveillance et un pointage, à la fois oral et écrit, des valeurs de glycémies au-dessus des normes, des « écarts » au suivi glycémique et au suivi du régime alimentaire afin d'évaluer l'équilibre de la maladie tout autant que les comportements d'observance des femmes développant un DG.

Cette surveillance des femmes enceintes ayant un DG et de leur observance se décline sous deux formes discursives relevant soit du coaching, soit de la menace.

1.2.2 Motiver ou menacer : l'art de convaincre les femmes enceintes ayant un DG d'être observantes

Les professionnelles avancent en premier lieu que pour convaincre les femmes ayant un DG de suivre les recommandations médicales, il est nécessaire de leur fournir des informations sur les arguments médicaux qui justifient la prise en charge proposée, autrement dit sur les risques médicaux de la maladie. La transmission de ces informations est perçue comme un levier pour la mise en œuvre d'une « bonne » observance. Il s'agit par-là de faire prendre conscience aux femmes des enjeux de santé du DG pour elle mais surtout pour leur bébé.

Deux types de discours se détachent alors parmi les professionnelles lorsqu'elles expliquent comment elles s'y prennent pour convaincre les femmes d'être observantes. Un premier type de discours décrit des pratiques d'encouragement et de motivation des femmes en insistant sur les aspects positifs et les bénéfiques du suivi médical proposé. Le second type de discours mobilise au contraire un registre de la peur et de la menace.

Ainsi, sept professionnelles, cinq dans la maternité Lachapelle (quatre sages-femmes et une diététicienne) et deux dans la maternité du Coudray (une sage-femme et une gynécologue-obstétricienne), insistent sur le fait « *qu'il ne faut pas faire peur* » aux femmes développant un DG et que l'objectif est avant tout de présenter les choses de manière positive. Elles évoquent les risques de la maladie, mais pas nécessairement d'emblée, à la fois en fonction de la demande des femmes et selon le degré de stress perçu chez elles.

Sophie Marsac se démarque d'une attitude qui serait culpabilisatrice ou angoissante pour les femmes. En particulier, elle ne mentionne jamais le risque de décès du fœtus *in utero*, contrairement à certaines de ses collègues.

Aurélie : Et tu ne parles pas de la mort fœtale en tout cas ?

Sophie Marsac : Non, non, je ne parle jamais de la mort fœtale ...

Aurélie : Même pour convaincre une patiente récalcitrante?

Sophie Marsac : Non, non. Peut-être parce que j'ai... Enfin, ce n'est pas que je n'y crois pas à la mort fœtale avec le diabète mais je pense qu'effectivement... De toute façon, si tu te mets en acidocétose⁷¹ ben ouais, tu as un risque de mort fœtale, tu as un risque de mort maternelle. C'est risqué pour ça le diabète. Mais si tu as des trucs [glycémies] bien équilibrés, il n'y a pas besoin de parler de risques, parce que je sais qu'elles ne font jamais de l'acidocétose si elles sont bien équilibrées. Elles ne vont pas tombées dans le coma du jour au lendemain. Non, non, je leur dis : « Ben, il faut faire bien attention, on va y arriver [Rires]. »

Aurélié : En fait, tu essaies de les motiver ?

Sophie Marsac : Ben ouais, sinon c'est démotivant, c'est culpabilisant, c'est stressant. Et si, quand bien même, elle fait une mort fœtale, elle va s'en vouloir toute sa vie, c'est dégueulasse quoi ! Enfin je trouve ça dégueulasse, déjà que c'est culpabilisant une mort fœtale et en plus, si elles ont ça en tête. Et ça ne changera rien de leur dire ça, donc je ne vais pas le dire. [...] C'est comme le cancer quand tu fumes, ça ne motive pas [Rires]. Enfin moi, je pense que ce qui, à la limite, ce qui peut plus les motiver, c'est de ne pas prendre trop de poids, d'avoir une bonne hygiène. Ça rassure de se dire : « Voilà, je fais bien les choses comme ça. » Je suis dans le positif, ça, ça motive. Les trucs négatifs, pour moi, ça ne motive pas l'être humain. [...]

Aurélié : Et tu leur dis quoi toi quand tu vois qu'elles ne font pas leur surveillance dextro ?

Sophie Marsac : Ben, je leur dis : « ce ne serait pas mal de le faire ». Enfin j'essaie de les convaincre d'une façon un peu constructive parce que sinon... C'est rare que je les engueule quand c'est le cas. Ce n'est pas ma façon de faire quoi. « Vous êtes adultes. Moi, je vous explique, c'est votre choix. »

Entretien avec Sophie Marsac, sage-femme, blanche, 12 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Pour cette sage-femme, effrayer et infantiliser les patientes n'est pas une bonne stratégie pour les convaincre d'être observantes dans leur suivi du DG. Cette posture repose sur une vision moderne de la santé préventive dans la mesure où elle s'appuie sur des techniques relevant de « l'entretien motivationnel »⁷² plutôt que de la sanction. Mais elle repose également sur une vision idéalisée de patientes qui seraient autonomes et responsables, ce qui comporte toujours le risque d'un discours ne pouvant être approprié que par certains groupes sociaux (Peretti-Watel et al. 2009). Les observations de consultations menées par Sophie Marsac confirment cette posture à la fois bienveillante et désengagée. Pour autant, cela ne l'empêche pas de se conformer à la surveillance en vigueur dans la maternité où elle exerce et d'adopter un vocabulaire scolaire avec les femmes enceintes qu'elle reçoit pour leur DG : « *c'est parfait, continuez comme ça !* » (Voir infra). Cependant, Sophie Marsac imagine (car elle n'a pas d'exemple concret en tête) que lorsque les femmes ne se conforment pas aux prescriptions médicales, elle pourrait proposer des adaptations telle que la surveillance des glycémies un jour sur deux au lieu de quotidiennement.

« Ou on peut leur proposer des trucs un peu moins... enfin, une surveillance un peu plus light mais une surveillance quand même, s'adapter quoi. Enfin, je ne sais pas. Je n'ai pas d'exemple en tête, mais de, enfin, on va leur imposer une surveillance où, pour elles, c'est trop

⁷¹ L'acido-cétose est une accumulation de corps cétoniques dans le sang due à une quantité insuffisante d'insuline. Les symptômes sont une soif intense, une envie d'uriner fréquente, des nausées, des vomissements, voire un malaise.

⁷² L'entretien motivationnel est « *un style de conversation collaboratif pour renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement* » (Miller et al. 2013 : 12).

contraignant, on peut s'adapter en disant : « Là ok, on va faire un jour sur deux plutôt que ça ». Enfin, essayer de continuer quand même un suivi... Et on ne fait pas forcément de mauvais suivi en faisant ça finalement. Parce que, au moins, elles le font quoi. Au moins, elles le font un petit peu. C'est toujours mieux que rien. »

Entretien avec Sophie Marsac, sage-femme, blanche, 12 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Les observations montrent que ce genre d'allègement est en pratique proposé aux femmes parfaitement observantes et non l'inverse (voir supra). Il s'agit avant tout d'une posture discursive où Sophie Marsac tient à laisser une certaine liberté à ses patientes. En ce sens, elle rejoint les évolutions de la médecine préventive qui s'affiche comme étant en rupture avec les postures normatives du passé (Berlivet 2004). Géraldine Bloy souligne en effet que : « *les valeurs du modèle préventif contractuel (Dozon, 2001) et de la démocratie sanitaire sont la raison et le libre consentement éclairé. La bienveillance, la considération des logiques profanes, le respect de l'autonomie sont donc présentés comme les clés des interventions préventives réussies, l'éthique et l'efficacité étant censées se rejoindre dans une qualité d'accompagnement de la motivation authentique des personnes. Ces dernières sont reconnues compétentes pour prendre elles-mêmes en charge leur santé et, ce faisant, se réaliser comme sujets. Ce discours d'éducation pour la santé ne donne ainsi plus prise aux accusations de domination et de normalisation des patients* » (Bloy 2015 : 50).

Sans tenir de discours défendant une telle posture, Marion Brun, gynécologue-obstétricienne dans la même maternité explique qu'elle cherche à encourager les femmes et non à les menacer lorsqu'elles ne sont pas observantes.

Marion Brun : Mais, je ne les affole pas non plus. Je leurs dis que ce n'est pas quelque chose de grave, que c'est fréquent...

Enquêtrice : Tu ne leurs parles pas de la mort fœtale ?

Marion Brun : Non, jamais (Rires). Non, jamais, jamais. C'est hyper... c'est horrible de dire à quelqu'un : « Vous allez... votre bébé va peut-être mourir. » Enfin...

Enquêtrice : Et du coup, par rapport aux patientes que tu trouves inobservantes, qu'est-ce que tu fais ?

Marion Brun : Bah, j'essaie de les motiver. Non, mais, j'essaie de leur... Oui, c'est ça. J'essaie de leurs réexpliquer pourquoi il faut faire les dextros, quels sont les risques pour le bébé, quels sont les risques pour elles.

Entretien avec Marion Brun, gynécologue-obstétricienne, blanche, 6 mois d'expérience, Maternité du Coudray.

Marion Brun revendique ainsi de ne pas faire peur aux femmes mais ses moyens d'action sur l'observance restent centrés sur l'énonciation des risques médicaux du DG.

D'autres professionnelles, se réclament de cette posture dans la maternité Lachapelle. Ainsi Clémence Jullian, sage-femme dans la maternité Lachapelle explique que, selon elle, il faut

comprendre les raisons de la non-observance, encourager les femmes sans leur faire peur et leur énoncer les risques sans « *aller très loin* ». Clémence Jullian et Sophie Marsac comparent d'ailleurs les modifications d'hygiène de vie demandées dans le DG avec l'arrêt du tabac, en argumentant que la culpabilisation ou la peur ne sont pas des leviers de changement des comportements de santé. Pourtant cette posture semble difficile à tenir.

« C'est arrivé que je sente que ça faisait deux, trois jours qu'elles ne surveillaient plus et qu'elles en avaient un peu marre, voilà, après ce que j'essaie de faire c'est de les sensibiliser mais sans arriver à les faire culpabiliser parce que c'est un peu dur de dire : « ça fait une semaine que vous faites de la merde et votre bébé c'est embêtant pour lui et que vous faites prendre des risques à votre enfant. » Je trouve ça un peu dur, mais après faut quand même passer le message que c'est très important et que pour la naissance du bébé c'est important que le diabète soit équilibré. Mais je trouve que, effectivement c'est une difficulté pour nous de pas être culpabilisant »

Entretien avec Clémence Jullian, sage-femme, blanche, 4 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Clémence Jullian souligne également en entretien que pour creuser les facteurs de non-observance il lui faudrait davantage de temps en consultation. Dans les observations, Clémence Jullian se montre indulgente auprès des femmes qui n'ont pas rapporté les traces de leurs glycémies car la connexion à l'application ne fonctionne pas dans le box de consultation où le réseau passe très mal mais elle s'enquiert malgré tout de leurs taux de glycémies en s'appuyant sur leur parole. Isabelle Blanc, sage-femme sur le même poste des explorations fonctionnelles, partage la même posture. Ces deux sages-femmes s'appuient également sur la surveillance réalisée par les diabétologues de l'hôpital Rabelais via l'application Diabbest. Toutes deux tolèrent également des « *écarts* » de régime tant que ceux-ci restent ponctuels.

Céline Roy, également sage-femme dans la maternité Lachapelle, elle, défend une position quelque peu différente. En effet, d'un côté elle énonce les mêmes préceptes d'une éducation à la santé positive. Pour cela, elle dit s'appuyer en particulier sur une expérience professionnelle passée au cours de laquelle la diabétologue en charge des DG lui a appris à être dans le « *coaching* », l'objectif étant de « *réexpliquer* » et « *d'encourage[r] l[es] dame[s]* ». En revanche, pour elle, la surveillance de la « bonne » observance des femmes ne doit pas s'appuyer sur leur parole qu'elle ne considère pas comme assez fiable, mais l'analyse des glycémies doit se faire en visualisant les chiffres et en reprenant précisément avec les femmes ce qu'elles ont fait.

« Oui, je pense que notre rôle il est tout le temps d'expliquer : au début pourquoi on doit le faire ; quand on consulte, c'est important de leur demander leur carnet [insisté] et pas de dire “ c'est quelle couleur vos glycémies ? “ Non, c'est : “ bah montrez-moi, on va regarder ensemble “ ; c'est ça une explo[-ation] pour diabète, c'est pas : “ c'est quelle couleur vos glycémies ? Y a du orange, d'accord, bah on va voir, bon c'est pas grave ça n'a pas de conséquence sur le bébé aujourd'hui “ [imite certaines de ses collègue visiblement], heu non.

C'est : " ok bah là madame, allez reprenez confiance en vous, gardez le courage, ça fait chier le diabète, je comprends, j'entends " et leur donner à nouveau des p'tits trucs. Tu vois ? Le principe de l'explo[ation], une fois par semaine, où tu reverrais la même personne, c'est justement pour regarder ensemble ! Parce que le diabéto[-logue], elles l'ont par mail, c'est pas vraiment de l'analyse, enfin on est pas côte à côte en train de dire " bah voilà, là qu'est ce qui s'est passé ? " [Elle mime le pointage sur le carnet d'une glycémie qui serait trop haute] »

Entretien avec Céline Roy, sage-femme, blanche, 9 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Ainsi, Céline Roy, au contraire de ses deux collègues, ne s'appuie pas sur le travail des diabétologues de l'hôpital Rabelais pour surveiller l'équilibre de la maladie. Elle estime que ce travail de « *coaching* », c'est-à-dire la recherche des points faibles au niveau du régime ou de l'autosurveillance glycémique mis en place par les femmes, afin de les encourager à les corriger, doit se faire en direct et non virtuellement. Cette surveillance de près implique que les « *écarts* » au régime sont peu tolérés pour cette sage-femme. Au-delà de cette surveillance de près, elle emploie également des stratégies de sanction et de menace. Elle mentionne en particulier le risque du décès du fœtus afin de convaincre les femmes.

« Je pense que les gens, alors quand ils font de la merde il faut leur dire qu'ils font de la merde, quand ils font des efforts, faut leur dire qu'il faut continuer leurs efforts parce qu'on sait que le diabète, ça se déséquilibre souvent plus à la fin. Mais faut les soutenir aussi, faut les féliciter, les encourager et faut leur expliquer pourquoi on les emmerde en fait. Parce que le diabète de grossesse c'est quand même la loi de l'emmerdement maximum. [...] Si j'ai besoin de les convaincre je dis aussi que, malheureusement des fois le bébé il peut avoir un accident très grave et que c'est pour ça qu'on les fait chier, pour qu'ils puissent être des parents après et s'occuper de leur enfant quoi »

Entretien avec Céline Roy, sage-femme, blanche, 9 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

En ce sens, cette sage-femme est dans une double posture d'encouragements et de menaces qui s'apparente davantage à un entraînement martial qu'à du « *coaching* ».

Les autres professionnelles de ce groupe ne se réclament pas forcément aussi explicitement d'une santé préventive fondée sur une posture éducative mais elles rejettent l'idée de faire peur aux patientes (elles disent explicitement ne pas parler du risque de décès du fœtus *in utero*) et insistent pour les encourager. C'est par exemple le cas de Justine Sojka, sage-femme dans la maternité Lachapelle qui dit : « *je ne faisais pas les grandes menaces, mort fœtale, tout ça. [...]* J'essayais de les encourager et de leur dire : " Allez, la grossesse, elle avance ! " ». Magalie Lagrange, diététicienne dans la même maternité va dans le même sens : « *on essaie de ne pas être alarmiste* ». Amandine Fallen, gynécologue-obstétricienne et responsable du DG à la maternité Lachapelle ne se positionne pas clairement dans l'une ou l'autre posture. Elle dit à la fois qu'elle souhaite rassurer les femmes lorsqu'elles sont stressées par l'annonce du diagnostic mais elle dit également qu'il peut arriver qu'elle mentionne le risque de décès du fœtus pour les convaincre d'un déclenchement de la naissance par exemple.

Au-delà des sages-femmes interrogées, les données issues des observations montrent que les soignantes investissent volontiers ce rôle d'éducatrice, ou de coach, qui même à des degrés de contrainte variable, mettent en avant leur volonté d'agir sur les comportements de santé des femmes. Leurs discours auprès des femmes insistent sur les efforts et la persévérance dont elles doivent faire preuve.

« Faut s'accrocher, j'ai conscience que c'est dur mais même si les taux [de glycémie] montent faut s'accrocher »

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles avec Sébastien Fougeray, sage-femme, homme blanc d'une trentaine d'années, Maternité Lachapelle, 30/08/2016

« Encore un p'tit effort à faire mais c'est correct »

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles avec Assia Bida, sage-femme arabe d'une trentaine d'années, Maternité du Coudray, 21/03/2016

Plusieurs d'entre elles ont mis en avant la possibilité de voir évoluer l'observance des femmes.

« Alors, il y a les patientes qui ne sont pas observantes, c'est qu'elles ne le seront jamais mais il y en a quand même pas mal où je trouve que c'est fluctuant. »

Entretien avec Marion Brun, gynécologue-obstétricienne, blanche, 6 mois d'expérience, Maternité du Coudray.

« Oui, ça peut évoluer dans le bon sens en leur expliquant. Non, ce n'est pas forcément figé, ça dépend des patientes. »

Entretien avec Nathalie Lefebvre, gynécologue-obstétricienne, blanche, 2 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Ces discours sur l'évolution de l'observance des femmes enceintes ayant un DG laissent entrevoir des catégories de femmes qui aux yeux des soignantes sont « irrécupérables » et celles sur lesquelles il est possible d'agir (voir chapitre 4 sur les catégories sociales sous-jacentes à ces analyses des soignantes). Ces possibilités d'agir s'illustrent dans les situations d'intensification du discours alarmiste selon les comportements d'observance des femmes enceintes. Nour Labadi, gynécologue-obstétricienne, explique par exemple qu'elle ne détaille pas les risques de la maladie dès le départ mais que selon l'adhésion des patientes au suivi, elle augmente le degré de pression.

Aurélie : Et est-ce que tu leur parles des complications toi, soit au début, soit après ?

Nour Labadi : Pas d'emblée. En revanche, si par exemple, je la revois un mois après et que dans l'intervalle, elle aura vu la diététicienne, mis en place son régime, fait montrer son carnet avec des glycémies qui sont catastrophiques et quand on reprend avec elle, elle a pris cinq, six kilos. Enfin, là, je te fais le tableau à l'extrême mais, en gros que clairement, elle n'a pas du tout écouté ce qu'on lui a dit. Là, je vais lui parler des complications. Il me semble que c'est de l'inconscience. Enfin, en lui faisant comprendre quand même que là on est dans une

pathologie, qu'on lui a tout expliqué pour la prendre en charge et qu'elle n'a fait aucun effort...
Là, je lui expose les risques.

Entretien avec Nour Labadi, gynécologue-obstétricienne, arabe, 6 mois d'expérience, Maternité du Coudray

L'exercice de la contrainte peut ainsi se renforcer au fil du temps avec les patientes qu'il s'agit de remettre dans le « droit chemin »⁷³.

« Moi par contre en première attitude, si la personne n'est pas contre [le suivi], je dis toujours :
“ faites attention, vous respectez, parce que si vous respectez pas, on devra être plus strict, pour
le bébé “. Pour moi, faut tout mettre en vision : santé maman-bébé »

Entretien avec Sylvie Bévan, diététicienne, blanche, 25 ans d'expérience, Maternité du Coudray

De sorte que si la posture d'une éducation à la santé laissant une forme de marge de manœuvre aux soignées, défendue par certaines professionnelles, semble bénéfique, il n'en reste pas moins qu'elle reste ambivalente pour d'autres (Céline Roy et Amandine Fallen) et que sa mise en œuvre paraît contrainte par l'organisation institutionnelle (cela nécessiterait probablement du temps supplémentaire) et les interactions limitées sur la durée entre soignantes et soignées. Cette posture semble s'apparenter davantage à une rhétorique visant à éloigner tout soupçon de paternalisme et s'ancrant dans la modernité d'une relation de soin marquée par le libéralisme et que ceci n'interdit pas un discours autoritaire par ailleurs. Enfin, bien qu'avec des moyens en théorie différents (l'encouragement positif ou la menace et la peur – procédé détaillé dans le paragraphe suivant), l'objectif poursuivi reste le même. Il ne s'agit pas de définir ensemble les objectifs de chaque femme, ni de considérer leur qualité de vie comme membre de l'équation, mais de maintenir leur observance.

Le second groupe de professionnelles, représenté par quatre professionnelles de la maternité du Coudray (une gynécologue-obstétricienne et trois sages-femmes), se réfère davantage aux anciennes méthodes de prévention (Berlivet 2004), parfois utilisées dans le DT2 et fondées sur la peur (G. Reach 2009). Elles jugent utile de mobiliser ce type d'émotions pour inciter les femmes à l'observance. Ces quatre professionnelles mentionnent en particulier le risque de décès du fœtus et entendent faire « *prendre conscience* » aux femmes des dangers pour elle et leur bébé à naître.

⁷³ Les profils des femmes davantage surveillées quant à leurs comportements d'observance sont détaillés dans le chapitre 4.

1.2.2.1 Le décès du fœtus comme argument ultime

J'ai montré brièvement que les femmes enceintes développant un DG sont responsabilisées vis-à-vis de leur santé mais surtout de celle de leur futur nouveau-né (voir chapitre 2). Nous allons voir ici précisément comment les soignantes justifiant l'usage de la menace dans la relation de soins, mobilisent des arguments autour de la santé du fœtus pour convaincre les femmes d'être observantes dans le suivi de leur DG.

Plusieurs travaux ont montré en quoi le fœtus est devenu au fil du temps un individu à part entière, ce dont témoigne les évolutions juridiques autour de son statut (Charrier et Clavandier 2019), perçu à la fois comme patient et comme membre de la famille avant-même sa naissance (Boulet 2020). Le développement des technologies, en particulier l'échographie mais aussi le diagnostic prénatal, le développement des techniques autour de l'embryon ou l'essor plus récent de la chirurgie fœtale, ont donné corps à une réalité qui était auparavant uniquement perçue par les mères au travers des mouvements fœtaux. Ceci implique une focalisation sur les comportements de santé des mères perçus comme ayant un impact sur celle du fœtus.

Elsa Boulet reprend les analyses de Denise A. Copelton aux Etats-Unis qui, dans les années 2000, s'est intéressée plus particulièrement aux comportements alimentaires des femmes enceintes comme révélateurs de leur responsabilité maternelle. Elsa Boulet résume ainsi son travail : « *Pour l'autrice, il faut analyser le non-respect des normes alimentaires comme une déviance, au même titre que la consommation d'alcool ou d'autres drogues pendant la grossesse, dans la mesure où l'alimentation des femmes enceintes est fortement normalisée au nom de la santé du fœtus* (Copelton 2007) » (Boulet 2020 : 416). Il est donc attendu des femmes enceintes un sacrifice corporel total au nom de la santé de leur fœtus démontrant ainsi leur capacité à être de « bonnes » mères. Ceci suggère une négation de la mère en tant qu'individu qui s'efface devant les besoins de l'enfant (Garcia 2011). Comme le note Béatrice Jacques, lors des consultations de grossesse : « *tout se passe en fait comme si on demandait aux patientes d'accepter d'être niées en tant que personne au nom des normes de surveillance du fœtus définies par la science* » (Jacques 2007 : 115). Déborah Lupton va dans le même sens et prend en compte à la fois l'émergence des technologies, le paradigme du risque spécifique de nos sociétés contemporaines et les politiques de santé néolibérales pour expliquer la place centrale donnée au fœtus et justifiant les attentes « *d'autorégulation et de discipline de leur corps* » de la part des femmes enceintes (Lupton 2012).

Ces enjeux se réactualisent dans le suivi du DG où les comportements de santé attendus des mères, notamment alimentaires mais également en termes d'autosurveillance, sont surveillés et

corrigés au nom des conséquences pour la santé du fœtus. Dans ce contexte, la menace de la mort du fœtus *in utero* est envisagée par certaines professionnelles comme un moyen de pression ultime et légitime poussant la responsabilisation des mères jusqu'au bout. Nathalie Lefebvre, gynécologue-obstétricienne à la maternité du Coudray et responsable du DG (voir deuxième partie du chapitre sur la division du travail autour du DG), s'inscrit pleinement dans cette posture.

Aurélié : Mais, après, les arguments avancés, pour les convaincre quand elles sont un peu réfractaires au suivi, c'est surtout sur les risques encourus ?

Nathalie Lefebvre : Ah bah oui ! Moi, je leur dis qu'il y a un risque de mort fœtale *in utero*. Quand elles sont vraiment pas sages et qu'elles font n'importe quoi et qu'elles pensent que je les embête juste parce que j'ai envie de les embêter, Je leur dis : « voilà, le risque c'est ça quoi. »

Aurélié : Oui, et tu parles aussi de la macrosomie ?

Nathalie Lefebvre : Oui, mais ça en fait, à ce qu'elles me disent : « oui je vais juste avoir un gros bébé c'est ça ? » Bah non en fait, ce n'est pas que ça, un gros bébé, ce n'est pas grave. Mais par contre, je leur dis aussi l'hypoglycémie, les maladies, enfin. Et puis, je leur redis : « En fait, un gros bébé, ce n'est pas grave. Le problème, c'est tout ce qui va avec ». [...] Mais en fait, il y en a certaines, des fois, tu as envie de les mettre devant la vraie réalité parce qu'elles se comportent comme des gamines et elles pensent que c'est pour me faire plaisir. Et en fait, je leur dis : « Mais en fait moi, votre carnet à la base...[ça m'est égal] »

Entretien avec Nathalie Lefebvre, gynécologue-obstétricienne, blanche, 2 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Nathalie Lefebvre entend corriger les comportements des femmes ayant une observance jugée insuffisante en mentionnant le risque du décès du fœtus. Pour elle, les autres risques concernant le fœtus ne sont pas entendables par les femmes car elles n'auraient pas conscience de ce qu'ils impliquent sur le plan médical. Dans une posture infantilisante qui justifie un discours autoritaire et moralisant, cette professionnelle choisit donc de présenter le pire des scénarios aux femmes qu'elle juge « *pas sages* ».

Amanda Bonnemain et Louise Bouquet, toutes deux sages-femmes dans la même maternité se placent également comme détenant un savoir qui fait autorité auprès des femmes enceintes ce qui justifie un contrôle au plus près de leurs comportements. Louise Bouquet dit ainsi qu'elle a menacé d'hospitalisation une patiente qui ne rapportait pas son carnet de glycémie en consultation et disait avoir des chiffres normaux sans pouvoir les préciser. Elle explique qu'elle lui « *a remonté les bretelles* » et qu'elle l'a « *pistée* » jusqu'à ce qu'elle vienne montrer son carnet de glycémies aux infirmières de consultation (voir supra). Amanda Bonnemain utilise le même genre de stratégies. Elle dit ainsi : « *parfois, tu es obligée de leur faire peur* ».

Parmi les sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes qui ont été observées en consultation dans cette maternité (et non interrogées), on retrouve également cette pratique de la menace du décès *in utero* du fœtus.

La sage-femme Anna Fauvel, blanche, une trentaine d'années reçoit une femme noire enceinte de huit mois et demi qui ne réalise pas son suivi de glycémies. La sage-femme utilise à plusieurs reprises les mots « danger », « dangereux », « on est à l'aveugle »... La femme enceinte demande : « quel danger ? » / « la mort du bébé et plein d'autres choses, vous êtes prête à vous engager là-dedans ? [...] c'est vous qui allez me dire ce qu'on va faire parce que moi... Sinon on va vous garder à l'hôpital, à 2000€ la nuit juste parce que vous avez la flemme de vous piquer c'est quand même triste. [...] On est pas à votre service, c'est pas open bar... » La sage-femme téléphone ensuite à la secrétaire du service de diabétologie. Celle-ci lui indique qu'il n'y a pas de rendez-vous disponible le vendredi, or la patiente ne peut venir que le vendredi car c'est le seul jour où elle peut faire garder ses enfants. La sage-femme poursuit, après avoir raccroché : « si vous voulez pas vous faire suivre, que vous êtes pas compliant, on va vous faire accoucher hein ! » / « non je vais traiter le sucre là, pas l'accouchement [elle ne veut pas être déclenchée] ». Visiblement soucieuse, la sage-femme téléphone à Nathalie Lefebvre, médecin référente pour le DG. Après avoir raccroché avec la gynécologue-obstétricienne, elle annonce à la patiente : « elle veut qu'on vous déclenche samedi matin à 7h ». La femme demande alors : « on ne peut pas rester à l'hôpital pour le sucre ? » / « Non parce qu'à 38 semaines [de grossesse] ça ne sert à rien [...] on ne va pas vous garder une semaine à l'hôpital parce que vous avez la flemme de vous piquer [...] c'est à vous de le faire, c'est pas à nous de vous piquer, vous pouvez le faire, surtout que vous l'avez déjà fait, c'est à vous de vous responsabiliser ». Le fils de la femme enceinte, âgé de 3 ans environ, tourne autour du bureau de la sage-femme qui est à bout de patience tandis que sa mère soupire en essayant de le ramener vers elle, en vain. La sage-femme conclut : « est-ce que vous avez compris ce qu'on va faire ? » / silence / elle interroge la patiente : « y a quelque chose qui ne va pas ? Parce que c'est le moment de le dire » / silence. Après son départ, la sage-femme me dit : « en plus, elle fait semblant de ne pas comprendre, genre j'm'en fous. Elle a peut-être d'autres problèmes dans sa vie mais dans ce cas qu'elle le dise [...] Et puis, j'suis pas d'humeur là, ça se voit peut-être... ».

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité du Coudray, 22/03/16

Plusieurs éléments se dégagent de cette situation particulièrement tendue. Tout d'abord, le report sur la responsabilité de cette femme dans le suivi de son DG vise à soulager, voire à protéger l'institution, de dépenses budgétaires qui « n'en valent pas la peine » aux yeux de cette sage-femme. Dans une perspective moralisante, elle met en balance les efforts de la patiente, jugés insuffisants, et le coût important engendré par une hospitalisation. Ensuite, il apparaît que l'adaptation à la situation individuelle de cette femme n'est pas envisageable. Enfin, les menaces proférées en énumérant la mort du fœtus puis le déclenchement de l'accouchement, reflètent en partie la peur ressentie par la sage-femme qui cherche à tout prix à trouver une solution (auprès du service de diabétologie puis auprès de la gynécologue-obstétricienne) afin que la situation lui paraisse sous contrôle sur le plan médical. J'ai pu observer cette peur chez d'autres sages-femmes de la maternité du Coudray, particulièrement sur le sujet de la mort fœtale.

« [...] C'est quelque chose qui me fait peur, je pense que c'est la mort fœtale in utero qui me fait plus peur que le diabète. [...] Mais, c'est mon angoisse [...] C'est... quand je vois... Enfin, les valeurs patho[-logiques], rouges comme ça [elles parlent des valeurs

de glycémies élevées et pointées en rouge dans le carnet], je me dis : “ Mon Dieu, il va mourir ! “ »

Entretien avec Amanda Bonnemain, Sage-femme, indienne, 8 ans d’expérience, Maternité du Coudray

Nous avons vu dans le chapitre 2 que le risque de décès du fœtus n’avait pas été démontré dans la littérature médicale, en cas de DG. Il persiste un doute lié au fait que le DT2, lui, serait responsable de décès fœtaux et que certains DG correspondent en fait à des DT2 non diagnostiqués auparavant⁷⁴. Parmi les sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes interrogées pour cette recherche, il y a une coexistence des deux points de vue sur cette question. Dans la maternité du Coudray, la plupart des sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes partagent l’idée que ce risque existe (parmi celles interrogées mais également observées). Raphaëlle Giraud, sage-femme dans cette maternité m’explique qu’elle est convaincue du risque de mort fœtale *in utero* du fait de son apprentissage auprès de ses collègues médecins.

Raphaëlle Giraud : Bah moi mes connaissances c’était la base, j’étais pas hyper forte en diabète, honnêtement c’est que les explos [explorations fonctionnelles] qui m’ont vraiment appris à gérer le diabète. [...] Enfin le fait de dire, bah voilà alternance d’hypo, d’hyper, et risque de mort fœtale in utero, ça c’est uniquement les médecins qui me l’ont appris

Aurélié : Oui c’est ce qu’on t’a dit quoi

Raphaëlle Giraud : C’est ce qu’on m’a dit, c’est un peu ce que j’ai lu mais c’est pas... Enfin voilà, j’ai appris, j’ai appris

Aurélié : Ouais. Oui, tu l’as pas vérifié dans la littérature mais...

Raphaëlle Giraud : Je l’ai pas vérifié non (sourire), je connais pas le pourcentage exact [rires]).

Entretien avec Raphaëlle Sage-femme, blanche, 8 ans d’expérience, Maternité du Coudray

Amadine Fallen, gynécologue-obstétricienne et responsable du DG dans la maternité Lachapelle ne reprend pas cette idée à son compte et en parle comme une croyance ancrée dans l’imaginaire.

« On est tous d’accord sur les risques... Alors, il y a encore des trucs un peu intégrés dans l’inconscient collectif, donc les morts fœtales, les trucs comme ça. Donc, les discours ne sont pas tous les mêmes, je pense. »

Entretien avec Amandine Fallen, Gynécologue-obstétricienne, blanche, 7 ans d’expérience, Maternité Lachapelle

Sa collègue, Vanessa Vijay, également gynécologue-obstétricienne est un peu plus nuancée, car selon elle, le doute quant à un DT2 préexistant à la grossesse n’est jamais complètement

⁷⁴ Lorsque le taux de glycémie à jeun en début de grossesse est supérieur à un certain seuil, les professionnelles suspectent que le diabète n’est pas circonscrit à la grossesse mais était déjà présent auparavant. Le seuil de 1,26 g/l de glycémie est retenu, voir annexes 8 et 9.

levé. En outre, nous avons vu plus haut que malgré un discours récusant le risque de mort fœtale, Amandine Fallen pouvait malgré tout utiliser cet argument pour les femmes refusant le déclenchement de la naissance.

De fait, même les professionnelles qui récusent la peur comme moyen de transformation des comportements de santé et refusent de mentionner le risque de décès du fœtus *in utero*, se réfèrent aux différents risques concernant le fœtus.

Lors d'une consultation, la patiente, une femme blanche qui attend son 3^{ème} enfant et a un diabète gestationnel nécessitant des injections d'insuline, explique à la sage-femme, Anna Fauvel (blanche, environ trente ans) qu'elle n'arrive pas à manger à heure fixe. La sage-femme essaie de la convaincre et lui parle des effets néfastes pour « le bébé ». Elle parle de la « toxicité du sucre pour ses yeux, ses reins... » La patiente dit : « je fais tout l'inverse » sur un ton dépité. La sage-femme conclut en disant qu'il « faudrait redresser la barre à 180 sinon... [...] les semaines qui viennent sont importantes pour éviter que le bébé soit perfusé [à la naissance] ».

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, maternité du Coudray, 16/11/2015

Plusieurs professionnelles mentionnent le risque d'hypoglycémie du nouveau-né et des conséquences sur les jours suivants la naissance.

Stéphanie Pujol, diététicienne blanche de 34 ans, décline plusieurs arguments pour motiver les quatre femmes qu'elle reçoit lors de l'atelier diabète à bien suivre les préconisations alimentaires : « hypoglycémie réactionnelle [baisse du taux de sucre du nouveau-né à la naissance, en réaction au taux de sucre élevé de sa mère pendant la grossesse], néonate [hospitalisation en néonatalogie] ou un déclenchement [de l'accouchement], c'est nul ! Un bel accouchement c'est quand même un beau cadeau ! »

Journal de terrain, Atelier diabète, Hôpital Rabelais, 28/06/16

Le tableau décrivant un éventuel déclenchement de l'accouchement, une éventuelle hospitalisation de leur enfant et la séparation qui en découlerait vise à faire réagir les femmes qui sont supposées partager ce souhait d'un contrôle du DG afin d'échapper aux conséquences médicales de la non-observance. Plusieurs professionnelles emploient l'expression « *faire prendre conscience* » pour justifier les propos utilisés dans les interactions avec les femmes, ce qui renvoie à une responsabilité maternelle, pensée comme évidente. Le risque du décès *in utero* constitue le bout de chaîne de ce processus de responsabilisation des mères.

Par ailleurs, le renforcement de la surveillance de fin de grossesse, aux explorations fonctionnelles, se centre sur le bien-être fœtal au moyen de l'échographie et du monitoring, ce qui indique de façon tacite une inquiétude à ce sujet. Car le monitoring fœtal a bien pour objet de repérer des anomalies du rythme cardiaque révélant une éventuelle détresse. Or, dans la maternité du Coudray comme dans la maternité Lachapelle ces monitorings sont réalisés une fois par semaine à partir de huit mois de grossesse et dans la maternité du Coudray, s'ajoute un

monitoring à domicile une fois par semaine (le cœur du fœtus est donc enregistré deux fois par semaine à partir de huit mois de grossesse). Le monitoring faisant partie des preuves largement mobilisées dans le cadre d'une expertise légale d'un dossier obstétrical, il est clairement utilisé en ce sens dans le cadre du DG, à savoir faire la preuve d'une absence de détresse fœtale.

Encadré 4, Le cadre médico-légal dans le suivi de grossesse et du DG

L'organisation du travail en maternité autour du paradigme du risque médical donne une place centrale à la notion de responsabilité médicale d'un point de vue juridique. Comme le rappelle Matthieu Biancucci, la fréquence des procédures, du moins en civil, a fortement augmenté entre 1992 et 2001 sans pour autant que celles-ci aboutissent à des mises en cause de la responsabilité des praticien·nes, qui, elles, restent faibles, toutes spécialités confondues (Biancucci 2011). Cependant cela est très variable selon les spécialités et l'obstétrique fait partie des plus risquées : « *en 35 ans d'activité, les chirurgiens sont donc au moins huit fois mis en cause, tandis qu'obstétriciens, gastroentérologues, anesthésistes, ophtalmologues et dentistes le sont au moins quatre fois* » (Biancucci 2011 : 372). Or, les aspects médico-légaux liés à la pratique médicale sont largement repris dans le discours des professionnelles montrant que ceux-ci s'ajustent à cette nouvelle donne (*Ibid.*).

Les quelques travaux s'intéressant à ces aspects dans le cadre de l'obstétrique montrent que le cadre médico-légal apparaît comme l'un des éléments externes qui régulent désormais l'activité des soignantes en maternité, médecins en particulier, limitant leur capacité d'auto-contrôle (Charrier et Clavandier 2013 : 136). En particulier, les dimensions juridiques modifient les pratiques en accentuant l'attention portée à la qualité de l'information fournie aux patientes, en augmentant la part de travail écrit des professionnelles due à l'exigence de traçabilité des actes médicaux, en favorisant la réalisation d'examen·s complémentaires parfois inutiles et en encourageant le refus de réaliser certains gestes tenus pour risqués (Jacques 2007 : 62). Priscille Sauvegrain identifie d'autres effets de ce cadre telle que la diminution du nombre d'étudiants en médecine souhaitant se spécialiser en obstétrique ou la restriction de l'autonomie des sages-femmes, les règles de droit les rendant plus dépendantes vis-à-vis des médecins dont la responsabilité est plus engagée (Sauvegrain 2010 : 294 - 295).

La question de l'érosion du pouvoir médical est sous-jacente à ces analyses. Pour les professionnel·les il s'agit avant tout d'une remise en question de la confiance des patient·es dans la fonction médicale (Hammer, Cavalli et Burton-Jeangros 2009). Cette perte de confiance est-elle le signe d'une diminution du pouvoir médical ? Les pratiques remodelées par les règles de droit sont-elles si contraintes ? Pour Philippe Charrier et Gaëlle Clavandier, les aspects médico-légaux relèvent d'une contrainte intégrée dans le domaine de l'obstétrique et ne fait pas réellement obstacle à l'activité (Charrier et Clavandier, 2013 : 138). Au contraire, pour Priscille Sauvegrain cette contrainte est relativement forte et justifie qu'elle ne parle pas de « *pouvoir* » mais plutôt de « *savoir d'autorité* » dans la relation de soins (Sauvegrain, 2010 : 293).

Si ce discours autour du cadre médico-légal est très peu apparu de manière directe parmi les enquêtées, les pratiques de surveillance du fœtus et la crainte de son décès pour certaines professionnelles, révèlent un enjeu plus global de surveillance au nom d'une mission de protection de la vie qui en cas d'échec pourrait également peser sur leur carrière professionnelle. Céline Roy, sage-femme à Lachapelle s'interroge par exemple sur la valeur juridique de traces laissées sur l'application Diabbest.

Céline Roy : Oui mais après quelle est la valeur médico-légale de Diabbest ? Je ne sais pas si c'est archivé sur le site à vie ou si ça disparaît au bout d'un an ou deux ans tu vois... C'est intéressant à savoir parce que si le gamin à six ans il a sa cardiomyopathie hypertrophique et qu'on a plus les traces des chiffres enfin tu vois, c'est quoi la valeur de

ce truc ? Après c'est très confortable pour les dames d'envoyer aux diabéto[-logues] tout ça.

Aurélié : Ouais. Mais du coup ça pourrait être envisagée que la décision de ne pas déclencher soit prise ensemble ?

Céline Roy : Après heu oui [hésitante], [il faut ce soit] bien cadré hein, parce que la non-assistance à personne en danger se pose-là si y a une tuile quoi. Il faudrait qu'on puisse vraiment vérifier la compréhension de la dame en face. Je pense qu'on va continuer à déclencher !

Entretien avec Céline Roy, sage-femme, blanche, 9 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Les éléments légaux peuvent constituer une justification des décisions médicales autour du DG visant à protéger la vie et la santé du fœtus tout autant que la carrière professionnelle des soignantes. Ce faisant, une réflexion sur la qualité de la relation de soin et la redéfinition des pouvoirs entre soignantes et soignées est délaissée au profit d'une surveillance de la vie qui, supportée par le cadre institutionnel et légal, justifie des pratiques autoritaires. Ainsi, les professionnelles agissent comme des « *entrepreneu[se]s de morale* » (Becker 1985) dans le sens où les comportements d'observance des femmes enceintes développant un DG témoignent de leur capacité à être de « bonnes » mères dont les besoins doivent passer au second plan par rapport à ceux de leurs enfants à naître (Garcia 2011).

Il est remarquable que cette posture autoritaire se retrouve majoritairement parmi les professionnelles de la maternité du Coudray bien qu'elle ne soit pas totalement absente de la maternité Lachapelle. Nous verrons en détail au cours du chapitre 4 que la distribution vers davantage d'autorité dans cette maternité soutient l'idée que certains groupes sociaux, stigmatisés dans leur comportements de santé, sont davantage suspectés de non-observance.

Cette partie m'a permis de montrer la centralité d'un ethos de surveillance et de contrôle parmi les professionnelles et ce, malgré des discours et des degrés variables dans l'investissement de ce rôle. Je vais maintenant tenter de discerner les logiques qui sous-tendent ces variations en termes de division du travail.

2. Division du travail dans la mise en œuvre de l'observance : partage, mutualisation et renforcement de l'ethos de surveillance

Dans cette partie, je vais examiner le rôle des quatre groupes majoritairement engagés dans la mise en œuvre de l'observance dans le suivi du DG que sont les sages-femmes, les gynécologues-obstétriciennes, les diététiciennes et les diabétologues. Bien que les infirmières interviennent également dans la prise en charge du DG, leur rôle est moins central en ce qui

concerne l'objectif d'observance. Je vais analyser ici comment cet objectif organise la division du travail et soulève des enjeux de reconnaissance, de légitimité et de délégation de tâches entre ces quatre groupes professionnels.

2.1 Place des sages-femmes dans le suivi du DG : entre rôle central et ambiguïté de leurs compétences

La place des sages-femmes dans le suivi du DG est à l'image des enjeux qui traversent plus généralement cette profession, c'est-à-dire qu'elles sont à la fois autonomes et dépendantes des médecins (Schweyer 1996). Théoriquement, du fait de leur statut de profession « *médicale à compétences limitées* » le champ d'action des sages-femmes est circonscrit aux grossesses sans pathologie. L'Article L4151-3 précise ainsi que : « *En cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques* » (Code de la santé publique, Quatrième partie, Livre 1^{er}, Titre V, Chapitre 1^{er}).

Ainsi la division du travail autour de la naissance, prévoit que les sages-femmes soient dédiées à la normalité ou la « physiologie » et les obstétriciens à la « pathologie », les premières devant savoir dépister le basculement d'une situation à une autre afin de faire appel aux seconds. Cette répartition des tâches, issue notamment de l'histoire des deux professions (Sage-Pranchère 2014; Morel 2018) implique des niveaux de compétences et de responsabilités différents mais aussi des rapports de pouvoir. Cependant, comme il a été dit au chapitre 2, ces deux pôles ne sont pas exclusifs de l'un ou de l'autre groupe. En outre, l'hôpital (contrairement à l'exercice en libéral) est un lieu où les deux professions (entre autres) travaillent en étroite collaboration, et où la frontière entre la « physiologie » et la « pathologie » est fréquemment remise en question dans la répartition du travail, du fait d'un processus de « *délégation de tâches* » (Arborio 1995). Depuis le travail d'Everett Hughes sur la délégation du « *sale boulot* » (dirty work) dans le travail des infirmières (Hughes 1951), les délégations de tâche à l'hôpital ont été étudiées par les sociologues français sous la forme d'une report en chaîne du « *sale boulot* » vers les professions placées en bas de la hiérarchie hospitalière (Chauvenet 1972). Au sein de la hiérarchie en maternité, les sages-femmes ont une place particulière car elles ne se trouvent ni parfaitement en haut, ni tout en bas de l'échelle. Cet « entre-deux », caractéristique de leur profession, a des effets en termes de division du travail dans la mesure où des chevauchements existent dans leurs compétences avec celles d'autres groupes professionnels tels que les gynécologues, les pédiatres mais aussi les infirmières ou encore les auxiliaires de puériculture (concernant l'allaitement maternel par exemple). Ainsi, comme ces professionnelles travaillent

dans les mêmes espaces et sur le même « matériau » (Goffman 1968), cela peut conduire à des processus de délégation mais également de concurrence et d'appropriation dans les savoirs et compétences mobilisés auprès des femmes enceintes.

Dans le cas du DG, la prise en charge est partagée entre sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes. Bien qu'elles ne mobilisent pas les mêmes pouvoirs symboliques auprès des femmes enceintes, en particulier dans la mise en œuvre de l'observance, elles effectuent exactement les mêmes tâches autour de la maladie : dépistage, diagnostic, mise en place de la consultation diététique ou de « *l'atelier diabète* », réalisation de la surveillance des glycémies et du régime alimentaire, adressage aux diabétologues en cas de besoin.

Néanmoins, si on se réfère au code de santé publique, le DG ne fait pas partie du champ de compétences des sages-femmes puisqu'il s'agit d'une pathologie de la grossesse. Dans ce cas, il s'agit davantage d'un dépassement ou d'un glissement de tâches que d'une délégation. Pourtant, pour les sages-femmes des deux structures étudiées, il va de soi que le suivi du DG fait partie intégrante de leur travail et ce, d'autant plus qu'elle est admise par l'institution⁷⁵. Notons tout de même que ce glissement de tâches est plus important dans la maternité du Coudray où les sages-femmes réalisent quasiment l'ensemble du suivi alors que dans la maternité Lachapelle, elles sont présentes essentiellement au début et à la fin. En effet, dans la maternité du Val-de-Marne, ce sont les sages-femmes de consultation ou des explorations fonctionnelles qui vérifient les glycémies et évaluent s'il y a nécessité d'adresser les femmes au service de diabétologie, alors que dans la maternité parisienne le suivi des glycémies est réalisé par les diabétologues, via l'application Diabbest (voir chapitre 2).

Cette extension des tâches des sages-femmes permet avant tout de répondre au grand nombre de cas de DG. En effet, au vu du contexte décrit dans le chapitre précédent, à savoir l'augmentation du nombre de femmes enceintes diagnostiquées pour un DG et la rationalisation des activités relatives à son suivi médical, il apparaît impossible que celui-ci soit entièrement réalisé par les gynécologues-obstétriciennes. De plus, cela peut même relever d'une forme de valorisation, sur le plan de leur autonomie (Schweyer 1996). Clémence Jullian, sage-femme dans la maternité parisienne, m'explique ainsi qu'elle fait rarement appel à un médecin dans les cas de DG qu'elle rencontre aux explorations fonctionnelles.

« Non pour le coup, là le diabète, à part si c'est vraiment déséquilibré et qu'il y a un souci sur l'estimation du poids [du bébé, à l'échographie], sinon ils [les médecins] n'ont aucune réponse supplémentaire à nous apporter [...] Après sur les diabètes préexistants

⁷⁵ Pour les sages-femmes interrogées, il est admis que l'exercice hospitalier les protège, sur le plan légal, de ce genre de dépassement de compétences, puisque l'institution les y autorise.

c'est autre chose, mais sur les diabètes gestationnels on fait quasiment jamais appel au médecin »

Entretien avec Clémence Jullian, sage-femme, blanche, 4 ans d'expériences, Maternité Lachapelle

Sophie Marsac, sage-femme dans la maternité du Val-de-Marne, va dans le même sens et insiste sur l'autonomie spécifique des sages-femmes au sein de cette maternité.

Sophie Marsac : On est à l'hôpital, on a une grosse autonomie donc finalement, quand on dépiste les pathologies on est amené à quand même les gérer finalement. On a une certaine autonomie ce qui n'est pas le cas dans d'autres structures, je pense.

Aurélié : Tu ne vas pas forcément l'adresser à un médecin quoi ?

Sophie Marsac : Non, je ne vais pas forcément, je vais lui demander l'avis et puis je vais quand même la garder en surveillance et c'est moi qui vais mettre en place la surveillance.

Entretien avec Sophie Marsac, sage-femme, blanche, 12 ans d'expérience, Maternité Du Coudray

Or, nous avons vu au chapitre 2 que l'organisation du suivi du DG dans la maternité du Coudray est plus morcelée que dans la maternité Lachapelle, et qu'il repose davantage sur l'équipe de maternité que sur celle de diabétologie. Les sages-femmes sont alors concernées au premier plan par la gestion du flux de femmes ayant un diagnostic de DG. Ce type d'extension des tâches des sages-femmes vers la « pathologie » reflète une tendance plus globale des mutations de leur exercice en établissements hospitaliers. Le rapport émanant de la mission périnatalité, qui a inspiré le plan 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité » (HPSQ), signalait déjà l'empiètement progressif du suivi des grossesses à « *haut risque* » sur les activités des sages-femmes hospitalières, de moins en moins dévolues au suivi des grossesses à « *bas risque* »⁷⁶ (Bréart, Puech et Rozé 2003 : 15). La diminution des séances de préparation à la naissance ou de l'entretien prénatal du 4^{ème} mois⁷⁷ dans les maternités, au profit des sages-femmes libérales, est un symptôme parmi d'autres de cette tendance (Blondel, Gonzalez et Raynaud 2017).

Bien que cette évolution soit généralement perçue comme une menace pour la profession en ce qu'elle induit une perte de spécificité (Knibiehler 2016), les sages-femmes interrogées dans cette thèse mobilisent une définition du DG comme relevant de la physiologie qui justifie qu'elles y aient toute leur place. En fait, le DG bien « *équilibré* » et sans retentissement fœtal

⁷⁶ Dans des recommandations de 2007 mises à jour en 2016, l'HAS définit un parcours de soin « bas risque » et « haut risque » pour les grossesses.

⁷⁷ L'entretien prénatal précoce appelé aussi entretien du 4^{ème} mois est un entretien de quarante-cinq minutes à une heure, réalisé par une sage-femme ou une médecin en dehors de toute consultation médicale. Il doit permettre à la femme enceinte ou au couple d'aborder les questions qu'ils/elles peuvent avoir autour de la grossesse et de la naissance, de manière large.

est considéré comme « *normal* » et relevant de ce fait entièrement des compétences de la sage-femme.

« Les diabètes, on les garde en surveillance, diabète gesta[-tionnel], finalement, ça devient [Rires] ça devient presque de la physiologie dans la prise en charge. En tout cas, c'est les sages-femmes qui gèrent ça totalement, au niveau de savoir quand est-ce qu'il faut les adresser au diabéto[-logues], c'est nous qui le faisons alors que normalement, ce serait plutôt à un médecin de le faire »

Entretien avec Sophie Marsac, sage-femme, blanche, 12 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Cet extrait montre à quel point le caractère « *pathologique* » du DG reste instable puisque son suivi relève davantage de la prévention des complications que du traitement immédiat (voir chapitre 1). Cela permet aux sages-femmes de ne pas remettre en question l'extension de leurs tâches dans la mesure où elles se sentent tout à fait capables de gérer ces situations, du moins lorsque le DG reste « sous contrôle », c'est-à-dire lorsque celui-ci se maintient dans un certain « *équilibre* ». La distinction entre le « *normal* » et le « *pathologique* » s'opère alors au travers de la division du travail et non sur des critères médicaux.

Le chapitre 2 a permis de montrer que la perception en termes de risques était au centre des choix de modalités de dépistage et de surveillance du DG et nous venons de voir en première partie que la normalisation des comportements de santé des femmes enceintes ayant un DG était constitutif d'un ethos professionnel de surveillance. Néanmoins on observe conjointement une forme de banalisation de la maladie, qui justifie que sa prise en charge ne soit pas entièrement dévolue aux médecins. Ainsi, lorsque j'évoque l'absence de consultation d'annonce de la maladie, la cadre de consultation de la maternité du Coudray, me répond : « *ça va, on ne leur annonce pas le sida non plus !* ». On fait face ici à une contradiction entre une vision centrée sur les risques et une organisation du service et de la division du travail qui ne permettent pas d'embrasser totalement cette vision.

Le but poursuivi est d'agir en amont des complications, sauf que dans le cas du DG les complications immédiates restent incertaines et seul le risque de DT2 à long terme fait consensus (voir chapitre 2). On peut alors se demander si la prise en charge du DG qui se justifie par une intervention en amont de l'apparition d'un DT2 ne constitue pas également une occasion d'intervenir sur les corps et sur les comportements de santé. Les sages-femmes

investissent particulièrement ce rôle, notamment du fait d'enjeux de reconnaissance et de spécificité face au groupe professionnel des gynécologues-obstétriciennes⁷⁸.

2.2 La division du travail entre sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes dans la mise en œuvre de l'observance : défendre sa spécificité et rapports hiérarchiques

Tout d'abord les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciennes mobilisent la même délimitation de l'observance des femmes enceintes développant un DG. Pour elles, il s'agit de se conformer au suivi rigoureux du régime alimentaire, à l'autosurveillance des glycémies régulière et à la transmission de ses glycémies aux professionnelles. Ceci fait l'unanimité parmi les deux groupes professionnels dans les deux maternités étudiées, comme en témoignent les trois extraits ci-dessous.

« Bah, l'observance, c'est sur les deux plans. Est-ce qu'elles acceptent de bien faire la surveillance des dextros comme on leur dit : les quatre fois par jour, tous les jours ; et aussi est-ce qu'elles observent bien leur régime ».

Entretien avec Nathalie Lefebvre, gynécologue-obstétricienne, blanche, 2 ans d'expérience, Maternité du Coudray

« L'observance c'est faire le régime, bien faire les glycémies, les noter ! [...] Alors, il y en a qui disent : “ Je fais le régime docteur, j'ai fait mes glycémies mais je ne les ai pas notées “ »

Entretien avec Amandine Fallen, gynécologue-obstétricienne, blanche, 7 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

« [A propos des femmes non-observantes] Celle qui respecte pas toujours son régime, qui remplit son carnet de manière occasionnelle, voire pas du tout [sourire], qui comprennent pas qu'il faut aussi nous ramener le carnet »

Entretien avec Raphaëlle Giraud, sage-femme, blanche, 8 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Ces trois éléments semblent constituer la base de l'observance attendue des femmes enceintes quant au suivi du DG, même si j'ai montré dans la première partie du chapitre que cela implique des processus plus larges de normalisation de leurs conduites corporelles qui traversent toutes

⁷⁸ Les relations entre les deux professions font l'objet d'analyses multiples. Je ne juge pas utile de revenir en détail sur ces analyses dans le cadre de cette thèse, mais il faut noter que certaines vont dans le sens d'une subordination progressive des sage-femmes aux médecins qui, après l'âge d'or du 19^{ème} siècle, perdent de leur renommée et de leurs compétences auprès des parturientes, quand d'autres recherches nuancent ces analyses et parlent plutôt de relations d'échanges mutuels et complémentaires. Sans vouloir trancher entre ces différentes approches, il est néanmoins indéniable que les deux corps de métier sont concurrents et que le développement de l'un ne puisse totalement se faire sans affrontement avec l'autre. La principale tension concerne le statut médical des sage-femmes qui demeure ambigu puisque celles-ci sont inscrites comme « profession médicale » dans le code de santé publique (c'est à dire qu'elle ont un droit de prescription) mais « à compétence limitée » (c'est-à-dire qu'elles doivent en référer aux médecins lorsque la situation le nécessite).

les professions engagées dans le suivi du DG. Par ailleurs, plusieurs logiques spécifiques à la profession de sage-femme font de l'exigence d'observance un enjeu professionnel particulier, notamment du fait de leurs relations avec les gynécologue-obstétriciennes.

2.2.1 Les sages-femmes gardiennes de l'observance

L'enjeu que représente la mise en œuvre de l'observance des femmes enceintes ayant un DG pour les sages-femmes, dépasse le seul aspect de leur surveillance et contient également des enjeux professionnels. Bien qu'elles endossent une logique de normalisation des comportements des femmes développant un DG et au-delà des variabilités dans les types de discours employés pour cela (voir supra) ; pour les sages-femmes, garantir l'observance des femmes enceintes c'est aussi l'occasion de mettre en scène leurs compétences spécifiques en termes de *care*, tout en gardant la possibilité de suivre ces femmes au même titre que les médecins bien que ne relevant pas de leur champ d'action. Celles-ci endossent aisément un rôle d'éducation vis-à-vis de leurs patientes tandis que les médecins délèguent volontiers cette partie et se concentrent davantage sur les décisions d'interventions médicales concrètes, tel que le déclenchement de l'accouchement.

Plusieurs sages-femmes insistent sur leur rôle de soutien auprès des femmes dans le suivi du DG, en particulier en reprenant précisément avec elles, ce qu'elles ont mangé en fonction de leurs glycémies. Certaines se distinguent des médecins en expliquant qu'elles réalisent un travail plus abouti sur ce point.

« Oui, oui. Enfin après, par rapport, quand je vois une patiente qui a été vue par un médecin avant, enfin je sais que j'ai plein de trucs [à rattraper]. En fait, ils manquent d'explications, je pense. [...] On leur fait des examens [aux patientes] et on ne leur dit pas pourquoi. [...] C'est vrai que ça c'est un truc que moi, je ne comprends pas. [...] Mais nous, on ne fait pas la même chose, on ne leur apporte pas la même chose aux femmes. Enfin, c'est autre chose qu'on leur donne en consult[-ation]. Elles [les gynécologues-obstétriciennes], elles ne vont pas leur dire ce que nous on va leur dire [...] On ne fait pas exactement le même métier quoi ».

Entretien avec Sophie Marsac, sage-femme, blanche, 12 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Les sages-femmes mettent en avant leur intention d'échanger de manière plus approfondie avec les femmes autour de leur DG, que ce soit dans les explications fournies ou dans la recherche d'informations auprès des femmes en question.

« Il faut toujours les encourager en tout cas. Toujours c'est la question des habitudes : "qu'est-ce que vous en avez compris ? ", parce que bien remettre en place les choses, si elles ont rien compris, ça sert à rien de s'exciter on va déjà remettre les bases, pourquoi on fait ça et pourquoi on vous embête, parce que c'est quand même emmerdant. Et après c'est les conforter. »

Seules les sages-femmes ont exprimé ce type de discours empathique insistant sur la réassurance auprès des femmes, même si celui-ci reste ambivalent car toujours en co-présence avec une logique normalisatrice. Ces analyses vont dans le même sens qu'un certain nombre de travaux contemporains portant sur la profession de sage-femme et mettant en avant l'importance de la qualité relationnelle dans le soin, pour une majorité d'entre elles (Charrier 2011). De sorte que le travail de *care*, entendu comme le fait de « *prendre soin de l'autre, se soucier de lui de façon intellectuelle ou même affective* » (Molinier, Laugier, et Paperman 2009 : 301) réalisé par les sages-femmes, participe d'un processus de distinction et de valorisation de leur spécificité professionnelle (Jacques et Purgues 2012), en particulier vis-à-vis des gynécologues-obstétriciennes qui sont renvoyées, dans cette perspective, au travail de *cure*, soit le fait d'apporter des soins techniques. Dans le contexte du DG, les pratiques de *care* sont revisitées à l'aune d'objectifs contraignants assignés aux femmes enceintes. On assiste alors à une sorte de bienveillance contraignante ou de contrainte bienveillante, où, pour reprendre les mots d'Anne-Sophie Vozari dans le contexte de la PMI, il s'agit de « *surveiller* » pour « *veiller sur* » dans une forme de *care* paradoxal (Vozari 2011 : 72).

Cette position de professionnelles responsables, consciencieuses et éducatrices prend sa source aux origines de la professionnalisation des sages-femmes au cours du 19^{ème} siècle, et de la construction de leur rôle en tant qu'agent de santé publique (Sage-Pranchère 2014). En effet, l'encadrement de la profession par l'Etat a façonné l'émergence d'une spécialité formée, savante, experte ; allant de pair avec une responsabilité vis-à-vis de l'Etat et un contrôle de la profession (*Ibid.*). Dans la prise en charge du DG, l'objectif d'observance vient donc conforter les représentations des sages-femmes vis-à-vis de leur rôle autour de la prévention et de l'éducation à la santé. La centralité de l'objectif d'observance, renforce à la fois leur sentiment de responsabilité professionnelle travaillant au plus près des femmes enceintes et leur ethos de contrôle dans la relation de soin (voir supra).

Parallèlement, les spécificités du rôle des gynécologues-obstétriciennes dans le DG tiennent à leur statut de médecins et vise à cadrer les pratiques de soin, tout en en déléguant une partie aux sages-femmes. Une des modalités de ce cadrage est l'élaboration des protocoles de soins, ce qui est attribuée à une gynécologue-obstétricienne, désignée comme responsable du DG, dans chaque maternité étudiée.

2.2.2 Les gynécologues-obstétriciennes référentes dans le DG, une place de second choix

Une gynécologue-obstétricienne de chaque maternité est chargée de la mise à jour des protocoles de soins dans le cadre de son statut de « référente » pour la pathologie du diabète (gestationnel ou non). L'organisation générale des services de consultation de grossesse prévoit en effet une répartition des différentes pathologies susceptibles d'intervenir au cours de la grossesse entre les gynécologues-obstétriciennes. Cela implique qu'elles sont supposées suivre toutes les femmes concernées par ces pathologies. Dans le cas du DG, ceci n'est pas envisageable car cela représente un trop grand nombre de femmes enceintes, ce qui signifie que toutes les gynécologues-obstétriciennes du service sont impliquées, ainsi que les sages-femmes (voir supra).

Ce rôle de référente pour le DG, et ce dans les deux maternités étudiées, n'est pas un choix des gynécologues-obstétriciennes concernées.

« Bon, le diabète, ce n'est pas un truc qui me passionne mais il faut le faire. Et puis, il y a un côté intéressant quand même, tu vois. Mais, par exemple, tu vois Giudicelli, Lemaitre, Thomas⁷⁹, ils n'en ont rien à foutre, enfin. [...] Voilà. Mais parce qu'il y a beaucoup de logistique, et que c'est vrai que c'est chiant de s'en occuper »

Entretien avec Amandine Fallen, gynécologue-obstétricienne, blanche, 7 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Nathalie Lefebvre : Ah non, mais moi, quand t'es interne le diabète, j'ai l'impression que c'est une montagne ! [...] Ah non, mais moi, quand j'ai commencé ici et qu'on m'a dit : « Tu vas récupérer le diabète », je me suis dit « oh là, là, mon dieu » [...]

Aurélié : Ouais. Mais du coup, justement, on t'a... on te l'a proposé quand tu es... quand... quand tu as commencé ou on te l'a imposé ? [...]

Nathalie Lefebvre : Je n'ai pas eu trop le choix. Et puis de toute façon, ici, il y a tellement de diabètes que tout le monde est confronté... tout le monde en a hein.

Entretien avec Nathalie Lefebvre, gynécologue-obstétricienne, blanche, 2 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Le rôle de « référente » pour le DG semble donc peu attractif, à la fois en termes de pénibilité et de valorisation. En effet, « *l'objet du travail médical* » spécifique aux gynécologues-obstétriciennes se centre davantage sur le moment de la naissance (Hardy 2015), durant lequel le caractère urgent et vital des situations, au cours desquelles elles interviennent, leur confère une forte valorisation. On peut aussi faire l'hypothèse que le DG ne correspond pas à la thématique la plus valorisante en termes de publications.

En outre, le statut de Nathalie Lefebvre et Amandine Fallen explique qu'elles se voient préférentiellement charger de cette mission. Ce sont à la fois de jeunes professionnelles, mais aussi des personnes en poste pour une longue durée dans le service : les autres gynécologues-

⁷⁹ Elle cite les noms et prénoms de ses collègues médecins, dont le chef de service. Ceux-ci ont été modifiés.

obstétriciennes sont soit en poste de « clinicat » pour deux ans⁸⁰, soit plus avancées dans leur carrière et donc plus susceptibles de faire des choix quant à ces assignations. Celles-ci se voient donc déléguer ce travail sans qu'elles puissent le refuser. On peut donc, ici aussi, qualifier ce travail de « *sale boulot* » dans la mesure où il n'est pas souhaité et où il n'y a pas de bénéfice visible, ni immédiat à le réaliser. Il est également notable qu'elles sont toutes deux des femmes. Dans la maternité du Coudray, il n'y a que des obstétriciennes femmes au moment de l'enquête mais dans la maternité Lachapelle, il y a autant d'hommes que de femmes et Amandine Fallen cite préférentiellement les médecins hommes qui ont pu échapper à la « charge » du DG. Il semble que leur statut entre en jeu puisqu'elle cite le chef de service et le seul PUPH (Professeur des Universités, Praticien Hospitalier) du service mais elle cite également d'autres médecins hommes du même statut qu'elle. Marguerite Cognet a montré dans un travail de recherche portant sur les auxiliaires familiaux au Québec, que le genre et l'ethnicité constituaient des « *critères voilés* », mais non moins structurants, de la délégation des actes en santé (Cognet et Raigneau 2002). D'autres avant elle, ont bien mis en évidence le caractère fortement genré de la division du travail médical (Freidson 1984 Herzlich 1993). Malgré une forte féminisation de la profession médicale, plus on monte dans la hiérarchie statutaire et/ou symbolique, moins les femmes sont représentées (instances de pouvoir, politique etc.) (Rosende 2008).

Néanmoins, les deux gynécologues-obstétriciennes référentes pour le DG dans les deux maternités observées, semblent intéressées par cette mission puisque les entretiens sollicités ont été plutôt animés et enthousiastes.

Une autre modalité de cadrage des pratiques de soin dans le DG consiste en la mobilisation de leur statut d'autorité, notamment par les sages-femmes, dans les situations définies comme problématiques, en particulier sur la question de l'observance des femmes enceintes.

2.2.3 Les gynécologues-obstétriciennes : déléguer et diriger à distance

Une deuxième logique révèle que l'objectif d'observance poursuivi par les sages-femmes est reconfiguré par les relations hiérarchiques avec les gynécologues-obstétriciennes. En effet, en participant au suivi des femmes ayant un DG, ce qui devrait normalement relever de la responsabilité des gynécologues-obstétriciennes, elles ont, même si ce n'est pas dit ouvertement, des comptes à leur rendre. La frontière entre ce qui relève du « normal » et du « pathologique » étant brouillée, les sages-femmes s'en remettent aux médecins lorsque le DG

⁸⁰ Le clinicat intervient après l'internat de médecine. C'est une période d'une durée de deux ans où le/la docteur·e en médecine, nommé·e Chef·fe de Clinique, occupe un poste hospitalo-universitaire.

leur paraît déséquilibré mais également dans les situations qu'elles identifient comme problématiques en termes d'observance.

Or, le groupe des gynécologues-obstétriciennes se distingue de celui des sages-femmes sur la question du rapport de pouvoir qui s'instaure entre soignantes et soignées. Si l'asymétrie dans la relation de soin a été largement étudiée depuis les travaux pionniers de Talcott Parsons (Parsons 1951) et bien qu'elle puisse et doive faire l'objet d'une attention scientifique sans cesse renouvelée au gré des transformations sociales et juridiques qui la concernent ; les variations de cette asymétrie selon les groupes et les segments de professionnel·les de santé n'ont été que très peu abordées, à notre connaissance (Zolesio 2012). Les spécificités de la division du travail entre sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes méritent de porter un regard particulier sur les modalités de cette asymétrie selon ces deux groupes. Sur mes terrains, la différence d'autorité entre les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciennes auprès des femmes enceintes est admise tacitement et est mobilisée en pratique dans la question de l'observance. En effet, l'autorité, reconnue comme supérieure, des médecins, conduit les sages-femmes à s'en remettre aux gynécologues-obstétriciennes lorsque la situation leur échappe sur le plan médical mais également lorsqu'elles se trouvent démunies ou à bout d'arguments pour convaincre une femme de réaliser telle ou telle partie de son suivi du DG. De sorte que l'appel du médecin constitue un levier, voire une menace, mais aussi un moyen de protection pour les sages-femmes en termes de responsabilité professionnelle⁸¹.

Lors d'une consultation aux explorations fonctionnelles avec une femme diabétique, la sage-femme, Isabelle Blanc (blanche, 52 ans), appelle Amandine Fallen (blanche, 37 ans), gynécologue-obstétricienne et responsable du DG au téléphone et lui dit : « je ne sais pas comment faire parce que cette dame elle n'est pas suivie et c'est patho là [les glycémies sont pathologiques] ». Elle raccroche, Amandine Fallen lui a dit d'appeler l'hôpital Rabelais pour leur dire de suivre la patiente.

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité Lachapelle, 20/09/2016

Dans cette situation les deux enjeux sont présents : le DG n'est pas bien contrôlé, ce que la sage-femme qualifie de « *patho* » et la femme n'est pas suivie par les diabétologues de l'hôpital Rabelais car elle n'a pas d'accès à internet (voir chapitre 2). La gynécologue-obstétricienne, Amandine Fallen, délègue à la sage-femme le soin d'insister auprès de l'hôpital Rabelais pour l'inclure. La tentative de partage des responsabilités en prenant avis auprès du médecin

⁸¹ D'autres situations au cours de la grossesse, mais surtout au cours de l'accouchement, sont similaires. Par exemple, au moment de l'expulsion du fœtus, lorsque les sages-femmes mentionnent l'appel du médecin pour un usage éventuel de forceps, cela peut avoir pour effet de motiver les femmes à accentuer leurs efforts physiques pour achever la sortie du bébé. Cela peut aussi constituer une stratégie de la part des professionnelles.

n'empêche pas que la délégation de tâches médicales aux sages-femmes se poursuive même dans ces cas de DG déséquilibrés.

Durant une consultation donnée par Nathalie Lefebvre, gynécologue-obstétricienne blanche de 33 ans, la sage-femme Amanda Bonnemain (indienne, 33 ans) frappe à la porte. La médecin soupire, visiblement agacée. A ce moment-là, celle-ci s'est déjà interrompue plusieurs fois dans la matinée et elle est présentement avec une personne pour l'aider dans la prise en main du nouveau logiciel pour le dossier médical informatisé.

La sage-femme entre et la médecin lui dit directement : « là, j'ai pas le temps Amanda », la sage-femme répond « oui mais là j'suis vachement emmerdée, on est à 33 semaines [d'aménorrhée, soit sept mois passés de grossesse] et elle a déjà fait des 4 kilos [accouché de bébés de 4 kilos] ». Elle lui tend un résultat de prise de sang montrant des glycémies pathologiques, Nathalie Lefebvre : « qu'est-ce que tu veux que je te dise ? Là je suis avec la dame d'orbis et je suis en plein milieu de ma consult[-ation] [...] donc soit tu négocies encore plus avec elle soit tu la fais attendre ».

Journal de terrain, Consultation de suivi de grossesse, Maternité du Coudray 15/12/2015

La femme pour laquelle Amanda Bonnemain demande l'intervention de la médecin est Malika Azem, que j'ai interrogée pour la recherche. Celle-ci refuse le suivi de son DG, elle ne souhaite pas rencontrer la diététicienne, ni suivre le régime alimentaire, ni suivre ses glycémies⁸². Dans cette interaction, la médecin délègue à nouveau le soin à la sage-femme de dénouer la situation. Dans les deux cas, les médecins évitent de s'impliquer directement et tentent de les gérer à distance. Elles voient tout de même leur responsabilité engagée puisqu'à partir du moment où elles sont informées d'un cas, la sage-femme note dans le dossier qu'elle a avisé telle ou telle gynécologue-obstétricienne. Mais elles attendent des sages-femmes de les décharger au maximum en gérant le plus possible en autonomie. Dans l'échange qui suit, Charlotte Bets, gynécologue-obstétricienne blanche d'environ trente ans, me prend à témoin devant la femme, arabe de trente-neuf ans, qu'elle reçoit et qu'elle tente de convaincre de faire suivre son DG, alors que celle-ci lui a été adressée par une sage-femme.

Charlotte Bets me regarde et me dit devant la patiente : « c'est nase de la mettre à un médecin juste pour ça [...] alors qu'il faut parfois juste discuter »

Journal de terrain, Consultation de suivi de grossesse, Maternité du Coudray, 18/02/16

La médecin sous-entend ici que la sage-femme aurait pu régler la situation par elle-même en discutant davantage avec cette femme enceinte. Les règles de répartition des cas de DG entre sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes sont implicites puisqu'en principe les deux professions réalisent les mêmes tâches et le rôle des médecins n'est indispensable que lors de

⁸² Cette situation sera analysée en détail dans les chapitres 5 et 6.

la décision de déclenchement de l'accouchement. En dehors des femmes que les gynécologues-obstétriciennes suivent pour leur DG lors de leur consultation de suivi de grossesse, au même titre que les sages-femmes, et des décisions de déclenchement prises en fin de grossesse, il y a toute une zone grise contenant les situations qui paraissent compliquées aux sages-femmes et pour lesquelles l'autorité de la médecin est perçue comme nécessaire bien que celles-ci repoussent au maximum cette implication. C'est au sein de cette zone grise que se joue des négociations récurrentes autour du partage de responsabilités dans le DG.

Dans la plupart des cas, la seule mention de la médecin ou de son avis pris par téléphone ou en direct, sert à faire autorité auprès des patientes sans pour autant qu'elles les rencontrent. Les sages-femmes font alors l'intermédiaire entre les femmes et les gynécologues-obstétriciennes. Les seules situations de contact direct, à la demande des sages-femmes, se déroulent aux explorations fonctionnelles lors des décisions de déclenchement de l'accouchement.

Néanmoins, les échanges y sont brefs puisque là encore, les médecins laissent le soin aux sages-femmes d'expliquer la décision aux patientes.

« Et quand nous, enfin, moi, personnellement, aux explos [explorations fonctionnelles], les patientes, on les voit 5, 10 minutes, on regarde le carnet et on dit : " Ah, ça ne va pas, on la fait accoucher plus tôt et voilà. " »

Entretien avec Marion Brun, Gynécologue-obstétricienne, blanche, 1 an d'expérience, Maternité du Coudray

Les sages-femmes préparent le terrain aux médecins et agissent en amont et en aval de leur intervention. Elles peuvent également être amenées à intercéder auprès des médecins en faveur des patientes.

Anna Fauvel, sage-femme blanche d'une trentaine d'années, reçoit une femme enceinte de huit mois et demi car son DG est « déséquilibré ». Elle note que son « col est fermé » [Cela implique que le déclenchement sera plus long et moins aisé]. La sage-femme regarde le carnet et observe que quelques valeurs sont juste au-dessus : « on ne va pas la déclencher pour ça, c'est un peu vache »

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité du Coudray, 10/12/2015

Les sages-femmes qui connaissent davantage les trajectoires de soins de leurs patientes peuvent donc exprimer leur avis sur une décision de déclenchement même si cela ne leur revient pas en termes de responsabilité. Comme le résume Raphaëlle Giraud, sage-femme de la maternité du Coudray : « *on se veut autonome, on se croit autonome, mais au final, on a quand même toujours besoin de l'avis du médecin pour le déclenchement* ».

2.2.4 Les sages-femmes : acquérir de l'assurance dans la délégation des tâches et les négociations avec les médecins

Selon leur statut elles apparaissent comme plus ou moins à l'aise dans la délégation de tâches qui leur est faite et dans ces négociations avec les médecins. Isabelle Blanc, sage-femme ayant vingt-cinq ans d'expérience et travaillant depuis dix ans dans la maternité Lachapelle note que les gynécologues-obstétriciennes du service lui font plus facilement confiance et la respectent davantage que certaines de ses collègues plus jeunes.

« Ouais puis tu sais c'est vrai que quand t'es ancienne, ils [les médecins] t'embêtent moins... Tu sais j'ai pratiquement le même âge que le patron... Tu vas voir en vieillissant c'est quand même... On est vieille mais c'est agréable quoi. Si t'arrives à tenir le coup à l'hôpital ! [Rires] Non mais c'est vrai que Clémence [Clémence Jullian, collègue plus jeune] elle m'a raconté des trucs, on lui a fait des réflexions qu'on me fera jamais si tu veux... Ils osent pas parce que je les ai connus internes les chefs, tu vois... Et ceux que j'ai pas connus ils viennent, ils me demandent au début tu vois comment on fait pour ça ? Ici c'est quoi le protocole ? »

Entretien avec Isabelle Blanc, sage-femme, blanche, 25 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Sophie Marsac, sage-femme depuis 12 ans et exerçant dans la maternité du Coudray depuis sept ans, explique qu'elle se sent parfaitement à l'aise dans la gestion du DG.

Aurélié : Est-ce que dans l'observance, il y a un enjeu particulier derrière, que les médecins peuvent se dire que c'est peut-être toi qui n'as pas bien fait ton travail ?
Sophie Marsac : Mais alors, absolument pas. Mais moi, je n'ai jamais ça en tête, hein. Sur ce genre de pathologie que je maîtrise à peu près. Sur d'autres, ça peut plus me stresser, parce que non, je ne sais pas bien faire.

Entretien avec Sophie Marsac, sage-femme, blanche, 12 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Faire ses preuves auprès des médecins est donc un sujet présent dans les discours des sages-femmes. Sophie Marsac précise que les jeunes sages-femmes peuvent se sentir « *impressionnées* » par les médecins, ce qu'elle estime normal car elle-même est « *passée par là* ».

A l'opposé de Sophie Marsac, Louise Bouquet, jeune sage-femme de trente ans, arrivée dans la maternité du Coudray il y a cinq ans, explique que la mise en œuvre de l'observance dans le DG s'appuie sur un certain sentiment de crainte vis-à-vis de sa « *hiérarchie* ».

« Voilà, se faire taper sur les doigts... [...] Ouais, ouais, “ elle n'a pas vu “ [Elle évoque ce que pourraient dire les médecins en question]. “Elle n'a pas fait tout pour [le maximum pour la convaincre] » [...]. Oui, normal, c'est clairement ça, enfin... clairement, clairement [...] Ah oui, oui, c'est sûr qu'il y a de ça parce que c'est vrai que nous, on est devant la patiente. C'est vrai qu'il y a notre discours et puis après bah, oui, il y a ce qu'elle veut faire et ce qu'elle... et ce

que la patiente entend de ce qu'on lui dit, tout ça. Oui, il vaut mieux essayer de tout noter au maximum pour se dire : "Bon bah, je l'ai prévenue". »

Entretien avec Louise Bouquet, Sage-femme, blanche, 6 ans d'expérience, Maternité du Coudray

La délégation de la gestion des situations de non-observance des gynécologues-obstétriciennes envers les sages-femmes est donc plus ou moins bien vécue. Louise Bouquet insiste notamment sur le fait de noter scrupuleusement dans le dossier ce qu'elle a expliqué et dit à la patiente, afin de prouver qu'elle a fait le maximum pour la convaincre de réaliser correctement son suivi.

In fine, les enjeux professionnels de chacun des groupes dans cette question de l'observance diffèrent et révèlent une division du travail reproduisant des relations inter et intra professionnelles hiérarchisées. En effet, pour les gynécologues-obstétriciennes, le DG ne représente pas une pathologie attractive ni valorisante tandis que pour les sages-femmes elle représente une occasion de faire valoir leur autonomie médicale tout en mettant en avant leurs spécificités dans la mise en œuvre de l'observance des femmes développant un DG. De ce fait, les gynécologues-obstétriciennes délèguent volontiers une partie de ce travail aux sages-femmes, tout en gardant le contrôle sur les pratiques via l'élaboration des protocoles et la prise en charge des cas « compliqués ». Dans ces situations, les sages-femmes utilisent la fonction symbolique des gynécologues-obstétriciennes pour faire autorité auprès des femmes jugées non-observantes et préparent leur intervention dans les décisions de déclenchement. De sorte que ces deux groupes professionnels, à la fois concurrents et complémentaires, mutualisent leurs différentes compétences et resserrent la contrainte sur les femmes enceintes.

2.3 Les diététiciennes dans le suivi du DG : une place à défendre

Les diététiciennes des deux maternités étudiées ont des rôles et un degré d'implication très différents selon la structure.

Seules les diététiciennes de l'hôpital Rabelais, travaillant en collaboration avec la maternité Lachapelle, sont impliquées dans le suivi du DG des femmes tout au long de leur grossesse ce qui implique des relations plus étroites avec les autres professionnelles en charge du DG et un engagement plus important dans la question de l'observance des femmes. Les diététiciennes de la maternité du Coudray rencontrent les femmes ayant un diagnostic de DG une seule fois au début de leur suivi, afin de leur transmettre au cours d'une consultation individuelle les éléments du régime alimentaire à suivre. Cependant, au-delà de ces différences, j'ai relevé des traits communs concernant la place fragile qui leur est faite dans les services hospitaliers.

En effet, les diététiciennes hospitalières, profession paramédicale, ont la particularité de n'être rattachées à aucun service en particulier mais de mener leurs activités de manière transversale. Leur rôle est bien entendu crucial dans les services de diabétologie ou de maladies métaboliques, dans lesquels l'alimentation joue un rôle direct dans les pathologies qui y sont traitées, mais il est également mobilisé dans les autres services, tels que la gériatrie, la cancérologie ou la pédiatrie.

Sur mes terrains, les diététiciennes ne partagent pas le quotidien du reste de l'équipe de maternité dans le suivi du DG et créent, de fait, peu de lien avec elle. Dans la maternité Lachapelle, les échanges avec la maternité sont quasi inexistantes puisque le site géographique est différent, et dans la maternité du Coudray, les relations sont distantes voire tendues.

Les tensions observées dans la maternité du Coudray entre les diététiciennes et le reste de l'équipe de maternité révèlent des rapports de pouvoir entre les groupes professionnels, en particulier entre les responsables hiérarchiques de ces groupes (coordinatrice de santé sage-femme et chef de service de la maternité d'un côté et coordinatrice diététicienne de l'autre). Celles-ci émanent de conflits passés qui se rejouent dans les situations observées. Sylvie Bévan, seule diététicienne à n'exercer que dans le service de maternité, tout comme ses collègues, m'a fait part de ces tensions en termes de place dans le service, au sens propre comme au sens figuré⁸³. Les trois diététiciennes de la maternité du Coudray sont unanimes quant au sentiment d'être à la fois exploitées et dévalorisées. Elles insistent en particulier sur les tâches imprévues qui leur reviennent du fait de dysfonctionnements organisationnels. Certaines de ces tâches dépassent leur domaine de compétence comme expliquer le diagnostic aux femmes enceintes parce que celles-ci n'ont pas eu directement la sage-femme au téléphone. Dans ces cas, relativement fréquents, les diététiciennes doivent répondre aux questions des femmes sur le DG et leur donner des explications, ce qu'elles estiment être du ressort médical: « *ce n'est pas à moi de le faire* » me dit Violaine Gauthier. D'autres tâches sont perçues comme subalternes telle que « *faire les facteurs* », c'est-à-dire transmettre les ordonnances en mains propres aux femmes enceintes car le courrier en partance de l'hôpital est trop long. Sylvie Bévan entretient pourtant de bonnes relations avec certaines sages-femmes, surtout les plus anciennes qui sont en consultation de façon continue et qu'elle connaît depuis plusieurs années. Elle n'hésite pas,

⁸³Les trois diététiciennes du service expriment des reproches et des frustrations sur la place qui leur est faite dans le service en termes d'espace : leur bureau de consultation a changé plusieurs fois pour les besoins du service de maternité ; et d'organisation : nombre de consultation qui augmentent, créneaux amoindris au fur et à mesure des années, absences des patientes aux rendez-vous, entre autres parce que celles-ci n'en ont pas eu connaissance via leur messagerie téléphonique... Elles imputent la responsabilité de ce manque de considération à la hiérarchie de la maternité (sage-femme coordinatrice de la consultation et chef de service). D'un autre côté, elles revendiquent une mise à l'écart de leurs bureaux administratifs comme une stratégie afin de ne pas être sollicitées de façon excessive par les professionnelles.

à la différence de ses collègues, à aller leur exprimer directement des points de mécontentements ou d'améliorations souhaités, telle qu'une délivrance correcte des ordonnances aux patientes, ou une prise de rendez-vous adéquate.

Stéphanie Pujol, diététicienne dans l'hôpital Rabelais témoigne d'une place difficile à maintenir dans l'ensemble de l'hôpital et d'un travail non reconnu.

« Si on ne se défend pas, on n'est que 14 sur 3000 dans tout personnel, hein [...] Donc, quand ils font les changements de service et tout ça, les évolutions de service, y a jamais les diét' [diététiciennes] d'inscrit hein [...] les kinés, on y pense mais les diét', pas forcément ».

Entretien avec Stéphanie Pujol, diététicienne, blanche, 12 ans d'expérience, Hôpital Rabelais

Ainsi, bien que Stéphanie témoigne par ailleurs d'une collaboration très positive à ses yeux avec les diabétologues, elle met en avant une reconnaissance de leur travail fragile et sans cesse menacée, dans le suivi du DG. Au moment de l'entretien avec Stéphanie Pujol, il y a de grandes incertitudes sur l'évolution de l'organisation de ce suivi, puisqu'il est envisagé, suite aux départs de plusieurs diabétologues, de ne pas poursuivre les « *ateliers diabète* »⁸⁴. Elle témoigne alors de son objectif de défendre sa place car elle apprécie beaucoup cette partie de son travail, qui par ailleurs, la valorise dans sa collaboration avec les médecins.

« Je prenais de plus en plus de place parce que j'apprenais plein de choses. J'étais active dans le service donc ils appréciaient pas mal. Et le jour où ma collègue est partie, ben, c'est moi qui ai récupéré le service. [...] Mais après, c'est la place que tu as et la crédibilité auprès des médecins hein. Les médecins ils savent qui appeler [parmi les différentes diététiciennes]... Des fois d'ailleurs, on leur dit : " Hop, hop hop ! Calmez-vous, aujourd'hui, ce n'est pas possible quoi ! " [...] Donc, moi, je vais venir à la réunion. C'est un mercredi, mais ce n'est pas grave, je fais garder mes enfants. Je me débrouille, j'y vais. [...] Parce qu'il faut montrer la place qu'on a ».

Entretien avec Stéphanie Pujol, diététicienne, blanche, 12 ans d'expérience, Hôpital Rabelais

Stéphanie Pujol insiste sur la valorisation de son travail par les médecins mais tient d'une part à ne pas se laisser envahir par leurs demandes et d'autre part à valoriser cela auprès de la direction de l'hôpital. Il s'agit de défendre le caractère spécifique et indispensable de son rôle, sans pour autant se faire utiliser. Les diététiciennes de la maternité du Coudray ne bénéficient pas d'une telle valorisation par les professions médicales avec lesquelles elles collaborent de loin.

⁸⁴ En effet, la diabétologue qui arrive en remplacement suite au départ d'une autre diabétologue du service, ne souhaite pas s'occuper des DG. En 2018 il est décidé que les « *ateliers* » auront désormais lieu à la maternité. Il n'y a plus d'intervention de diabétologue, ce sont les sages-femmes, les diététiciennes et les infirmières de la maternité qui font les « *ateliers* ». La surveillance des glycémies sur l'application est réalisée par les sages-femmes en collaboration avec les médecins lorsqu'il est discuté d'une mise sous insuline.

Dans le même sens, la reconnaissance de leur savoir comme savoir scientifique et académique, par leurs collègues soignantes, s'avère être un enjeu essentiel.

2.4 Relations entre les diététiciennes et les professions médicales : une difficile reconnaissance des savoirs diététiques

La légitimation des savoirs diététiques et de la profession de diététicienne est un processus qui a émergé à partir des années 1980, et qui est toujours à l'œuvre. Sous l'impulsion de personnalités telles que Jean Trémolières et Lucie Randouin, les premières écoles de diététiques voient le jour en 1950 puis les diététiciennes s'organisent en association (AFDN, Association Française des Diététiciens Nutritionnistes), formulent des recommandations et des guides de bonnes pratiques visant sans cesse à les harmoniser⁸⁵. La nutrition a encore beaucoup de mal à acquérir une légitimité au sein de la profession médicale (la première chaire de nutrition à la faculté de médecine de Paris a été ouverte seulement en 1981). Le rôle des diététiciennes dans le DG va de soi et s'inscrit à la suite de leur rôle déjà acquis dans le diabète hors grossesse dans les services hospitaliers.

Cette difficile reconnaissance des savoirs diététiques comme savoirs scientifiques se constate dans l'appropriation de ces dits-savoirs par les différentes professionnelles de maternité, en particulier les sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes. En effet, j'ai observé que, dans les deux structures, les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciennes mobilisent un savoir diététique auprès des femmes ayant un DG, quitte à se contredire avec les diététiciennes.

« Ça ne me dérange pas de parler de diététique même si mes connaissances ne sont pas forcément académiques hein. Je n'ai pas fait d'école de diét' [diététicienne]. Mais, je pense qu'il y a des petits conseils tous simples, c'est du bon sens quoi. »

Entretien avec Sophie Marsac, sage-femme, blanche, 12 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Cette sage-femme renvoie le savoir diététique à du bon sens, relevant du domaine profane et proche du domestique. Isabelle Blanc considère également que son rôle auprès des femmes ayant un DG tient dans les conseils diététiques qu'elle leur donne.

⁸⁵ A l'hôpital, les diététiciennes doivent se référer à des documents communs tels que « les tables de compositions nutritionnelles des aliments » (CIQUAL), « les apports recommandés pour la population » (formulés par l'équipe du Professeur Hercberg et vulgarisés dans le Plan National Nutrition Santé (Hercberg et Tallec 2017). Tous ces points de repère sont désormais fournis et validés par l'ANSES (Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail).

Aurélie : Et du coup justement par rapport au diabète, toi, quel est ton rôle, plus particulièrement aux explorations fonctionnelles ?

Isabelle Blanc : Alors donc la surveillance fœtale, et le soutien des femmes dans le régime, l'insuline. Je suis pas diabétologue m'enfin je les conseille quand même... Leur donner des exemples, de voir si des fois c'est déséquilibré, qu'est-ce qu'elles mangent ? « Ça, vaut mieux éviter »... Et puis un peu les encourager quoi, à manger moins de sucre...

Entretien avec Isabelle Blanc, sage-femme, blanche, 25 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Les conseils alimentaires relèvent également du rôle de soutien défendu par les sages-femmes. Mais les gynécologues-obstétriciennes s'approprient également ce savoir, de manière informelle et non académique.

« Alors parfois, tu leur fais prendre conscience. Moi, j'ai le souvenir d'une patiente qui prenait beaucoup de poids. [...] Et elle me disait : " Mais euh, je ne mange que des fruits ". Puis, j'ai dit : " Mais vous mangez combien de fruit ? Quoi comme fruit ? ". Elle m'avait dit : " Bah le soir, je peux manger un kilo de mandarine ". Je dis " non, mais un kilo de mandarine, en fait, c'est très, très, très sucré ", tu vois ? Et sauf qu'elle, elle pensait manger bien et puis, c'est comme ça qu'elle bouffait d'habitude et voilà. Du coup, tu rectifies le tir un peu, tu vois, les trucs comme ça ».

Entretien avec Amandine Fallen, gynécologue-obstétricienne, blanche, 7 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Les questions précises posées à cette femme enceinte indiquent que cette médecin se sent tout à fait légitime à parler des aspects liés à l'alimentation dans le DG.

Ainsi, les sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes n'interrogent pas leur légitimité à parler d'équilibre alimentaire et, bien que sans formation spécifique sur le sujet, les savoirs diététiques relèvent de conseils qu'elles peuvent naturellement apporter aux femmes.

Sur ce point, il existe cependant une grande différence entre les diététiciennes de l'hôpital Rabelais et celles de la maternité du Coudray. La situation de l'hôpital Rabelais montre une intégration réelle de Stéphanie Pujol (et de ses collègues) dans la prise en charge du DG et une collaboration étroite avec les médecins du fait de ses connaissances reconnues comme spécifiques. Stéphanie Pujol relève plusieurs fois le caractère indispensable de son intervention auprès des femmes, via l'application Diabbest.

« C'est le fait de se dire, ben, elles ne vont pas forcément passer à l'insuline parce qu'on intervient. Parce qu'avant, je pense qu'elles passaient beaucoup plus à l'insuline. Depuis qu'on intervient, on essaie plein, plein de choses avec elles, voilà »

Entretien avec Stéphanie Pujol, diététicienne, blanche, 12 ans d'expérience, Hôpital Rabelais

Stéphanie Pujol conçoit donc son savoir comme ayant un bénéfice tangible pour la santé des femmes. Elle insiste également sur le fait que les diabétologues ont besoin de ses compétences spécifiques en matière de diététique.

« Des petits conseils un peu plus précis... Parce que des fois, ils [les diabétologues] ont une question et c'est panique à bord, hop, et ils nous mettent tout de suite la petite cloche bleue pour dire : " Intervenez ! " [...] Je pense que, eux, ça les soulage, aussi, sur une partie »

Entretien avec Stéphanie Pujol, diététicienne, blanche, 12 ans d'expérience, Hôpital Rabelais

L'appel des diabétologues invitant la diététicienne à entrer dans la boucle de discussion sur la messagerie de Diabbest (par un signal représenté par une cloche bleue sur l'interface de l'application) doit permettre de répondre aux questions précises des femmes enceintes et donc de soulager les diabétologues qui ne s'estiment pas compétents ou ne peuvent prendre le temps de s'en charger. Stéphanie Pujol se perçoit même dans un travail d'égal à égal avec les diabétologues : « *la prise de décision sur l'insuline, elle est pluridisciplinaire* ».

A l'opposé, dans la maternité du Coudray, j'ai observé une faible reconnaissance de leurs compétences par les autres groupes professionnels, et même l'existence de tensions. Autant l'appropriation de leurs savoirs par les sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes du service n'est pas remise en question, autant les infirmières, qui ont pour rôle d'expliquer le fonctionnement du lecteur glycémique aux femmes ayant un DG, se sont vu interdire par les diététiciennes de délivrer des conseils diététiques.

« Par contre, les diététiciennes nous ont interdit de donner le moindre conseil diététique. Donc ça, voilà. Alors nous, ce qu'on disait, c'était : " Bah, arrêtez le sucre. Vous buvez du coca, arrêter les cocas quoi " [...] On ne lui donnait pas son régime ».

Entretien avec Béatrice Champion, Infirmière, blanche, 30 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Les infirmières dans leur ensemble se sentent déconsidérées dans leur rôle car elles estiment qu'elles sont « *quand même infirmières* », c'est-à-dire tout à fait en mesure de parler d'alimentation. Elles m'ont ainsi expliqué qu'elles font un certain nombre d'heures de diététique durant leurs études et ont des connaissances valables à ce sujet. Un enjeu de reconnaissance est au cœur des tensions entre les deux groupes professionnels puisque Béatrice Champion m'explique également qu'une tentative de faire réaliser l'explication de l'appareil glycémique par les diététiciennes avait été entreprise mais que celles-ci ont fermement refusé en disant que ce n'était pas leur rôle. Rappelons ici que le temps d'explication de l'utilisation

du lecteur de glycémies par les infirmières n'est pas formalisé et qu'elles se détachent, à tour de rôle, de leur poste dédié aux bilans sanguins pour l'effectuer.

Ensuite, si les sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes de la maternité du Coudray sont, elles, autorisées à parler de diététique par les diététiciennes, ou du moins ne se le voit pas interdire, il existe des divergences de discours entre ces groupes professionnels. Ainsi, plusieurs sages-femmes m'ont fait part de leurs doutes et ont remis en question ouvertement lors des entretiens, mais également auprès des femmes enceintes, les conseils délivrés par les diététiciennes qu'elles considèrent comme trop peu exigeants.

Enquêtrice : J'ai remarqué qu'il y avait un peu des divergences [entre les diététiciennes et les sages-femmes sur le régime alimentaire]

Raphaëlle Giraud : Mais des énormes [insiste] divergences ! Le régime des diététiciennes, elles leur disent qu'elles peuvent boire du coca ! [ton choqué] Elles ont le droit à une canette de coca zéro par jour, mais bon y a de l'aspartame, je sais pas, on se rend compte que quand même... Enfin, je suis sûre que si je fais le test moi, je bois une canette de coca zéro, je suis sûre qu'après je suis en hyperglycémie [...] Et puis même qu'elles changent leur feuille [de conseils alimentaires, voir annexe 15]. Tu as vu leur feuille de régime, c'est pas adapté, les diet' [diététiciennes] ce qu'elles donnent, pour moi, c'est pas adapté [...] Parce que c'est trop ! Enfin, en quantité c'est trop ! Déjà moi, je mange beaucoup, je suis sûre que si je respecte leur régime, ben ça va pas !

Entretien avec Raphaëlle Giraud, sage-femme, blanche, 8 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Il semble que le peu de travail en commun entre les professionnelles de la maternité du Coudray et les diététiciennes, ne permet pas une collaboration rendant leurs compétences indispensables aux yeux de leurs collègues, tel que c'est le cas dans l'hôpital Rabelais. Leurs savoirs sont à la fois appropriés et ne sont pas totalement reconnus par leurs collègues.

Le rôle des diététiciennes dans le suivi médical du DG dépend de la place qui leur est faite au sein des maternités ou des services de diabétologie. Le régime est posé comme « *la pierre angulaire du traitement* » dans les recommandations médicales (CNGOF 2010), ce qui fait consensus parmi les professionnelles de maternité et rend légitime à leurs yeux le travail des diététiciennes mais en même temps les incite à s'emparer de leur domaine de compétences pour, elles aussi, donner des conseils en matière d'alimentation aux femmes diabétiques, afin de renforcer la mise en œuvre de leur observance dans une logique normalisatrice (voir première partie du chapitre).

Pourtant, il va de soi qu'aucune professionnelle, sage-femme ou médecin, ne remet en question l'existence des consultations diététiques, ni ne voudrait se charger de donner les explications précises (nous avons vu que lorsque Stéphanie Pujol intervient dans l'application cela soulage les diabétologues). Ainsi, tout fonctionne comme si ce savoir diététique était à la fois à la portée

de toutes mais que seules les diététiciennes devaient se charger concrètement de ce « *sale boulot* » (Hughes 1951).

2.5 Division du travail entre gynécologues-obstétriciennes/sages-femmes et diabétologues : à qui la charge du DG ?

Les diabétologues sont incontournables dans la prise en charge du DG, étant donné leurs compétences spécifiques sur la pathologie elle-même, hors grossesse. J'ai là encore observé deux fonctionnements très différents dans les deux maternités étudiées puisque le service de diabétologie de l'hôpital Rabelais se charge de toutes les femmes ayant un diagnostic de DG tandis que le service de diabétologie situé dans le même hôpital que la maternité du Coudray ne se charge que des femmes qui nécessitent une administration d'insuline. Ces deux modalités révèlent à nouveau des enjeux de division du travail témoignant de la charge qu'implique le suivi du DG, que les différents services rechignent à assumer et tendent à se renvoyer.

D'un côté, la délégation complète du suivi des femmes ayant un DG de la maternité Lachapelle vers l'hôpital Rabelais facilite l'organisation des professionnelles de maternité, ce qui se perçoit dans les difficultés engendrées, durant une période donnée, par l'exclusion de certaines femmes du suivi qui sont renvoyées vers la maternité sans suivi dans l'application (voir chapitre 2). Les diabétologues de Rabelais se plaignent d'être utilisées par l'équipe de Lachapelle qui est perçue comme « *peu intéressée* » selon le professeur Joseph, chef du service de diabétologie. Anne Meunier, diabétologue, remet même en question l'organisation actuelle et préconise une organisation du type de celle de la maternité du Coudray avec une intervention des diabétologues uniquement pour les mises sous insuline.

« Moi, je trouve juste que c'est dommage que Lachapelle... Personnellement, moi, je trouve que parfois, on a un peu l'impression d'être prestataire de service et d'être... comment dire, que Lachapelle en fait, se défausse un peu sur nous. Mais, probablement aussi parce qu'on est en tort d'accepter les diabètes gestationnels... Enfin, Lachapelle, à mon sens, devrait s'occuper de l'annonce du diabète gestationnel, l'éducation à la réalisation des autosurveillances glycémiques, l'éducation diététique, la surveillance des glycémies jusqu'à ce que la diététique n'aille plus. Et nous, on les prend en deuxième niveau ».

Entretien avec Anne Meunier, diabétologue, blanche, 2 ans d'expérience, Hôpital Rabelais

Ces considérations montrent que le suivi du DG constitue une charge conséquente dont la diabétologue se plaint à plusieurs reprises au cours des observations, dans un contexte de diminution du nombre de diabétologues (passé de trois à deux).

Suite à un cours collectif donné par Anne Meunier (blanche, 31 ans) sur le DG, la diététicienne Mélody Bottet (blanche, environ 25 ans) prend sa suite. Elles échangent des informations en aparté dans la pièce où se déroulent les séances. Anne Meunier : « la secrétaire elle peut pas m'en mettre cinq avec une qui ne parle pas français [...] on en a trop, j'en ai 60 [patientes], y a plein de diabètes gestationnels ! »

Journal de terrain, Atelier diabète, Hôpital Rabelais, 22/07/16

Cette diabétologue explique également que la gestion des femmes « *perdues de vues* », terme désignant les femmes qui ne donnent plus de nouvelles sur l'application Diabbest, fait partie intégrante de ses tâches (voir supra sur les multiples relances effectuées dans ces situations, via la messagerie de l'application et par appel téléphonique de la secrétaire du service).

Ainsi, les professionnelles, essentiellement les sages-femmes, gynécologues-obstétriciennes et diabétologues, s'accordent sur la pénibilité que la prise en charge du DG engendre, du fait d'un nombre de cas importants, d'une surveillance rapprochée des glycémies mais également compte tenu de la mise en œuvre de l'observance des femmes enceintes, qui demande de les rappeler régulièrement à l'ordre.

Dans la maternité du Coudray, la situation est inverse. Les femmes enceintes ayant un DG sont essentiellement gérées par les professionnelles de maternité et sont adressées au service de diabétologie du même hôpital lorsque les sages-femmes ou gynécologues-obstétriciennes évaluent que le régime ne suffit pas à équilibrer les glycémies. Le service de diabétologie se situe dans le même hôpital que la maternité (dans un bâtiment situé à 200 mètres de la maternité) et est sous la direction d'une diabétologue, Praticien Hospitalier (PH), d'environ 45 ans⁸⁶. Les femmes enceintes adressées y sont reçues pour une demi-journée en HDJ (hospitalisation de jour), comme détaillé dans le chapitre 2.

Pour adresser les femmes concernées, les sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes contactent directement la secrétaire du service de diabétologie par téléphone, qui organise l'HDJ, ou bien elles envoient un fax dans le service afin que les patientes soient recontactées. Les soignantes de maternité témoignent de la grande disponibilité et de la réactivité du service pour recevoir les femmes. Les difficultés résident plutôt dans l'évaluation des motifs pour adresser les femmes, ainsi que dans la gestion des femmes sous insuline, qui leur sont ensuite renvoyées pour un suivi aux explorations fonctionnelles.

⁸⁶ Malgré son accord et plusieurs tentatives de rendez-vous, je n'ai malheureusement pas pu interroger cette professionnelle.

« Et puis je leur explique [aux patientes], y en a beaucoup aussi qui ne comprennent pas la différence entre l'insuline rapide et l'insuline lente⁸⁷ [elle insiste et soupire] ! Ça, ça me prend énormément de temps donc j'essaie avec les couleurs, parce que la lente elle est orange, la rapide elle est verte, mais pareil ça aussi, c'est pas fait par les diabéto[-logues], c'est pas à moi de le faire ! Et souvent elles inversent leur insuline, ça, ça arrive. Ça c'est grave quand même ! »

Entretien avec Raphaëlle Giraud, sage-femme, blanche, 8 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Par ailleurs, d'après les sages-femmes interrogées, il existe une discordance de discours sur l'exigence dans le nombre de valeurs de glycémies au-dessus des normes attendues, entre les professionnelles de maternité et les professionnelles du service de diabétologie, les secondes étant moins exigeantes que les premières.

« Mais si, dans le sens où on est un peu endocs [endocrinologues], où on augmente, on baisse l'insuline. D'ailleurs à ce propos on est jamais, d'accord avec les endocs. Les endocs sont très laxistes on va dire, si je peux me permettre l'expression, parce que, eux, je sais pas moi, une dizaine de valeurs [de glycémies] pathologiques par semaine, ça leur fait pas peur. Alors que nous on tolère 3 à 4 valeurs hautes par semaine. On est plus sévères, on a pas ce même discours-là, ça c'est vrai que c'est chiant »

Entretien avec Raphaëlle Giraud, sage-femme, blanche, 8 ans d'expérience, Maternité du Coudray

J'ai pu observer lors des HDJ que les femmes étaient reçues comme de nouvelles patientes avec lesquelles il s'agissait de faire le point sur le DG, sans nécessairement tenir compte de ce qui avait été réalisé dans le service de maternité. Par exemple, lors de ces HDJ, elles revoient systématiquement une diététicienne, ce qui peut induire des préconisations contradictoires.

Une femme enceinte de sept mois et attendant son 3^{ème} enfant est reçue en HDJ après avoir été adressée par une sage-femme de la maternité. La mise sous insuline est discutée ce jour. L'infirmière me dit que finalement la diabétologue a décidé de lui donner une « deuxième chance » et de lui donner un « rendez-vous carnet ».

Journal de terrain, HDJ, Maternité du Coudray, 31/03/2016

Dans ce cas, la femme sera revue dans le service de diabétologie une seconde fois afin d'évaluer l'évolution de ses glycémies.

Plusieurs sages-femmes anticipent que les femmes n'auront pas de prescription d'insuline par la diabétologue, et poursuivent le suivi.

Anaïs Urena, sage-femme blanche d'environ 25 ans, refait le point en détail sur l'alimentation de la femme qu'elle reçoit, une femme de 22 ans, arabe, qui attend son 1^{er} enfant, et conclut : « si je vous envoie chez les diabétologues, ils vont pas vous mettre

⁸⁷ Deux types d'insuline peuvent être prescrites aux femmes, l'insuline « rapide » qui agit rapidement au moment des repas pour faire baisser la glycémie après les repas, et l'insuline « lente » qui agit durant la nuit pour faire baisser la glycémie à jeun du matin.

de traitement [...] on va surveiller le bébé, j'vais vous faire passer une sage-femme à la maison pour voir les dextros une fois par semaine et elle fera un monitoring si besoin »

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité du Coudray, 25/02/16

D'après les sages-femmes, cette différence est due au fait que les diabétologues ne se préoccupent pas suffisamment de la santé du fœtus et se focalisent sur la femme.

« Oui, et je dirais qu'on ne s'entend pas bien avec la diabéto[logie] et ils ont plus de tolérance. Est-ce que c'est parce qu'ils ont l'habitude ou est-ce que nous, on est flippé, parce qu'il y a un bébé dedans ? Je ne sais pas où est la vérité mais en tout cas, oui, je vois souvent que parfois, tu les envoies pour un avis enfin, pas avis, mais pour être mise sous insuline et elles, souvent, elles disent : “ Bah non, attendez enfin, voilà “ »

Entretien avec Amanda Bonnemain, Sage-femme, indienne, 8 ans d'expérience, Maternité du Coudray

En outre, la lourdeur de la multiplication des déplacements pour les différentes consultations liées au DG et les temps d'attente qui vont avec peuvent amener les femmes à refuser de se déplacer plusieurs fois dans le service de diabétologie.

La sage-femme, Anna Fauvel (blanche, environ trente ans), reçoit une femme arabe, dont les glycémies sont élevées. Elle l'invite à « aller voir les diabéto[-logues] » afin de réajuster ses doses d'insuline. La patiente refuse fermement en arguant qu'elle n'a pas encore de temps à passer là-bas « pendant 3 heures ». La sage-femme prend alors les choses en charge elle-même et lui dit d'augmenter plus rapidement ses doses d'insuline à raison de tous les deux jours si les glycémies sont toujours au-dessus des normes. Elle lui indique également de faire venir la sage-femme à domicile deux fois par semaine au lieu d'une et de téléphoner lundi aux explorations fonctionnelles pour communiquer ses résultats et « voir si ça va ». Après le départ de la patiente, la sage-femme me dit « je dois faire diabéto[-logues] » et est visiblement contrariée.

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité du Coudray, 05/11/15

L'organisation morcelée de la prise en charge et que subissent les femmes a pour effet de renforcer le report de certaines tâches relevant de la diabétologie sur les sages-femmes des explorations fonctionnelles. Les relations entre les équipes de diabétologie et les équipes de maternité témoignent de tentatives de délégation des tâches liées à la surveillance du DG. Dans la maternité du Coudray, ce sont les sages-femmes des explorations qui se retrouvent en première ligne, ce qui peut autant les valoriser, lorsqu'il s'agit de DG bien « équilibrés » (voir supra), que les mettre en difficulté lorsqu'elles doivent également gérer les femmes ayant un traitement par insuline.

Dans cette deuxième partie, j'ai montré en quoi les enjeux de reconnaissance, de compétences et de délégation de tâches entre les différents groupes professionnels engagés dans le DG, avaient des effets sur la mise en œuvre de l'observance.

Conclusion

Tout au long de ce chapitre, j'ai montré que l'objectif d'observance fait consensus parmi les professionnelles, prenant un sens de normalisation des conduites corporelles des femmes enceintes au sein de la gestion de leur maladie et dans leur vie en général, en tant que (future) mère, ce qui conduit à développer un ethos de contrôle. Cet ethos s'appuie sur des discours relevant d'un registre scolaire visant à encourager et/ou à menacer les femmes peu ou pas observantes aux yeux des soignantes, ce qui se décline différemment dans les deux maternités étudiées.

Par ailleurs, la mise en œuvre de l'observance n'est pas poursuivie de la même manière par chaque groupe professionnel dans la mesure où elle revêt des enjeux différents en termes de reconnaissance, de légitimation et de délégation de tâches au sein de ces groupes. Ces variabilités renforcent la contrainte sur les femmes enceintes ayant un DG de différentes manières : en mutualisant leurs spécificités et en usant de leur différentiel d'autorité, concernant les gynécologues-obstétriciennes et les sages-femmes ; en s'appropriant les savoirs d'autres groupes et en étendant les espaces de la normalisation alimentaire, concernant les gynécologues-obstétriciennes et sages-femmes vis-à-vis des diététiciennes. La multitude des messages reçus par les patientes, parfois contradictoires, ne fait que renforcer la norme en véhiculant l'idée d'une surveillance omniprésente.

Par ailleurs, j'ai soulevé des enjeux de délégation du « *sale boulot* » (*Ibid.*), dans le sens où la surveillance des femmes enceintes ayant un DG est pensée à la fois comme indispensable et comme une charge. Ce qui se donne à voir de manière saillante dans les relations entre gynécologues-obstétriciennes et sages-femmes d'une part et diabétologues d'autre part, autour des cas de passage à l'insuline impliquant une charge que chacun des groupes cherche à éviter.

Enfin, au travers des variations dans l'usage d'un discours autoritaire entre les deux maternités, il apparaît que ces différences entre groupes professionnels s'articulent avec des processus de différenciations des femmes enceintes, au regard de leurs comportements d'observance. C'est ce que je vais explorer dans le chapitre suivant, en analysant comment les professionnelles en charge du DG s'appuient sur les caractéristiques sociales, réelles ou supposées de leurs patientes afin de comprendre, légitimer ou non, leurs comportements d'observance dans le DG.

Chapitre 4 – Échecs et succès dans la mise en œuvre de l’observance dans le DG : catégoriser pour soulager son travail

Ce chapitre explore l’usage des caractéristiques sociales des femmes enceintes ayant un DG par les professionnelles au regard de leur rapport au suivi médical et ses effets sur les soins délivrés.

Malgré des travaux pionniers notamment issus de la perspective interactionniste (Glaser et Strauss 1964; Roth 1972), les processus de classements et de différenciations sociales opérés par les professionnel·les de santé restent encore peu étudiés par la sociologie (Paillet 2016). Ces processus de différenciations sont traversés par une tension qui oppose les soins différenciés permettant de s’adapter à chaque individu de manière personnalisée à ceux induisant des inégalités de traitements. Camille Foubert analyse cette tension entre « *personnalisation du soin et différenciation sociale des traitements* » dans sa thèse portant sur des services hospitaliers d’endocrinologie et de maladies chroniques en France et au Québec, et montre que le tri des patient·es sert à organiser le travail des soignant·es et produit de « *la différence* » (Foubert 2020). En France, cette tension se rejoue entre une éthique du soin qui voudrait que tout·es les patient·es reçoivent les mêmes soins en vertu du modèle républicain et anti-différentialiste qui prévaut dans les institutions hospitalières (entre autres), et une différenciation dans les soins qui produirait potentiellement des inégalités de traitement produites par un culturalisme au niveau socio-culturel (Fassin, Costa-Lascoux et Hily 2001).

Dans le champ de la santé périnatale, les processus de différenciations sociales ont montré des effets positifs sur le pan clinique mais révèlent surtout l’existence de soins inégalitaires fondés sur des perceptions ethnicisantes ou racisantes (Sauvegrain, El Kotni et Racioppi 2022). Ceux-ci se donnent à voir tant du côté des politiques de santé périnatale (El Kotni 2022; Virole 2021), qu’au niveau des interactions dans la relation de soins (Quagliariello et Sauvegrain 2022) et ce, dans des contextes géographiques différents. Ces soins différenciés discriminants peuvent émerger sous la forme de « violences obstétricales », en particulier au moment de l’accouchement. Il s’agit par exemple d’interventions techniques injustifiées telle que la césarienne à l’encontre des femmes migrantes, pauvres ou racisées et s’articulant avec des violences vécues dans d’autres sphères de leur vie (El Kotni et Quagliariello 2021). Dans ces travaux, même s’il est pensé au prisme des autres axes de différenciation, le rapport social de « race » prédomine.

Par ailleurs, l’observance a également été analysée comme un instrument de normalisation renforcé à l’égard de certains groupes sociaux tels que les classes populaires, les migrant·es ou

les femmes (Cognet, Adam-Vézina et Braud 2010). Les interprétations que produisent les professionnelles de maternité à l'égard des comportements d'observance des femmes enceintes ayant un DG permet de mesurer quelles patientes, et selon quelles caractéristiques sociales, sont valorisées ou dévalorisées, excusées ou impardonnables, encensées ou honnies.

Ce chapitre propose donc d'explorer comment les discours des professionnelles de maternité construisent des groupes sociaux au croisement des rapports sociaux de race, de classe et de genre permettant d'expliquer les échecs ou les réussites de la mise en œuvre de l'observance. On se demandera quelles femmes sont repérées comme de potentielles « mauvaises » observantes dès le début de leur suivi de grossesse ? Quelles sont celles qui confirment ces suspicions ou au contraire les infirment et comment sont mobilisées les caractéristiques sociales pour expliquer ces variations ? Ce faisant, nous verrons quel sens les professionnelles donnent à leur travail en fonction des situations (et des groupes sociaux qui y sont adossés) et comment cela modifie leurs pratiques de soins.

Dans une première partie, j'exposerai comment les professionnelles collectent les caractéristiques sociales des femmes enceintes dès le début de leur suivi de grossesse au nom d'un repérage de facteurs de risques cliniques, psychologiques et sociaux et ce faisant repèrent des freins à l'observance. Dans les deux parties suivantes, je préciserai quels groupes sociaux sont associés aux situations d'échecs ou de réussites d'observance. Enfin, j'analyserai comment s'articulent les différents axes de différenciations que sont la race, la classe et le genre mais aussi d'autres axes ayant émergé au cours de l'analyse et réactivant les précédents.

Au fur et à mesure de ces différentes parties, il s'agira de comprendre comment les professionnelles prennent en compte les caractéristiques sociales des femmes enceintes dans leurs pratiques de soins, au-delà des discours et quels en sont les effets en termes d'inégalités sociales de santé.

1. Accès aux caractéristiques sociales des patientes : entre dépistage des « vulnérabilités psychosociales » et repérage des freins à l'observance

Le suivi de grossesse prévoit un ensemble de recueil d'informations auprès des femmes enceintes et des couples pour des raisons administratives et médicales. Parmi ces données, certaines concernent le contexte de vie de la patiente et sont consignées dans le dossier médical ce qui permet à l'ensemble des soignantes d'avoir accès à ces éléments. Nous allons voir comment sont collectés ces éléments, le sens donné à ce recueil d'information et l'usage qu'en font les professionnelles une fois réalisé.

1.1 Dépister les « *vulnérabilités psychosociales* » : un travail envahissant

L'accès aux caractéristiques sociales des patientes par les soignantes s'appuie sur deux temps de recueil d'informations : le moment de l'inscription administrative et le temps de « *l'interrogatoire* » médical, qui est mené par les sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes lors du premier rendez-vous de suivi de grossesse afin de récolter l'ensemble des antécédents médicaux des patientes. Au moment de l'inscription administrative dans la maternité, le nom, prénom, date de naissance et adresse sont enregistrés. Puis, lors de « *l'interrogatoire* », un certain nombre de questions systématiques s'ajoutent à ces premiers éléments, qui ne sont pas uniquement d'ordre médical. En effet, au début de « *l'interrogatoire* », les soignantes questionnent les patientes et éventuellement leur conjoint·e sur leur situation conjugale, le nombre d'enfants à charge, leur niveau de protection sociale, leur profession, leur « *origine géographique* » et leur nationalité, mais aussi sur d'éventuels troubles psychologiques, des antécédents ou une situation actuelle de violences (conjugales ou autre) ou une éventuelle consommation de tabac, d'alcool ou de drogue.

La page de couverture du dossier papier utilisé à la maternité Lachapelle contient les items ainsi interrogés (voir annexe 10). Dans la maternité du Coudray le dossier papier est moins fourni puisque seule la page de couverture est remplie et le reste est uniquement renseigné dans le dossier informatique puis imprimé et inséré dans le dossier papier⁸⁸. Sur la page de couverture du dossier papier ne figurent pas ces items sur le contexte de vie des patientes (voir annexe 11) mais on les retrouve dans le logiciel (voir annexe 12). Ils sont moins détaillés puisqu'on n'y retrouve que la nationalité, « *l'origine géographique* », la profession, la situation conjugale et le nombre d'enfants à charge. Il existe également un onglet « *antécédents psychosociologiques* » mais celui-ci est rarement renseigné⁸⁹. Néanmoins, en pratique, les sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes des deux maternités interrogent les femmes sur une grande partie de ces dimensions lors de « *l'interrogatoire* » réalisé lors du premier rendez-vous de suivi de grossesse.

Justine Sojka, sage-femme blanche de 26 ans se présente auprès de la patiente qui est noire, a 24 ans et attend son 1^{er} enfant. Elle est venue seule à sa consultation et elle rencontre la sage-femme pour la première fois. Celle-ci se présente : « je suis Justine Sojka, sage-femme, c'est moi qui vais suivre votre grossesse ». Une fois assises, elle entame l'interrogatoire. « Vous êtes de quelle nationalité ? » / « Française » / « vous êtes

⁸⁸ Chaque compte-rendu de consultation est imprimé et glissé dans l'intercalaire « consultation ». Les résultats de bilans sanguins, d'échographies sont glissés dans les autres intercalaires (voir annexe 12).

⁸⁹ Sur les neuf dossiers des femmes que j'ai interrogées dans cette maternité que j'ai pu consulter, cinq ont été renseignés comme n'ayant « aucun » antécédents psychosociologiques et trois sont notés « sans précision ». Pour une seule patiente, il est noté « suivi psychologique en cours ». Ceci est pourtant contradictoire avec les données sociodémographiques et les diverses informations que j'ai récoltées lors des entretiens sur les réalités quotidiennes de ces femmes.

de quelle origine géographique ? » / « des Antilles » / « vous faites quoi comme travail ? » / « je suis étudiante pour devenir interprète en langue des signes » / « c'est pas commun ». La patiente précise qu'elle travaille au Mac Donald à côté. Justine Sojka lui demande combien d'heures elle fait « parce que c'est fatigant ». Elle lui demande ensuite si elle a déjà fait de l'anorexie ou de la boulimie et si elle a vécu des « situations difficiles dans l'enfance ou l'adolescence qui pourraient la faire souffrir aujourd'hui ». La femme lui répond qu'elle avait une relation compliquée avec sa mère : « c'est une mère-enfant donc depuis que j'ai dix ans c'est moi la maman ». La sage-femme lui explique que pendant la grossesse, certaines choses « peuvent ressurgir ». La femme répond : « en ce moment je m'énerve vite, je m'énerve très vite ! » / « oui c'est l'effet grossesse ».

Journal de terrain, Consultation de suivi de grossesse, Maternité Lachapelle, 22/06/16

Justine Sojka dont j'ai observé plusieurs fois les consultations pose systématiquement la question de la nationalité et celle de « l'origine », de la profession et des antécédents psychologiques des femmes. La dimension psychologique explorée lors de ces « interrogatoires » s'intègre à un repérage des fragilités maternelles qui pourraient affecter le « lien » entre la mère et l'enfant et qui fait l'objet d'une attention particulière dans les politiques publiques de périnatalité depuis les années 2000 (Vozari 2021). Claire Morvan, sage-femme blanche d'une trentaine d'années, qui exerce dans la même maternité, elle, interroge plus systématiquement les femmes sur leur consommation d'alcool et de tabac mais ne pose pas la question des troubles du comportement alimentaire. En dépit de ces variations, j'ai observé que les dimensions « psycho-sociales » sont largement investies par les soignantes et font l'objet d'une intervention. Claire Morvan oriente ainsi les femmes qui fument vers la consultation de « tabacologie – addictologie » qui est réalisée par une sage-femme du service.

A une femme enceinte de son 3^{ème} enfant, arabe, qui déclare fumer des cigarettes et du cannabis, Claire Morvan, sage-femme blanche de 29 ans, propose la consultation avec la sage-femme en « addictologie » : « si vous le souhaitez, selon ce que vous voulez. Vous voulez la voir ou vous voulez y réfléchir et vous me dites dans un mois ? » / « J'y réfléchis et je vous dis ça dans un mois ». Elle revient sur le sujet un peu plus tard : « ça peut être juste si vous avez des questions. On est pas la police ni pour vous moraliser mais pour vous aider selon ce que vous voulez ».

Journal de terrain, Consultation de suivi de grossesse, Maternité Lachapelle, 05/07/16

J'ai observé deux autres situations similaires où cette sage-femme se défend d'être dans une posture de contrôle tout en insistant pour que les femmes prennent en charge ce « problème » et acceptent la consultation en « addictologie ». Dans ces échanges, on perçoit la recherche d'efficacité par la sage-femme qui face au repérage de telle ou telle « vulnérabilité » propose telle ou telle action en fonction des moyens disponibles dans le service.

Ces questions ne représentent qu'une partie de « l'interrogatoire » complet qui se poursuit avec les questions portant sur les antécédents médicaux et l'ensemble est mené de façon rapide et

automatique même si les femmes peuvent développer leurs réponses comme dans l'extrait ci-dessus. Dans la maternité du Coudray, les questions posées sont du même ordre.

Lors d'un interrogatoire Sophie Marsac, sage-femme blanche de 38 ans, interroge la patiente qui est noire et attend son 2^{ème} enfant et qu'elle reçoit pour la première fois. Elle lui pose l'ensemble des questions habituelles sur son origine, sa profession, ses heures de travail, sa consommation de tabac et d'alcool. Elle demande des détails supplémentaires sur son lieu d'habitation : maison ou immeuble, à quel étage etc.

Journal de terrain, Consultation de suivi de grossesse, Maternité du Coudray, 09/11/15

On peut noter une différence entre le groupe des sages-femmes et celui des gynécologues-obstétriciennes, les premières posant des questions plus approfondies que les secondes. Nous avons vu que celles-ci ont un temps de consultation plus élevé pour les premières consultations (quarante minutes pour les sages-femmes et vingt minutes pour les gynécologues-obstétriciennes, dans la maternité du Coudray ; et trente minutes pour les sages-femmes contre vingt pour les médecins dans la maternité Lachapelle) mais j'ai également montré que celles-ci construisent davantage leur rôle professionnel sur la qualité de la relation avec les patientes, l'empathie et la réassurance bien que ceci coexiste avec des logiques normalisatrices (voir chapitre 3).

D'ailleurs cette enquête sociale menée en début de grossesse sur le contexte de vie des femmes est également ambivalente dans ses objectifs. D'un côté, elle a vocation à répondre à la problématique des inégalités sociales de santé en maternité mais de l'autre, elle induit une perception stéréotypée de ces « vulnérabilités » et soutient le repérage de comportements considérés comme déviants par rapport à des normes de comportements de santé et de parentalité (voir paragraphe suivant).

Le constat des effets des inégalités sociales avant la grossesse sur l'état de santé de la parturiente et de l'enfant incite les pouvoirs publics à prendre en compte cette dimension. Comme le soulignent Laurence Kotobi et ses collègues, un ensemble de facteurs impactant l'état de santé des femmes enceintes est au cœur des préoccupations des épidémiologistes dans la problématique des inégalités sociales en santé reproductive : « *Les femmes qui ne reçoivent pas de soins prénataux courent plus de risques d'avoir un bébé prématuré, de faible poids à la naissance ou mort-né. Il faut aussi tenir compte des facteurs environnementaux (exposition à des substances toxiques), de la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues...), de l'hygiène de vie (alimentation (allaitement), activité physique) de l'exposition aux violences psychiques et physiques, de l'âge de la mère, de son niveau d'étude, de son statut social. Tous ces indicateurs sont pour l'épidémiologie, prédictifs du niveau de santé de la mère et de l'enfant* » (Kotobi et al. 2013 : 18). Les situations de précarité et/ou de migration sont

également repérés comme des facteurs d'inégalités de santé périnatale. Bien que la grande précarité, en particulier celle impliquant l'errance des femmes enceintes en Ile-de-France soit, elle, délaissée par les pouvoirs publics (Gasquet-Blanchard et Moine 2021), un ensemble de dispositifs se déploient dans les maternités afin de repérer et prendre en charge les situations de « *vulnérabilité* ». Ces dispositifs reposent sur la présence de psychologues dans les services de maternité mais aussi d'assistantes sociales et de sages-femmes de PMI (Protection Maternelle et Infantile) exerçant aux côtés des sages-femmes hospitalières bien qu'elles dépendent du conseil départemental. Il existe également les systèmes de PASS (Permanence d'Accès aux Soins) pour les femmes sans couverture sociale et les services d'interprétariat et les groupes de paroles destinés plus spécifiquement aux femmes « étrangères » (Virole-Zajde 2018). Ces dispositifs n'ont pas toujours l'effet escompté pour contrecarrer l'ordre social inégalitaire dans lequel ces femmes sont prises. En effet Louise Virole montre que certains de ces dispositifs, telle que la PMI, ciblent, en pratique, les femmes « étrangères » ce qui est sous-tendu par des politiques de santé périnatale antidiscriminatoire. Or cette dimension antidiscriminatoire est invisibilisée, ce qui peut entraver la prise de conscience par ces femmes des discriminations subies et donc leurs possibilités de les combattre (Virole 2021).

Néanmoins, une recherche récente par questionnaire montre que les maternités françaises ont largement intégré le dépistage des « *vulnérabilités psychosociales* » par des « *questions orientées* » telle que je viens de le présenter (Haab et al. 2022).

Dans les maternités étudiées pour cette thèse, les moyens à disposition des soignantes pour orienter les femmes en « situation de vulnérabilité » sont les suivants : consultation avec une psychologue, rencontre avec une assistante sociale (qui peut s'appuyer sur la PASS dans la maternité du Coudray mais pas dans la maternité Lachapelle car il n'y en a pas dans l'hôpital où elle est située), consultation en « tabacologie-addictologie »⁹⁰, orientation vers la sage-femme de PMI pour la suite du suivi de grossesse. Il y a une sage-femme de PMI dans chacune des maternités, à temps plein dans la maternité du Coudray et deux matinées par semaine dans la maternité Lachapelle. Ces moyens ne sont donc pas développés à même échelle dans les deux établissements. La sage-femme de PMI de la maternité Lachapelle me dit que selon le chef de service de la maternité « *il n'y a pas de précarité à Lachapelle* ». Elle ajoute d'ailleurs que selon elle, le suivi du DG n'est pas adapté aux patientes qu'elle suit. La mise en œuvre de ces dispositifs de prise en charge des « situations de vulnérabilité » peut donc être investi différemment selon les décisions locales de service.

⁹⁰ Une sage-femme est dédiée à cette consultation dans la maternité Lachapelle et une médecin addictologue dans la maternité du Coudray.

Dans le même sens, l'entretien Prénatal Précoce (EPP) déployé depuis 2007 dans les maternités françaises⁹¹ est un entretien de quarante-cinq minutes à une heure, proposé aux femmes et aux couples en dehors de toute consultation médicale, vers le 4^{ème} mois de grossesse. Cet entretien doit permettre d'« identifier les besoins d'informations », d'« apprécier la santé globale de la femme enceinte » et de « repérer les situations de vulnérabilité » pour « orienter si nécessaire vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement » (HAS 2006). Peu de femmes ayant bénéficié de cet entretien d'après l'enquête périnatale de 2016 (28,5% des femmes déclaraient en avoir bénéficié) (Blondel, Gonzalez et Raynaud 2017), celui a été rendu obligatoire en mai 2020⁹² afin d'en augmenter le déploiement. Mais cet entretien reste, au contraire des autres dispositifs, orientés vers des femmes pouvant s'exprimer en français puisqu'en pratique il est rarement réalisé avec l'aide d'un·e interprète dans les maternités hospitalières (dans les services de PMI cela est possible car des budgets sont prévus pour l'interprétariat).

Celui-ci est organisé au sein de la maternité Lachapelle mais pas au sein de la maternité du Coudray. Cela peut s'expliquer par le fait que dans la maternité parisienne les femmes ont la possibilité d'être suivie tout au long de la grossesse alors que dans la maternité du Coudray les femmes sont vues en consultation une fois vers le 4^{ème} mois puis à partir du 6^{ème} mois. Avant et après ces rendez-vous à l'hôpital, leur suivi doit être réalisé en ville ou dans les services de PMI. Cela s'explique également par le fait qu'en pratique, cet entretien est davantage proposé et réalisé avec les femmes s'exprimant bien en français (les services d'interprétariat ne sont pas sollicités pour ces entretiens) appartenant aux classes sociales moyennes et supérieures (Haab et al. 2022) et cible préférentiellement les problématiques psychologiques (Vozari 2021), problématiques qui peuvent être impensées parmi les femmes racisées perçues comme n'ayant pas besoin de ce type d'approche ou y répondant moins pour des raisons culturelles (Sauvegrain 2010). L'EPP est donc probablement davantage soutenu au sein de la maternité Lachapelle parce qu'il correspondrait mieux aux besoins du public qui fréquente le service.

Ainsi, le ciblage des « vulnérabilités psychosociales » émerge comme une activité faisant partie intégrante des missions des soignantes de maternité. Cependant, comme je l'ai exposé dans le chapitre 2, ces moyens restent limités même dans les maternités où ceux-ci sont davantage développés, comme la maternité du Coudray. Les psychologues de la maternité du Coudray sont par exemple plus nombreuses (deux au lieu d'une), les assistantes sociales également (deux au lieu d'une) mais les consultations sont malgré tout rapidement saturées. Par ailleurs, nous avons vu que les services d'interprétariat étaient quasi inexistantes dans les deux maternités

⁹¹ Cet entretien peut également être réalisé en libéral, toutes les sages-femmes et désormais également les médecins, peuvent le pratiquer.

⁹² <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/2296/AN/1963>

(chapitre 2). L'enquête nationale de Haab et ses collègues montrent en effet que seul 28% des maternités françaises ont mis en place des unités spécialisées dans l'accompagnement des femmes en situation de « *vulnérabilités psychosociales* », ce qui doit permettre de mieux le structurer (Haab et al. 2022).

1.2 L'ambivalence de la dimension sociale du travail en maternité

Dans ces conditions, la dimension sociale qu'il est demandé aux soignantes de développer au sein de leur activité peut générer des sentiments d'impuissance.

« [...] Je pense que tu prends le problème dans sa globalité, finalement, et du coup, ça permet de... Parce que finalement, elles sont préoccupées par le logement ou préoccupées par le travail qu'elles n'ont pas. Enfin, je n'en sais rien, tu vois des tas de choses comme ça, où le diabète passe au second plan, finalement. Chez certaines patientes, on n'a pas les mêmes préoccupations, si tu veux. Nous, on est côté obstétrical, on est hyper inquiet parce qu'il [le fœtus] peut peut-être crever, enfin le gamin peut mourir. Mais elle, elle est dans un autre truc où elle n'a pas les papiers, elle n'a pas la sécu. Elle rame pour avoir des sous, elle vit avec 500€ par mois. Tu vois, elle n'a pas... Toi, tu l'emmerdes avec ton diabète à dire : " Ne mangez pas du pain ", quand c'est la seule chose qu'elle peut se permettre de manger, enfin, toute la journée, elle grignote sa baguette quoi. Tu vois ? »

Entretien avec Amanda Bonnemain, Sage-femme, indienne, 8 ans d'expérience, Maternité Du Coudray

Cette impuissance face aux situations de précarité socio-économique est exacerbée dans le cas de la prise en charge du DG, en particulier à propos de l'alimentation. Amanda Bonnemain n'est pas la seule à mettre en avant les difficultés financières et matérielles (conditions pour cuisiner par exemple) pour mettre en place le régime alimentaire demandé. Au-delà de l'alimentation, le suivi des glycémies est également considéré comme une source de difficultés pour certaines femmes. Les professionnelles de l'hôpital Rabelais (qui suivent les femmes de la maternité Lachapelle ayant un DG) mentionnent que l'accès à l'application numérique n'est accessible qu'aux patientes ayant un accès à internet et possédant un smartphone ou un ordinateur.

« [...] Après, le gros problème de la télémédecine, c'est que comme c'est un moyen moderne, on est hyper limité par les moyens que les gens ont ; donc, les moyens financiers. Est-ce qu'il y a une connexion internet ou pas ? On a des gens qui ont des ruptures de connexion internet vu qu'ils n'ont pas payé donc le suivi s'arrête »

Entretien avec Anne Meunier, diabétologue, blanche, 2 ans d'expérience, Hôpital Rabelais

Comme nous l'avons vu au chapitre 2 une alternative au suivi des glycémies dans l'application numérique a été proposée pendant un temps à l'hôpital Rabelais mais ceci n'a pas perduré, faute de personnel (deux diabétologues au lieu de trois, une secrétaire partie et non remplacée).

L'impuissance face à ces situations auxquelles les soignantes n'ont que peu de réponses à apporter, peut amener certaines jusqu'au rejet de cette dimension de leur travail. Pour Sophie Marsac cela ne relève pas de ses compétences, ni de ses missions.

« En particulier moi, ce que je trouve difficile, c'est toute la partie sociale. Parce que finalement, on fait semblant d'avoir des réponses, alors qu'on n'a pas de réponse quoi. Je veux dire on ne peut pas sauver... On ne peut pas sauver les gens qui sont dans des situations... Donc là, c'est vrai, je ne m'investis pas comme certaines [de ses collègues] pourraient le faire, parce que je ne veux pas non plus laisser des faux espoirs aux gens enfin tu vois, ce n'est pas possible quoi. On ne va pas, tout d'un coup, leur trouver un super logement, super travail, super donc... Les choses, c'est long, c'est compliqué donc... Et je trouve que ce n'est pas évident à gérer et ce n'est pas quelque chose qui me... Enfin moi, je ne suis pas faite pour ça quoi ... Après, ça dépend aussi de la personne que j'ai en face de moi, si c'est quelqu'un qui je sens que, elle est débrouillarde... Tu as plus envie d'aider les gens qui ont envie de s'aider eux-mêmes quoi ».

Entretien avec Sophie Marsac, sage-femme, blanche, 8 ans d'expérience, Maternité du Coudray

La logique méritocratique avancée par cette sage-femme peut être un moyen de justifier l'incapacité institutionnelle et sociétale à venir en aide aux femmes les plus démunies socialement mais ceci signifie également que le travail avec les femmes perçues comme passives lui semble dévalorisant. L'agacement peut également être une réponse à cette impuissance. Justine Sojka, sage-femme blanche de 26 ans qui exerce à la maternité Lachapelle réalise « *l'interrogatoire* » lors d'une première consultation de grossesse, avec Mme Kone, une femme noire de 41 ans qui parle moyennement le français et ne sait ni lire ni écrire. « *L'interrogatoire* » est fastidieux, la patiente ne pouvant répondre précisément à toutes les questions qui lui sont posées. La sage-femme se montre patiente, en apparence, et oriente Mme Kone vers l'assistante sociale (elle l'accompagne jusqu'à son bureau). Le détail de cette consultation se trouve en annexe 16.

Après avoir accompagné Mme Kone au bureau de l'assistante sociale, la sage-femme revient et me dit : « A un moment donné j'avais que des "Mme Kone", j'ai l'impression qu'ils me les mettent à moi, des hébergements en Samu social etc. A un moment j'avais que des maghrébines avec des situations horribles [elle me relate des situations de violences conjugales et de précarité économique]. Au bout d'un moment je perds patience moi. Je peux en devenir raciste ».

Journal de terrain, Consultation de suivi de grossesse, Maternité Lachapelle, 22/06/2016

Le sentiment d'être envahie par des situations identifiées comme similaires bien que renvoyant à des réalités différentes (hébergement par le Samu social, violences conjugales ; ce qui, dans les deux cas ne correspond pas à la situation de Mme Kone), justifie l'expression d'un rejet et la légitimité à exprimer du racisme pour cette professionnelle. En mobilisant la race comme lecture transversale à ces différentes situations, on assiste ici à une forme de « *racialisation de*

la précarité » concept que Dorothee Prud'homme utilise pour montrer que les patient-es catégorisé-es comme Rom' à l'hôpital sont systématiquement renvoyé-es à leur différence culturelle faisant passer au second plan leur existence marquée par la précarité (Prud'Homme 2015). Ici, quand Justine Sojka laisse entendre qu'elle pourrait « devenir raciste », elle fait le lien entre la race et les diverses situations de précarité auxquelles elle fait face dans son exercice professionnel, comme si ces dernières étaient assimilables à la première. La précarité n'est donc pas niée mais absorbée par la race, comme si elle concernait uniquement les femmes racisées.

D'ailleurs les questions de « l'interrogatoire » portant sur « l'origine » des femmes servent en partie à repérer des « fragilités sociales ».

Encadré 5, Interroger l'origine ethnique en maternité

Sur mes terrains, « l'origine » des femmes est recherchée ou évaluée de façon systématique même si la question n'est pas toujours posée explicitement. Deux questions concrètes sont posées aux femmes enceintes concernant cet aspect : les professionnelles leur demandent quelle est leur nationalité et/ou quelle est leur « origine géographique ». Les soignantes abordent ces questions de manière variée. Certaines demandent : « Vous êtes de quelle nationalité ? », en posant la question systématiquement à toutes les patientes tout en déduisant leur « origine », surtout lorsqu'elles sont blanches et se déclarent de nationalité française, ou en les interrogeant sur leur pays de naissance lorsqu'elles ont un doute, d'après leur apparence physique, couleur de peau. D'autres demandent directement, sans passer par la nationalité, à certaines d'entre elles, selon l'altérité perçue, également d'après leur apparence physique (couleur de peau, port d'un voile) et leur niveau de français : « De quelle origine êtes-vous ? », « Vous avez des origines ? », « Vous êtes de quel pays ? ». A contrario, parfois la question n'est pas posée car la réponse semble évidente, en particulier avec les femmes racisées, noires, arabes, asiatiques.

Dans la maternité Lachapelle elles sont notées dans le dossier papier. Les items figurant dans les deux cas sont les mêmes que ceux que j'ai pu observer dans d'autres maternités. Il s'agit de grandes zones, correspondant plus ou moins aux continents mondiaux : « France métropolitaine », « Europe du nord », « Afrique du nord », « Asie Mineure », « DOM-TOM », « Europe du sud », « Afrique subsaharienne », « Asie », « Autre » (voir annexe 10). Les difficultés pour « caser » certaines femmes témoignent du caractère artificiel de ce type de désignation.

Didier Fassin montre bien que ces difficultés à désigner « les réalités de la question raciale » par le langage, qui sont à la fois d'ordre éthique et pratique, reflètent « la complexité et l'ambiguïté du rapport à soi et aux autres » (Fassin 2006 : 25-26). Il n'existe pas, en France, de formalisation concernant l'appartenance ethnique dans les politiques périnatales et dans les pratiques de soins en maternité. Mais ceci n'empêche pas les processus de racisation des femmes enceintes par les soignantes. Car les catégories formelles proposées par l'institution renvoient à la nationalité et à des zones géographiques larges et floues qui laisse le champ libre à l'interprétation des soignantes. Ainsi, une de mes enquêtées suivie à la maternité du Coudray, Ayse Aslan, est née en Turquie et arrivée en France à l'âge de 11 ans. Dans son dossier informatique il est noté « Turquie » pour sa nationalité ce qui est bien le cas, et pour ce qui est de son « origine géographique », il est noté « Afrique du nord ». Ainsi, cette manière floue et détournée de désigner une appartenance ethnique et/ou culturelle témoigne de la difficulté à penser les rapports sociaux de race, spécifiquement en France. Ces questions portant sur « l'origine » des femmes trouvent leur justification sur le pan clinique dans une perception de prédispositions à certaines maladies selon « l'origine » telle que la drépanocytose⁹³ ou le DG. Le risque de racialiser ces maladies est

⁹³ La drépanocytose est une maladie génétique qui affecte les globules rouges qui ont une forme anormale. Cela provoque des anémies sévères, un risque augmenté d'infection et des crises douloureuses du fait de la fragilité des globules rouges. Cette maladie est spécifique de certaines régions du monde : Afrique subsaharienne, Antilles,

tangible dans la mesure où la drépanocytose s'est par exemple constituée comme une maladie de « noires » (Lainé 2004) et dans le cas du DG, la lecture génétique contient une perception culturalisante et racisante des facteurs déclenchants la maladie (voir chapitre 2).

De la même manière que la collecte d'informations sur les conditions de vie des femmes permet aux soignantes de repérer des situations de précarité sociale, économique, matérielle ; « *l'origine* » est également pensée au prisme du « *dépistage des vulnérabilités psychosociales* ». L'objectif des professionnelles est, en particulier, de déceler un parcours migratoire récent, avec éventuellement des expériences violentes ou traumatisantes au cours de celui-ci ; le degré d'isolement social en France et/ou une situation de précarité socioéconomique. La langue parlée par les femmes est également un indicateur pris en compte dans ces analyses sociales spontanées. Ces éléments ne sont pas recueillis de manière uniforme selon le type de consultation que j'ai observé et selon chaque professionnelle, certaines poussant plus loin leurs questions tandis que d'autres se limitent à demander « *l'origine* ». Cela dépend essentiellement de la langue parlée par la femme et du temps imparti pour la consultation (retard éventuel des professionnelles au cours de leur matinée ou après-midi de consultations). Par exemple, Ségolène Deau, gynécologue-obstétricienne blanche d'une trentaine d'années, interroge une femme lors de sa première consultation. Celle-ci est noire, elle attend son troisième enfant et elle parle parfaitement français. Au tout début de « *l'interrogatoire* », elle lui demande son « *origine* ». Lorsque celle-ci lui dit être née au Rwanda, la médecin poursuit ses questions, afin d'en savoir plus sur sa situation.

« Vous êtes née au Rwanda ? » / « Oui » / « Et vous avez accouché au Mali ? » / « Oui » /
« Vous êtes en France depuis quand ? » / « Ça fait un an » / « Et vous travaillez ? » /
« Non pas encore » / « Et là-bas vous travailliez ? » / « Oui »

Journal de terrain, Consultation de suivi de grossesse, Maternité Lachapelle, 30/08/2016

Par ses questions, la médecin cherche à en savoir plus sur la situation de cette femme en France mais aussi dans son pays d'origine. Les questions portant sur la date d'arrivée en France, le fait de travailler et la capacité à s'exprimer en français sont des signes d'intégration à la société française mobilisés par les soignantes dans une perspective assimilationniste. Ainsi les femmes arrivées en France depuis de nombreuses années et ne parlant pas français sont très mal perçues (Racioppi 2013). En revanche, le statut administratif précis des femmes de nationalité étrangère n'est que peu interrogé, cet aspect étant considéré comme complexe et relevant du domaine de compétences des assistantes sociales.

Inde, Moyen-Orient et bassin méditerranéen, en particulier la Grèce et l'Italie et sa transmission est génétique c'est-à-dire que si les deux parents sont porteurs, l'enfant à naître à 50% de risque d'être malade.

Le recueil systématique de « *l'origine* » permet aux professionnelles de repérer à la fois des facteurs de risque de certaines maladies, des « fragilités » sociales, mais aussi de mesurer la distance de ces femmes avec les codes de la société française, dont les normes médicales. La perception des comportements de santé des femmes racisées peut en effet être comprise comme des écarts culturels aux normes de santé occidentales. Le dépistage de la trisomie 21 ou de certaines maladies au cours de la grossesse sont présentés par les soignantes de maternité comme désinvestis par ces femmes pour des raisons culturelles (Nacu 2011).

Les sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes s'emparent difficilement de la dimension sociale de leur travail qui leur paraît à la fois accaparante et dévalorisante. Les dispositifs dédiés à la prise en charge de ces situations restent visiblement insuffisants et laissent les professionnelles de maternité face à un sentiment d'impuissance induisant des perceptions à la fois négatives et stéréotypées des situations de « *vulnérabilités psychosociales* ». Même la sage-femme de PMI de la maternité Lachapelle, Caroline Martin, femme blanche d'une cinquantaine d'années dont l'activité est dédiée à ces situations semble apprécier les femmes dont les contextes de vie ne présentent pas de difficultés. Elle me dit, à propos d'une patiente qu'elle vient de recevoir : « *Bon là y a rien de particulier [pas de souci particulier] Ça fait plaisir !* ». Elle m'explique ensuite que parmi ses patientes, c'est « *mixé* » entre les cas difficiles et « *une de temps en temps qui va bien* ». Elle ajoute : « *on est plus humain [en PMI] mais faut avoir les ressources et les ressources sont de plus en plus rares* ».

En outre, les dispositifs dédiés aux situations de « *vulnérabilités psychosociales* » ont montré eux-mêmes leurs effets d'assignation en termes de race, de classe et de genre. Anne-Sophie Vozari montre ainsi que les dispositifs de soutien à la parentalité tels que ceux mis en place au sein des centres de PMI dans l'objectif, notamment, de prendre en charge la souffrance psychique des mères, les réassignent à un rôle genré de « *bonne mère* » (Vozari 2012). Louise Virole, elle, montre que les dispositifs dédiés aux femmes « *étrangères* » leur permettent une « *reconnaissance en tant que sujet* » uniquement sous condition de grossesse ce qui les assigne à une place genrée et racialisée (Virole-Zajde 2018).

Par ailleurs, au sein de ce dépistage des « *vulnérabilités psychosociales* », se lisent également des processus de repérages de freins à l'observance dans le DG qui tiennent à la fois aux conditions de vie concrètes des femmes – « *ça coûte moins cher d'aller acheter des pâtes que d'aller acheter des légumes* », me dit Marion Brun (gynécologue-obstétricienne, 31 ans, blanche, Maternité du Coudray) – mais également aux représentations que les soignantes se font du rapport que ces femmes entretiennent à leur santé.

« Je vois bien, la mère d'une grande famille, enfin c'est, tu sais... Non tu te dis que ça va être plus compliqué ou quand c'est écrit " sans emploi " pour les deux ! [Les deux membres du couple] Tu vois enfin... Oui je me dis que ça va être plus compliqué »

Entretien avec Céline Roy, sage-femme, blanche, 9 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Les représentations qu'elles se font de la réalité sociale des femmes se mêlent ainsi à la perception qu'elles ont de leur milieu social et des habitudes, notamment alimentaires, qui leur sont rattachées.

« Finalement, quand tu réfléchis, c'est plus difficile d'acheter des carottes, des pommes de terre, que d'aller manger un kebab à cinq euros, tu vois ? Est-ce que tu arrives à faire un repas équilibré avec cinq euros ? Enfin, tu vois ce que je veux dire. Le lien est vite fait, quand tu vois, qu'en suites de couche, le gamin de cinq ans, son aîné, au goûter, il boit le coca. Tu te dis : " Bon, ben voilà ! ". On n'a pas été élevé dans la même éducation alimentaire quoi. C'est certain. Leurs sorties, c'est le Mc Do quoi donc ! » [Rires]

Entretien avec Amanda Bonnemain, Sage-femme, indienne, 8 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Les caractéristiques sociales recueillies façonnent ainsi la perception qu'elles ont de la capacité des femmes à prendre soin d'elles. Il s'agit alors de repérer des distances sociales et culturelles aux normes médicales.

« Ouais, elles te disent : " Bah, c'est Dieu ". Donc, c'est pour ça qu'elles ne font, par exemple, pas le test de la trisomie 21. Elles disent : " Bon, si l'enfant est porteur d'une maladie, de quelque chose, bah... voilà " [c'est comme ça]. Je me dis que le manque d'observance, ouais, c'est peut-être ça ».

Entretien avec Louise Bouquet, sage-femme, blanche, 6 ans d'expérience, Maternité du Coudray

De sorte que le repérage des critères de « *vulnérabilités* » amène les professionnelles à identifier des « risques » cliniques et des difficultés matérielles et économiques tout autant qu'à supposer des comportements de santé type et potentiellement inadaptés.

Elsa Boulet fait le même constat sur son terrain en maternités franciliennes : « *Célibat, pauvreté et migration sont traités comme autant « d'indices » d'une vulnérabilité à compenser avec les (faibles) moyens à disposition des professionnelles de l'hôpital, mais aussi d'une potentielle déviance à corriger* » (Boulet 2020 : 158).

Les potentielles déviances à l'observance au DG sont ainsi analysées au prisme des caractéristiques sociales relevées et consignées dans le dossier médical au cours de « *l'interrogatoire* » en début de grossesse. Nous allons voir maintenant plus en détail les différents axes d'analyse que les professionnelles déploient pour expliquer les échecs ou les succès de la mise en œuvre de l'observance demandée aux femmes développant un DG.

Les deux premiers axes mobilisent des critères de classe sociale et de race, de façon entremêlée. Un troisième axe s'appuie sur une lecture détachée des caractéristiques sociales et mobilise des arguments renvoyant les femmes à leur « nature » irresponsable, effaçant ou se combinant avec les autres axes. Ces trois entrées permettent aux professionnelles de donner du sens à leur travail, que ce soit pour justifier les échecs de mise en œuvre de l'observance ou pour en valoriser les succès.

2. Les échecs de la mise en œuvre de l'observance : de l'impuissance des soignantes au report de la responsabilité sur les femmes

Les chapitres précédents ont permis de montrer que la non-observance dans le suivi du DG est perçue négativement par les soignantes de maternité. En entretien, les soignantes sont revenues sur les motifs de non-observance des femmes développant un DG. Deux figures de femmes non-observantes se dégagent et renvoient à des catégories sociales s'adossant à des représentations sociales vis-à-vis des comportements d'observance des femmes ayant un DG.

2.1 Deux figures opposées de femmes non-observantes

Au sein des représentations négatives vis-à-vis des défauts d'observance se mêlent des considérations en lien avec la classe sociale et l'ethnicité ou la race perçue par les professionnelles à propos de leurs patientes.

« Je dirais qu'il y a deux extrêmes. Soit, c'est la patiente issue de l'immigration, qui ne parle pas très bien le français. Euh, je pense que c'est plus qu'elle ne comprend rien, un truc du genre. Pour moi, c'est plus ça. Soit sinon, c'est la businesswoman ultra pressée, machin qui est soit sur-stressée par le diabète, soit ça la fait chier qui... voilà. C'est un peu l'excès en fait, voilà »

Entretien avec Anne Meunier, diabétologue, blanche, 2 ans d'expérience, Hôpital Rabelais

On trouve ainsi un groupe de femmes qui ne seraient pas en mesure de comprendre, linguistiquement, cognitivement et/ou culturellement, les messages médicaux, à savoir les femmes racisées de classes sociales inférieures. Et à l'opposé on a des femmes de classes sociales supérieures, soumises à leurs émotions ou débordées par leur vie professionnelle.

2.1.1 Les femmes racisées et/ou de classes populaires

Ces deux types de classement des patientes sont ici séparés afin d'en montrer les ressorts spécifiques mais ils sont sans cesse reliés dans les discours. Lorsque les professionnelles attribuent la non-observance aux différences « culturelles » des femmes ayant un DG, des

représentations en termes de classe sont fréquemment associées et réciproquement lorsqu'elles mobilisent des attributs de classe pour expliquer la non-observance, la racisation peut être convoquée de manière sous-jacente.

2.1.1.1 Les femmes racisées

Le niveau de compréhension des femmes sur le suivi qui leur est demandé dans le DG, et de manière plus générale leur rapport à leur santé et leur adhésion aux normes médicales constitue un obstacle à l'observance pour les professionnelles. Ceci peut se référer à la fois au degré de compréhension linguistique et au niveau intellectuel perçu, ce qui brouille les frontières entre les catégories de classe, ethniques ou raciales. Ainsi, on trouve une catégorie de femmes dont la « culture » et/ou le niveau social ou d'éducation viendraient entraver leur observance.

« Les patientes africaines ou maghrébines, elles ont beaucoup moins envie de nous écouter. Et comme c'est culturel et générationnel, bah y a la sœur qui a le diabète, y a la grand-mère qui a le diabète qui leur dit “ bah non mais ça tu as le droit de manger “ et voilà, et vraiment, on a plus, moi j'ai plus de difficultés avec ces patientes-là. Donc déjà c'est d'ordre culturel, après c'est d'ordre intellectuel, pour certaines. L'intérêt, enfin le pourquoi du régime vis-à-vis du bébé heu [léger rire signifiant « ça leur passe au-dessus »]. Même la mort fœtale ne fait pas peur parce qu'elles ne comprennent pas forcément ce que c'est, le fait que le bébé soit gros ben, pfff, elles s'en fichent un p'tit peu, parce que “ il est gros, c'est bien, c'est qu'il est beau “, surtout chez les patientes africaines, on aime bien les gros bébés. Après voilà, ça les intéresse quand même moins, je pense »

Entretien avec Raphaëlle Giraud, Sage-femme, blanche, 8 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Cette sage-femme convoque des éléments d'ordre culturel et intellectuel qui éloigneraient les femmes identifiées comme africaines et comme maghrébines des logiques médicales. Cet éloignement irait jusqu'à l'indifférence vis-à-vis de la santé voire de la vie de leur futur bébé et serait renforcé par un entourage familial lui aussi éloigné des recommandations médicales. Ce type d'analyse nie la part d'individualité de ces femmes qui sont pensées comme faisant partie d'un groupe dont elles partageraient nécessairement toutes les représentations. Ce culturalisme a également pour conséquence d'occulter d'autres variables telles que les conditions matérielles et sociales, la trajectoire migratoire ou le statut juridique de ces femmes (Fassin 2000a). Le concept de culture dans le champ de la santé apparaît tout d'abord avec l'émergence de la médecine coloniale et sa vocation civilisatrice. Face aux réticences des colonisé·es vis-à-vis de la médecine occidentale, la culture et la race seront convoquées comme variables explicatives (Cognet et Montgomery 2007). Ce raisonnement est repris en santé publique dans le champ de la santé des migrant·es. Comme l'a montré Didier Fassin, il s'agit alors de groupes sociaux « *que l'on situe à une certaine distance des valeurs dominantes qu'il s'agisse de pauvres, de déviants ou d'immigrés* » (Fassin 2001: 181). La culture va ainsi remplacer le concept de

race aujourd'hui discrédité, sans pour autant totalement rompre avec lui, et connaître un essor considérable dans le champ de la santé pour expliquer les comportements des dit·es immigré·es dans leur rapport à la santé et au système de soin (Cognet et Montgomery 2007 : 49).

Au-delà des analyses culturalisantes, la catégorisation raciale des femmes est également mobilisée par les professionnelles pour expliquer leur degré de compréhension moindre des messages médicaux, sur le plan linguistique et intellectuel. La « *barrière linguistique* », pour reprendre l'expression employée par les professionnelles, est ainsi perçue comme une difficulté majeure dans la mise en œuvre de l'objectif d'observance.

« Tu vois, par exemple, moi, j'ai des dames, je ressors de là-dedans [la pièce où les infirmières reçoivent les femmes pour leur expliquer l'utilisation du lecteur de glycémies], je me dis : " Bon, c'est bon, elles n'ont rien compris " [...] Tu vois par exemple, j'avais un couple de vietnamiens, chinois, enfin bref, d'Asie. Du coup, je reviens voir les filles [ses collègues infirmières], pendant toute l'éducation, ils faisaient : " Oui, oui. Oui, oui " [Imite un accent asiatique stéréotypé]. Le lendemain, ils sont venus : " Pas compris, pas compris " [avec le même accent] »

Entretien avec Béatrice Champion, infirmière, blanche, 30 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Assia Bida, sage-femme arabe d'une trentaine d'années, s'adresse à l'étudiante sage-femme qui est en formation avec elle ce jour-là : « Fais-lui parce que celles qui parlent pas français, qui comprennent pas bien, en général, c'est pas nickel ». Dans les faits, la patiente présente un carnet de glycémies rempli avec deux valeurs de glycémies au-dessus de la normale sur six, ce qui correspond parfaitement aux attendus.

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, 06/04/2016, Maternité du Coudray

La compréhension linguistique, intellectuelle ou encore culturelle sont convoquées de manière quasiment interchangeable pour expliquer les obstacles à l'observance des femmes catégorisées racialement. L'imitation stéréotypée d'un accent asiatique par Béatrice Champion avance, sous couvert d'humour, une vision réductrice de personnes dont elle ne connaît visiblement ni le pays d'origine ni la langue parlée. Bien qu'ayant perçu leur incompréhension lors de la séance d'éducation, celle-ci ne revient pas sur la manière dont elle a délivré les informations à ce couple. Ces situations où soignantes et soignées ne parlent pas la même langue peuvent être vécues difficilement, dans la mesure où cela alourdi l'activité des professionnelles.

Alors que j'attends en salle d'attente des explorations fonctionnelles, assise avec d'autres femmes qui ont rendez-vous, on entend Raphaëlle Giraud, sage-femme blanche de 32 ans, derrière la porte de consultation qui parle très fort et explique « 2 heures après [...] » puis à quelqu'un d'autre « quand elle se lève [le matin] ». Je comprends qu'elle explique les différents moments de la journée où il faut prélever les glycémies à une patiente qui a un DG. Raphaëlle Giraud sort et nous dit, d'un air excédé : « on me met une patiente à 10 heures qui ne parle pas un mot de français avec un diabète ! ». Elle dit aux patientes qui attendent « excusez-moi pour l'attente j'avais une patiente chinoise qui ne parle pas un mot de français ».

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité du Coudray, 26/11/15

Le fait de parler fort et d'exposer ses difficultés aux autres femmes de la salle d'attente participe à la stigmatisation de ces femmes racisées. Par ailleurs, la possibilité de convoquer des interprètes est très peu connue des professionnelles (voir chapitre 2) et je n'ai observé aucune consultation qui a fait l'objet d'un questionnement à ce sujet. Aux dires des professionnelles, la plupart du temps, les femmes viennent accompagnées d'une personne de leur entourage pour effectuer la traduction. Ainsi, même si ces situations sont vécues difficilement par les soignantes, le report de l'activité de traduction sur les femmes permet, dans la grande majorité des cas, de palier ce problème sans mobiliser des moyens institutionnels méconnus et dysfonctionnels (voir chapitre 2).

Nour Labadi, gynécologue-obstétricienne arabe de trente ans, déplore l'absence de communication qui selon elle impacte la qualité des soins et la nature de la relation mais elle m'explique que dans l'ensemble, les femmes viennent accompagnées.

Du côté de la maternité du Coudray, nous avons vu que la langue pouvait constituer un motif d'exclusion de suivi du DG via l'application numérique (voir chapitre 2). La diabétologue de l'hôpital Rabelais et la gynécologue-obstétricienne de la maternité Lachapelle en charge du DG, mettent en avant que l'impossibilité de parler et surtout d'écrire le français est une des limites majeures de l'usage de l'application numérique.

En pratique, l'évaluation du niveau de compréhension des femmes ayant un DG par les soignantes, les amènent à donner des explications plus évasives, aux différents temps de la prise en charge du DG.

Marion Brun : Donc, moi, ça prend du temps d'expliquer ce que c'est le diabète, qu'est-ce qu'il faut faire comme régime, qu'est-ce qu'on va faire comme suivi... On a des feuilles qui sont toutes faites en consultation, tu as vu ?

Aurélie : Ouais, j'ai vu.

Marion Brun : Donc, ça, ce n'est pas mal. Parce que ça permet de sortir toutes les feuilles et d'expliquer, après, chaque feuille une par une. [Silence] Moi, j'insiste pas mal sur le régime. Enfin, sur le sucre, en fait. Et après, je laisse la diététicienne expliquer [...] Et je leur donne la petite feuille qui résume tout ça. [...]

Aurélie : D'accord, ok. Et tu leur explique quoi sur ce que c'est le diabète ? C'est ce qu'il y a sur la feuille que tu reprends avec elles ou tu passes vite là-dessus ?

Marion Brun : Alors, ça dépend du degré de compréhension des patientes [Rires]. Donc, en gros, il y en a à qui j'explique que c'est une anomalie de la régulation du taux de sucre qui est liée à la grossesse, que ça disparaît avec la grossesse et que ça a des conséquences sur le bébé et que donc il faut bien réguler ce taux de sucre. Voilà. Après, ça, c'est le plus basique que je dis à tout le monde. Et puis, après, il y a les patientes qui veulent savoir un peu plus, quelles conséquences sur le bébé...

Entretien avec Marion Brun, gynécologue-obstétricienne, blanche, 6 mois d'expérience, Maternité du Coudray

« Tu parles avec les mots qu'elles comprennent et essayer d'arrondir les choses pour que tout le monde obéit plus ou moins ».

Entretien avec Amanda Bonnemain, Sage-femme, indienne, 8 ans d'expérience, Maternité du Coudray

« Parce qu'il faut savoir qu'il y a beaucoup de problèmes de barrière du langage. Et puis, si on rentre dans toutes les explications... Donc on reste basique. Tu as pu assister hein [aux séances], mais c'est très basique. Si après, elles veulent chercher dans la notice, pour faire sonner, pour mettre des options, on les laisse faire chez elles. Alors déjà, se prélever, ce n'est pas évident, toute seule, donc, si on rentre dans d'autres explications, voilà ».

Entretien avec Béatrice Champion, Infirmière, blanche, 30 ans d'expériences, Maternité du Coudray

« Les gens, de toute façon, qui parlent anglais euh... ce n'est pas forcément des gens très, très cultivés. Donc, les mots simples, ça leur suffit »

Entretien avec Stéphanie Pujol, diététicienne, blanche, 12 ans d'expérience, Hôpital Rabelais

Ainsi la perception réelle ou supposée du degré de compréhension des femmes et l'absence d'usage du système d'interprétariat conduit à une simplification des messages visant à une observance « aveugle » plutôt qu'éclairée.

Ensuite, les femmes catégorisées racialement sont perçues comme rencontrant des difficultés particulières d'observance quant au suivi du régime alimentaire préconisé. En effet, leurs comportements alimentaires qui sont à la fois pensés comme susceptibles d'être un facteur de déclenchement de la maladie mais aussi comme un élément de difficulté dans la réalisation du régime préconisé. Par exemple, les plats africains seraient trop riches en féculents, la cuisine asiatique serait trop basée sur le riz et l'alimentation du Maghreb serait trop riche en sucre.

« Je pense que pour une patiente, oui, qui culturellement, enfin, qui est arrivée en France il y a quelques années, c'est-à-dire qui a été élevée, qui a grandi, dans une autre culture, ailleurs, oui, ce n'est pas forcément facile d'arriver et de s'adapter. Je pense que chez nous, elles mangent ce qu'elles ont l'habitude de manger, de cuisiner. Et, surtout que le riz fait je pense beaucoup partie des repas, de plats traditionnels. Donc moi je leur disais bien : “ Le sucre, il y en a dans des aliments cachés, quoi : le pain, le riz“, je leur disais, “on ne s'y attend pas, ce n'est pas que le coca... “ »

Entretien avec Justine Sojka, sage-femme, blanche, 4 ans et demi d'expérience, Maternité Lachapelle

La perception d'une alimentation incompatible avec les préceptes de l'équilibre du DG et plus largement avec une « bonne » santé ainsi que l'ignorance de ces femmes sur ces sujets, amènent les professionnelles à les inciter à corriger leurs comportements alimentaires, là encore supposés.

Le riz fait l'objet d'une grande attention essentiellement dans le discours des sage-femmes et gynécologues-obstétriciennes, et moins des diététiciennes qui paraissent moins inquiètes à ce sujet. Or, comme le dit Justine Sojka, c'est un aliment qui peut se retrouver dans beaucoup de plats, traditionnels ou non, surtout dans le cadre d'une cuisine à moindre coût. Amandine Fallen évoque ainsi une alimentation principalement basée sur le riz, ce qui devrait être modifié en cas de DG selon elle.

« Des patientes, bah ouais, je te dis, culturellement, où elles ne mangent que du riz, les choses comme ça, c'est un peu compliqué de les faire changer »

Entretien avec Amadine Fallen, Gynécologue-obstétricienne, blanche, 7 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Tout en disant qu'il faudrait modifier ces comportements, les soignantes témoignent d'une difficulté voire d'une impossibilité à faire procéder ces femmes aux changements préconisés, les renvoyant là encore à des habitudes immuables.

Cependant, d'autres aliments peuvent faire l'objet d'une surveillance particulière, sans avoir nécessairement de fondement logique. Amanda Bonnemain me parle en entretien du couscous, plat unique qu'elle considère comme contraire aux objectifs du régime alimentaire, même si elle ne peut pas le justifier en termes de taux de glycémie que celui-ci induirait.

Amanda Bonnemain : Ce qu'elles mangent quoi, le couscous que sa mère lui fait parce qu'elle est venue du bled et que c'est elle qui s'occupe de l'alimentation, enfin, pour faire à manger donc... Elle se régale, on va dire mais voilà [Rires] Pas pour son diabète !

Aurélié : Après le couscous, elles ne l'interdisent pas les diététiciennes ?

Amanda Bonnemain : Non. [Silence] Mais finalement, c'est équilibré hein, si tu réfléchis à ça [...] Après, tout dépend de ce qu'elles prennent comme dessert aussi tu vois

Entretien avec Amanda Bonnemain, Sage-femme, indienne, 8 ans d'expérience, Maternité Du Coudray

Dans cet extrait, plusieurs stéréotypes culturalisants se donnent à voir à propos des femmes identifiées comme « maghrébines ». La figure de la mère qui vient du « bled » et prend en charge l'alimentation de sa fille en la nourrissant de mets riches renvoie à une représentation traditionnelle de l'alimentation, laquelle serait forcément incompatible avec les préconisations alimentaires du DG.

Sur ce point, nous avons vu que les diététiciennes affichaient un objectif d'adaptation qui relève davantage de la rhétorique que d'une réelle souplesse (voir chapitre 3). Dans le même sens, elles disent faire des propositions d'adaptation selon des différences culturelles supposées dans les pratiques alimentaires des patientes et même apprécier la richesse de ces « différences », mais en pratique, ces propositions se font à la marge. C'est-à-dire qu'elles proposent des alternatives sur certains aliments de manière ponctuelle et non sur l'ensemble de la composition des repas ni leur répartition sur la journée. Par exemple, lors des « ateliers diabète », les diététiciennes Stéphanie Pujol et Melody Bottet prennent l'initiative de proposer des alternatives aux femmes qu'elles supposent avoir des habitudes alimentaires éloignées des recommandations à la « française ».

Lors d'un atelier diabète, Melody Bottet, diététicienne blanche d'environ 25 ans, reçoit cinq femmes à qui elle délivre les informations à propos du régime alimentaire préconisé dans le DG, à l'aide d'un diaporama. Elle énumère les aliments qui correspondent aux féculents : « pommes de terre, pâtes, semoule, légumes secs, maïs, c'est clair pour tout le monde ce que c'est les féculents ? » Puis elle ajoute : « igname, manioc aussi pour ceux qui en mangent, je sais pas »

Journal de terrain, Atelier diabète, Hôpital Rabelais, 22/07/2016

Sa collègue, Stéphanie Pujol fonctionne de la même façon et va un peu plus loin en posant la question directement à certaines femmes qu'elle perçoit comme étrangères.

Lors d'un atelier diabète, Stéphanie Pujol, diététicienne blanche de 34 ans, s'adresse au mari d'une patiente qu'elle identifie comme indienne pour lui demander si lui et sa femme parlent français. Puis elle ajoute : « n'hésitez pas si elle ou vous-même avez des questions, et pareil, de par vos origines, si vous mangez différemment vous me dites ». Le mari répond que non et Stéphanie Pujol lui demande : « vous mangez des chapati ? » / « non » / « c'est à la française ? » / « oui c'est à la française et pour elle [sa femme] je fais attention » / « d'accord mais sinon vous me dites parce que c'est valable pour toutes les alimentations, c'est pas "la nourriture française, c'est la meilleure" ». Elle s'adresse ensuite à une patiente noire : « pareil pour vous, peut-être que de par vos origines, vous mangez différemment », elle lui demande si elle mange des ignames ou du manioc, ce à quoi elle répond : « pas trop non ». Plus tard, la diététicienne parle des patates douces à tout le monde et cette femme dit : « ça oui, j'en mange ».

Journal de terrain, Atelier diabète, Hôpital Rabelais, 18/10/16

Ces deux femmes se voient ainsi proposer la possibilité d'exprimer des habitudes alimentaires issues de leur culture supposée, ce dont elles ne se saisissent pas. Tout en disant que les codes alimentaires français ne sont pas supérieurs aux autres, les exemples de repas donnés dans la présentation orale et visuelle par les diététiciennes lors des ateliers diabète, ont une composition classique de type entrée/plat/fromage/dessert et respectent une répartition équilibrée entre les légumes, les protéines et les féculents (voir chapitre 3). Ce type de discours vise donc plutôt à exprimer une tolérance qu'une réelle prise en compte des habitudes alimentaires de chaque

femme ayant un DG. D'ailleurs Stéphanie Pujol déplore le fait qu'elle n'ait pas davantage de temps à accorder à ces femmes.

Stéphanie Pujol : En fait, la plupart du temps... - et ça je le vois aussi, sur le diabète de base hein - la plupart du temps, elles sont, elles ne se sont pas impliquées parce qu'on ne les prend pas en compte sur leurs différences, en fait. Parce que la plupart du temps, celles qui parlent anglais, c'est des gens qui viennent... Comment ça s'appelle ? Les Philippines, on en avait pas mal. C'est vrai que c'est une culture qu'on ne connaît pas vraiment et leurs habitudes de vie et tout ça, c'est difficile de changer dessus. Tu ne donnes pas les mêmes conseils d'alimentation sur une femme qui mange typiquement africain, par exemple, où ils mangent plutôt du mil, du manioc, des choses comme ça. Les pâtes, elles n'en mangent jamais, alors que c'est ce dont tu vas parler à l'atelier quoi.

Aurélié : Et toi tu t'adaptes à ça ?

Stéphanie Pujol : Bah sur Diabbest uniquement [sur la messagerie de l'application]. Ou à l'atelier... Si jamais... Si jamais ça vient... Enfin, tu vas le mettre sur le tapis, toi, ou si les femmes en parlent... Là, par exemple, celle de mardi, je lui ai dit : « Vous mangez ci, vous mangez ça ? » Elle m'a dit : « Oui, oui ! »

Aurélié : Parce que, elle, elle venait d'où ?

Stéphanie Pujol : Elle venait... Elle parlait uniquement anglais. Elle venait... alors je ne sais plus... [Silence]. Je ne me souviens plus si c'est... enfin vers Dubaï, enfin par là-bas, en fait. Elle ne parlait que anglais. Elle était toute jeune. Elle était un peu en panique mais, pour le coup, on n'avait pas assez de temps pour elle.

Aurélié : Et tu savais un peu ce qu'elle pouvait manger, par exemple, dans ce coin-là quoi ? Et donc, tu lui proposais des idées ?

Stéphanie Pujol : Oui, parce qu'en fait... Quand tu as un grand silence, quand tu fais ta présentation [lors des ateliers], tu as celles qui parlent pendant le cours et qui vont échanger et tu as un grand silence d'un côté, moi, je vais toujours piocher. Parce qu'elles ont le droit aussi à leur temps de parole. Elles ont droit aussi d'exprimer ce qui est difficile pour elles. Tu en as par exemple, celles qui ont l'habitude de manger 5 fruits dans l'après-midi parce que c'est... ou de prendre avec leur thé, des dattes.

Entretien avec Stéphanie Pujol, diététicienne, blanche, 12 ans d'expérience, Hôpital Rabelais

Aurélié : Enfin, en tout cas, ça ne te semble pas une difficulté spécialement les, les différences de façon de cuisiner, etc., par exemple ?

Magalie Lagrange : Non personnellement, je trouve ça enrichissant. Et puis du coup, tu vois... comment c'est perçu par la personne. Tu vois, tu t'intéresses à sa culture. Tu t'intéresses à son mode de vie, à sa façon de manger. Donc du coup j'ai l'impression qu'elle écoute mieux ton discours, après.

Entretien avec Magalie Lagrange, diététicienne, blanche, 7 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Ces discours et pratiques d'adaptations aux habitudes alimentaires « culturelles » font écho aux formations à « l'interculturel » ayant cours dans les formations initiales et continues des professionnel·les de santé, héritées de l'ethnopsychiatrie (Sicot et Touhami 2015). Dans une perspective d'accumulation de connaissances sur les différentes « cultures » ces formations comportent le risque de renforcer une perception figée de la « culture » des individus, niant d'autres aspects de leur trajectoire et ou de leurs réalités sociales (Fassin 2000a). En outre, l'objectif des diététiciennes n'est pas tant de prendre en compte ces différences que de les corriger. Magalie Lagrange avance également que l'intérêt qu'elle porte aux habitudes alimentaires de ces femmes vise, en réalité, à mieux les faire adhérer à ses préconisations.

Les représentations des professionnelles à propos de l'alimentation des femmes façonnées par un prisme culturalisant se perçoivent également dans les interactions entre soignantes et soignées.

Isabelle Blanc, sage-femme blanche de 52 ans reçoit Ines Taïeb qui est arabe, a 33 ans et attend son 2^{ème} enfant. Elle s'adresse à elle tout en regardant son carnet de glycémie : « Donc c'est quoi le plus dur dans le régime, qu'est ce qui fait que ça monte à 1,79 ? » / « Les dattes le matin par exemple » / « Ah ! hum ça fait envie c'est sûr et puis ça doit donner une pêche ! C'est sûr les pâtisseries orientales et tout ça »

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, 3/11/2016, Maternité Lachapelle

La possibilité d'exprimer « sur scène » des stéréotypes culturels, bien que de manière plus policée qu'en « coulisses » (en dehors des interactions avec les patientes), témoigne du caractère banal de ces représentations, pensées comme partagées par toutes. Isabelle Blanc fait ainsi le lien entre les dattes et les pâtisseries orientales dans une logique de rapprochement de deux mets spécifiquement rattachés à l'alimentation du Maghreb, bien qu'Ines Taïeb n'ait pas mentionné consommer de pâtisseries. Elle raisonne de la même façon à propos d'Amal Saïd qui vient de quitter la salle de consultation et qui a des chiffres glycémiques aléatoires. Celle-ci a expliqué à la sage-femme avoir bu un jus d'oranges pressées. Lors de notre entretien, elle m'a expliqué être accro au chocolat et que son alimentation est « *variable et puis même le style de repas : ça peut être junk food, ça peut être, enfin, je sais pas des plats traditionnels, ça dépend vraiment en fait* ». Pour autant, Isabelle s'engage dans une explication culturelle : « *C'est plus difficile j'ai l'impression pour les maghrébines quand même... L'alimentation, les pâtisseries orientales, enfin elle je sais pas si elle mange comme là-bas* ». Tout en admettant que les femmes identifiées comme maghrébines ne mangent pas nécessairement « *comme là-bas* », c'est un argument qui vient rapidement pour expliquer les hausses de glycémies.

Certaines « zones culturelles » sont préférentiellement ciblées dans ce type de discours, telle que l'Afrique ou le Maghreb. Cependant, les normes de l'alimentation occidentale sont prédominantes tandis que toutes les alimentations perçues comme « différentes » font l'objet d'une suspicion d'inadéquation.

Lors d'une consultation, Sébastien Fougeray, sage-femme blanc d'une trentaine d'années, reçoit une femme péruvienne de 37 ans et enceinte de son 1^{er} enfant. Elle est accompagnée de son conjoint.

« Donc c'est un diabète sous régime [...] et vos taux de sucre ils sont bons ? » / « Ça dépend... [rire] la tentation des gâteaux... »

Le sage-femme demande à voir les chiffres de glycémies en disant : « Qu'est-ce qu'il dit Diabbest [l'application numérique] ? Il dit que c'est vert ? » / « Ça dépend des jours » / « Qu'est-ce que vous avez mangé pour que ça monte ? Qu'est ce qui est difficile ? » / « Le pain et le café avec du sucre »

Puis, le sage-femme dit : « J'ai vu que vous êtes du Pérou, qu'est-ce que vous mangez au Pérou ? », la femme répond quelque chose que je n'entends pas bien, il répond : « ça doit être bien riche. »

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité Lachapelle, 30/08/16

Bien que cette femme enceinte explique que ce sont « *les gâteaux* », « *le pain et le café avec du sucre* » qui lui sont le plus difficile à limiter, Sébastien Fougeray la ramène à son altérité au travers d'habitudes alimentaires qu'il remet au-devant de la scène alors même que celle-ci n'en a pas fait mention. Ainsi, l'incompatibilité de l'alimentation de certaines catégories de femmes identifiées comme « étrangères », avec le régime préconisé dans le DG, semble faire consensus parmi les soignantes interrogées. La mise en avant de différences culturelles incompatibles avec le régime diabétique, quels que soient les arguments qui justifient ces différences et quand bien même ceux-ci seraient contradictoires d'une professionnelle à l'autre, prime.

En revanche, certaines femmes, pourtant nées à l'étranger, ne font pas l'objet de ce type de raisonnement culturalistes à propos de leur alimentation.

Isabelle Blanc, sage-femme blanche de 52 ans, reçoit une patiente blanche, d'origine allemande, enceinte de son deuxième enfant, avec son conjoint et leur premier enfant, à qui sa mère s'adresse en allemand. La patiente est parfaitement bilingue. Celle-ci nous explique avec aisance comment se passe son DG. Elle a déjà eu un DG à sa précédente grossesse. La femme détaille les résultats de ses glycémies et dit qu'elle « arrive à contrôler » mais que c'est plus difficile en fin de grossesse.

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité Lachapelle, 30/09/16

Dans cet échange entre la sage-femme et la femme enceinte, à aucun moment il n'est question de son « origine », ni de son alimentation. Le fait qu'elle soit blanche, accompagnée de son conjoint, qu'elle soit parfaitement bilingue et qu'elle maîtrise les données et les termes médicaux sont autant d'éléments qui renvoient plus volontiers à une proximité sociale avec la sage-femme qu'à une altérité. Ce qui confirme ici que l'altérité ne fait sens que dans un contexte socio-historique donné.

Au cœur de ces analyses au prisme de la culture par les soignantes, on trouve aussi des représentations liées aux religions pratiquées par les femmes. En particulier, la religion musulmane et la pratique du Ramadan sont désignés comme une entrave au suivi du DG, surtout du régime alimentaire. Premièrement, les sage-femmes, gynécologues-obstétriciennes mais surtout diététiciennes avancent que la pratique du jeun est dangereuse pour les femmes enceintes car les apports, notamment en eau, seraient insuffisants. Ensuite, les professionnelles avancent le fait que les glycémies seraient soumises à de grandes fluctuations entre les périodes de jeun et les temps de rupture de jeun afin de déconseiller la pratique du Ramadan en cas de DG.

« Oui y en a une qui m'a dit, je l'ai vue une fois, elle a continué, on me la renvoyée : « oui mais l'Imam », je dis [soupir] : « écoutez, votre bébé, il a, enfin c'est vraiment dangereux pour lui, donc il y a un interdit », en plus il faisait chaud je me rappelle, j'ai dit : « bon, maintenant je vous l'ai dit, vous avez des plats à la cafétéria, achetez une bouteille d'eau », parce que comme elle buvait pas du tout, elle avait soif » [...] « Le problème c'est que, enfin, ça peut provoquer un problème d'hyper/hypo [glycémies]. Parce que la journée y a rien et brutalement, en plus en rupture de jeun souvent ils font des fruits secs, des dattes avec du lait, donc pfft, le diabète flambe. Soit on a vu, ça peut arriver, des diabètes qui apparaissent quasiment le mois qui suit le ramadan. Mais d'autres patientes disent bien qu'on peut tout à fait soit le déplacer, soit même ne pas le faire, comme quand on est malade hein »

Entretien avec Sylvie Bévan, diététicienne, blanche, 25 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Ainsi, le Ramadan est perçu comme très mauvais pour la régulation des glycémies en cas de DG. Les professionnelles n'hésitent pas à émettre une interdiction pure et simple et même à reprendre à leur compte les préceptes religieux en matière de droit à déroger à cette pratique.

« Ça, c'est une période extrêmement difficile [la période du ramadan], où on est prêt à entendre. Il y en a qui font le régime par exemple, qui font le ramadan en même temps, tu dis « Ce n'est pas possible madame ! Avec de l'insuline et tout ça, tout ça. » Et puis, il y en a qui entendent ce que tu dis. Je dis : « Vous pouvez le rattraper. De toute façon, ce n'est pas... ce n'est pas une obligation religieuse... »

Entretien avec Amanda Bonnemain, Sage-femme, indienne, 8 ans d'expérience, Maternité Du Coudray

La concurrence entre normes religieuses et médicales fait l'objet de conflit ou de négociations.

Sylvie Bévan, diététicienne blanche de 48 ans, reçoit une patiente en consultation individuelle pour lui expliquer le régime alimentaire préconisé dans le DG. Lorsque la femme enceinte explique qu'elle va faire le ramadan, la professionnelle lui répond : « avec le diabète ? » / « oui je l'ai fait la dernière fois en 2013 » / « et ça a été parce que... ? » / « oui ça a été » / « bon moi je vous le déconseille après vous faites comme vous voulez » / « oui ça je sais [sourire franc] mais nous on mange avant le lever du soleil » / « parce que là c'est en juin donc entre les deux vous mangez pas ».

Journal de terrain, Consultation diététique, 19/04/2016, Maternité du Coudray

Stéphanie Pujol, diététicienne blanche de 34 ans exerçant à l'hôpital Rabelais, partage ce point de vue : « *Parce que tu en as qui le font quand même [le ramadan]. Il y en a, c'est des têtes de mules !* ».

Ainsi, l'altérisation des femmes enceintes déjà montrée dans d'autres contextes (Sauvegrain 2010; Nacu 2011; Racioppi 2013; Prud'Homme 2016), se rejoue dans l'analyse de leurs comportements d'observance dans le DG. Or, comme le dit Véronique De Rudder, l'altérité conférée n'est que celle construite et alimentée par les acteur·ices eux/elles-mêmes. Elle est à la fois contingente et le produit d'une relation inégalitaire : « *Ainsi, la question de la différence n'est pas première. Les différences entre les individus et les groupes qu'ils forment sont innombrables. En revanche, les différences socialement pertinentes sont sélectionnées,*

travesties ou inventées pour être insérées dans des relations d'inégalité. Il n'y a pas d'abord un ou des « Autres » que l'on traitera de telle ou telle manière ; c'est directement au sein des relations que se fabriquent contrastivement altérité et différences. Alter, comme Ego est une production historique et sociale, celle-là même qui fonde la distinction Eux/Nous » (De Rudder et al., 2000 : 32-33). Dans la prise en charge du DG, les soignantes tentent de modifier les comportements des femmes ainsi racialisées et de les amener à adopter ceux du groupe majoritaire. La vision du groupe dominant fait alors office de référence et « l'Autre » se voit sans cesse rappeler ses manquements et ses différences. Or, les raisonnements qui sous-tendent ces catégorisations dispensent ceux/celles qui les produisent de s'interroger sur leur propre rôle dans la production de la différence (Fassin 2000b). Pour reprendre les mots d'Abdelmalek Sayad à propos des actions éducatives adressées aux immigré·es : « [...] c'est aussi la fin que peuvent objectivement servir ces intentions et ces propos, qui se donne à voir : en rappelant aux immigrés qu'ils font constamment l'objet d'un travail de correction consistant à réduire leurs fautes, les manquements qu'ils accusent à l'égard de leur société d'immigration [...], en leur rappelant les stigmates par lesquels ils sont dénoncés et se dénoncent comme immigrés [...], n'est-ce pas au fond, une manière de les rappeler à leur condition d'immigrés ? » (Sayad, 1991 : 68).

Néanmoins, les rappels à l'ordre dans le suivi du DG s'étendent à d'autres groupes sociaux identifiés comme déviants. C'est le cas des femmes de classes populaires dont la catégorisation passe par des attributs que sont « le niveau d'éducation » ou la corpulence.

2.1.1.2 Les femmes de classes populaires

Un ensemble de discours relatif aux comportements de non-observance des femmes enceintes ayant un DG mêle des représentations liées au niveau d'éducation supposé des femmes, à leur précarité éventuelle et à leur corpulence, les femmes catégorisées en surpoids ou obèses étant perçues comme ayant de « mauvaises » pratiques alimentaires.

Tout d'abord, le niveau de compréhension des femmes enceintes développant un DG est un critère avancé par les professionnelles des deux maternités comme une condition nécessaire à une bonne observance. Les professionnelles de santé emploient le terme de « cortiquées » pour désigner les femmes qui seraient littéralement dotées d'un « cortex », autrement dit auraient une intelligence ou un niveau de compréhension suffisants pour échanger sur les enjeux médicaux et adhérer aux recommandations.

Vanessa Vijay, à propos de l'application Diabbest et des freins possibles à son utilisation : « Ouais, après, il faut vérifier qu'elles soient cortiquées et qu'elles... Tu sais qu'elles le font bien quoi »

Entretien avec Vanessa Vijay, Gynécologue-obstétricienne, indienne, 2 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Ainsi, pour Vanessa Vijay, il semble indispensable d'être « *cortiqué* » pour « *bien* » faire le suivi dans l'application numérique. Ce terme est d'usage courant dans les services hospitaliers et a été analysé comme le support d'une hiérarchie sociale dans les représentations des soignant·es impactant la qualité des soins. Camille Foubert, dans sa thèse portant sur les différenciations opérées par les soignant·es à l'égard des patient·es dans plusieurs services de maladies chroniques liées au métabolisme, met également en avant une figure de patient·e « *cortiqué·e* » fondée sur la perception positive que les professionnel·les de santé se font de la capacité de ces malades à comprendre les messages médicaux, « *en lien avec l'assignation en termes de position sociale opérée par les médecins* » (Foubert 2020 : 146).

Sur mes terrains, les soignantes font également le lien entre les capacités intellectuelles supposées des femmes ayant un DG et leur place dans la hiérarchie sociale, telle qu'elles la perçoivent. Car ces capacités intellectuelles sont mises en avant comme étant l'apanage de certaines catégories de femmes. Pour Isabelle Blanc, il s'agit par exemple de savoir manipuler les outils technologiques mais également de maîtriser la mise en place du régime alimentaire.

« Y a celles qui intellectuellement faut quand même se piquer, noter, faire marcher l'appareil, tu vois, pour voir la nourriture... Tu vois ce que je veux dire, peser, changer, mettre les légumes, les fruits, les trucs les machins, enfin... [...] une réflexion, une organisation et tout ça, qui n'est peut-être pas évident pour tout le monde hein »

Entretien avec Isabelle Blanc, sage-femme, blanche, 25 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Dans le discours de cette professionnelle, les femmes les moins dotées intellectuellement seraient en difficulté sur le plan cognitif mais également sur le plan des habitudes alimentaires. Celles-ci devraient nécessairement procéder à un changement puisqu'il n'est visiblement pas envisageable qu'elles mangent des fruits et des légumes avant d'être suivies pour leur DG, changement qui serait difficile à mettre en œuvre.

Amanda Bonnemain va plus loin en reliant cette capacité intellectuelle à un niveau d'éducation et de diplôme mais également à la maîtrise de la langue française.

« Ouais. Ben finalement, celles qui respectent, c'est quand même les patientes avec qui on discute beaucoup, qu'on arrive à avoir une conversation... tu vois, qui comprennent les risques [...] Et souvent, elles parlent bien français, elles sont éduquées, enfin tu vois. Elles ne sont pas bac + 5 hein, ce n'est pas le but mais... voilà... je trouve qu'elles ont un niveau plus élevé »

Entretien avec Amanda Bonnemain, sage-femme, indienne, 8 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Les représentations de cette sage-femme construisent une figure de patiente parfaitement observante et située dans le haut de la hiérarchie sociale, mais trop non plus. Il s'opère ainsi un agencement de critères relevant à la fois de l'ethnicité et de la classe sociale permettant d'expliquer la bonne observance des patientes. Marguerite Cognet et Patricia Carlier, en revenant sur plusieurs recherches menées en France dans des institutions médico-sociales dans les années 2010, mettent en avant le lien entre l'emploi du terme « cortiqué·e » et les processus de racisation des patient·es : « *il n'est pas rare d'entendre dans les services de santé que tel ou tel patient n'a pas de « cortex » et, comme par hasard, cette remarque fait souvent référence aux personnes catégorisées comme noires ou comme « africaines » ou « caribéennes » (Cognet et al. : 2009 ; Sauvegrain : 2010). Or, un cortex développé est spécifique à l'espèce humaine ; dire à une personne qu'elle n'a pas de cortex, c'est rééditer l'idée qu'elle appartient à une espèce inférieure, autrement dit à une autre race !* » (Cognet et Carlier 2018 : 4). Ceci rejoint les analyses développées plus haut sur la porosité entre compréhension linguistique, intellectuelle et culturelle des femmes racisées telle qu'elle est évaluée par les soignantes. Être « cortiqué·e » renvoie ainsi préférentiellement à des femmes perçues comme blanches et appartenant aux classes moyennes et supérieures. A l'opposé se trouvent les femmes racisées et/ou de classes populaires, dans sa fraction la plus précaire.

Il faut noter ici que les représentations en termes de classes sociales sont davantage convoquées dans la maternité du Coudray. Nous avons vu que cette maternité est surreprésentée par les femmes de classes populaires et/ou racisées (voir chapitre 1). Or, autant la lecture culturaliste de l'observance se déploie dans les deux maternités avec la même force opératoire (voir supra), autant le lien entre classe sociale inférieure et non-observance est largement mobilisé dans la maternité du Val-de-Marne, dans une perception relativement figée des comportements de la « population » qui fréquente la maternité (voir chapitre 2).

Par ailleurs, c'est le rapport à l'alimentation des classes populaires qui est convoqué dans les représentations des soignantes de cette maternité comme un frein à une « bonne » observance du régime alimentaire préconisé dans le DG. Ce frein est analysé à la fois sur le plan économique, en termes de socialisation alimentaire mais aussi de rapport plus général à la santé, les trois dimensions pouvant s'intriquer dans les discours. Autrement dit ces femmes auraient non seulement des ressources économiques limitées pour manger « sainement », mais elles auraient également de mauvaises habitudes alimentaires et seraient indifférentes à leur état de santé et aux recommandations médicales.

Amanda Bonnemain, sage-femme indienne de 33 ans, relie ainsi les habitudes alimentaires des femmes rencontrées à leurs possibilités économiques : « *est-ce que tu arrives à faire un repas*

équilibré avec cinq euros ? », mais également à leur éducation : *« on n'a pas été élevé dans la même éducation alimentaire quoi »* (extrait cité plus longuement supra). Nathalie Lefebvre, sa collègue, va dans le même sens en élargissant cette perception à des comportements de santé, plus généraux.

Nathalie Lefebvre : Ah bah beaucoup, c'est parce que ça les dépasse complètement en fait de surveiller autant parce qu'elles dorment le matin jusqu'à 13 heures, donc de toute façon, elles ne pourront pas faire leur dextro le matin. Après, elles mangent ce qu'elles veulent, quand elles veulent à n'importe quelle heure... il n'y a rien de cadré de base dans leur vie. [...] Pardon, ça fait un peu une généralité, mais ça commence pendant la grossesse. Mais, en fait, le pédiatre, elles loupent les rendez-vous. A l'école, elles arrivent en retard ou une fois sur deux, elles ne déposent pas leur enfant, tu sais pas pourquoi. C'est les mêmes types de patientes hein. Entretien pour un boulot, elles oublient d'y aller, enfin, voilà, bon... Non mais c'est les problèmes de la société quoi. Ce n'est pas que juste un problème de diabète. Tu as des patientes hyper consciencieuses, dans leur rendez-vous, qui arrivent toujours à l'heure na, na, na. Et elles, tu sais que tu vois un diabète, tu leur expliques ce qu'il va falloir faire, ok, pas de problème quoi.

Aurélié : Et donc c'est une question d'éducation aussi ?

Nathalie Lefebvre : C'est une question d'éducation, ça, c'est clair.

Entretien avec Nathalie Lefebvre, gynécologue-obstétricienne, blanche, 2 ans d'expérience, Maternité du Coudray

On trouve ainsi des femmes qui, dans les représentations des professionnelles, seraient plus concernées par des conditions ou des habitudes de vie incompatibles avec le suivi médical du DG, mais qui seraient aussi plus négligentes dans leur rapport à leur santé et aux institutions.

Sophie Marsac, sage-femme dans la même maternité, précise que sur le plan alimentaire, ces femmes se montrent particulièrement défaillantes.

« On a quand même des patientes qui ont une hygiène alimentaire... Déjà moi, je trouve que je mange mal mais alors elles, c'est catastrophique, hein. Elles ne boivent pas d'eau quoi, ces femmes, elles ne boivent pas d'eau ! C'est soda, machin... c'est vraiment, elles mangent à n'importe quelle heure, c'est... Ben, souvent c'est les multipares... quand tu vois leurs enfants, quand ils sont en surpoids, mais tu te dis " elles ont rien compris à l'alimentation ! " Ce n'est pas facile de mettre un enfant en surpoids, hein, il faut vraiment faire n'importe quoi ».

Entretien avec Sophie Marsac, sage-femme, blanche, 12 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Ces professionnelles expriment des perceptions similaires vis-à-vis des femmes qui fréquentent la maternité du Coudray et qui auraient des comportements inadaptés concernant leur alimentation et celle de leurs enfants. Leur ton à la fois choqué et fataliste renvoie ces femmes à une forme d'irresponsabilité perçue comme alarmante mais inéluctable. Les femmes appartenant aux classes populaires sont ainsi perçues comme adhérant moins aux recommandations dans le suivi de leur DG car ayant des habitudes alimentaires trop éloignées des normes sanitaires. Or, et ceci est relié dans les représentations des professionnelles, elles sont également perçues comme davantage concernées par le surpoids et à l'obésité.

« Nous, je pense qu'il y a une difficulté chez nos patientes où c'est des patientes précaires... parfois obèses, limite de poids, enfin... »

Entretien avec Amanda Bonnemain, sage-femme, indienne, 8 ans d'expérience, Maternité du Coudray

« On a quand même une population qui est en surpoids, la plupart du temps »

Entretien avec Sophie Marsac, sage-femme, blanche, 12 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Ici encore, la « population » de la maternité du Coudray, perçue comme « *précaire* », est également remarquable par la silhouette des femmes qui la composent.

En outre, le surpoids et l'obésité sont identifiés comme des facteurs de risque de DG, ceci dans les deux maternités.

Emilie Petit, femme blanche de 34 ans qui attend son 2^{ème} enfant et est à huit mois de grossesse, est reçue en consultation par Isabelle Blanc, sage-femme blanche de 52 ans. Après avoir expliqué à Mme Petit que ma recherche porte sur le DG, la sage-femme me dit : « tu vois comme elle est mince, on aurait pas dit un diabète ! ».

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité Lachapelle, 1/09/16

Ce facteur de risque est spécifiquement mentionné dans les Recommandations pour la Pratique Clinique émises par le CNGOF. En préambule, le terme de « *surcharge pondérale* » est employé (CNGOF 2010 : 673), puis le texte recommande précisément de dépister le DG pour toutes les femmes dont l'IMC est supérieur ou égal à vingt-cinq, autrement dit définies comme étant en surpoids (CNGOF 2010 : 675). Ceci fait largement consensus dans la communauté médicale et est partagé par l'ensemble des soignantes de mes deux terrains.

J'ai montré que la prise de poids au cours de la grossesse et en particulier dans le suivi du DG fait l'objet d'une surveillance renforcée et de logiques normalisatrices (voir chapitre 3). J'ai montré en particulier que la prise de poids constituait un moyen supplémentaire pour les soignantes pour évaluer le degré d'observance des femmes enceintes ayant un DG. Dans le même sens, la corpulence des femmes enceintes développant un DG est objectivée dès le début de grossesse par une pesée et le calcul de leur IMC (Indice de Masse Corporelle)⁹⁴. Or, lorsqu'elles sont catégorisées comme étant en surpoids (IMC entre vingt-cinq et trente) ou en obésité (IMC supérieur à trente), cela est perçu comme un marqueur négatif de l'observance des femmes dans le suivi du DG.

⁹⁴ Lors de « *l'interrogatoire* » de début de grossesse, l'IMC est calculé grâce à la pesée du jour et à la taille de la patiente que celle-ci communique. Si la patiente ne connaît pas sa taille, ceci est évalué approximativement.

Nathalie Lefebvre, gynécologue-obstétricienne à la maternité du Coudray, me relate une anecdote qui l'a visiblement marquée avec une patiente qu'elle a suivie pour un DG.

« Une fois, j'en avais hospitalisé une [une patiente avec un DG]. Résultat, j'la retrouve à la cafétéria en train de se manger un muffin. Ah Oui ! Elle faisait 200 kilos. J'dis " bah en fait, ça va poser un petit problème, c'est-à-dire... "/ " Bah j'avais faim " / " Bah oui, mais... " [air atterré]. Oui, celles-ci, celles qui mangent tellement mal qu'en fait, le régime, ça ne va pas parce que, en fait, elles ne mangent plus. Donc, elles ne supportent pas. Ce qui est normal hein. Elle passe du tout au tout donc... Et celles-là, c'est un peu difficile... Tu es obligée de leur autoriser des écarts. Parce que si elle mange, chez elle, en fait, un repas de 20 kilos à chaque repas... Non mais la nana, elle faisait... ouais elle faisait 100 kilos, pfff, je ne sais plus mais elle était obésissime ! »

Entretien avec Nathalie Lefebvre, gynécologue-obstétricienne, blanche, 2 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Dans cet extrait, Nathalie Lefebvre analyse l'obésité de cette femme comme le signe d'une incompatibilité irréversible avec le traitement proposé dans la prise en charge du DG, car cette obésité témoignerait d'une alimentation inadaptée quantitativement, impossible à modifier. Nathalie Lefebvre véhicule ici des représentations négatives, voire méprisantes au travers de termes familiers ou d'expressions volontairement exagérées telles que : « *repas de 20 kilos* » ou « *obésissime* ». Elle insiste de cette manière sur le caractère non seulement néfaste et déplorable de ce type de comportements alimentaires mais aussi sur son aspect immuable. Sophie Marsac, sage-femme dans la même maternité, exprime le même sentiment d'impuissance et d'échec thérapeutique avec des femmes trop éloignées des attendus médicaux.

« Enfin, c'est complètement illusoire de donner un certain régime [alimentaire] à des femmes qui n'ont jamais mangé une feuille de salade... Il faut leur donner des petits objectifs à ces femmes-là. On ne pourra pas : " Ah, je me transforme. Ouais, je mange trop bien ! " Enfin, ce n'est pas possible. Donc elles, on va voir, elles passent peut-être facilement sous insuline, tant pis. Après, elles auront eu ces informations-là, peut-être qu'après leur grossesse, elles changeront deux, trois trucs. Au lieu d'avoir un surpoids de 20 kilos, elles ont un surpoids de 10 kilos, ben c'est tant mieux, quoi. [...] Ce sera toujours ça de pris [...] Enfin moi, je ne crois pas à la médecine toute puissante où : " Ah tu es déprimée. Je t'envoie chez le psy[-chologue/-chiatre], c'est bon j'ai réglé le problème ". Enfin, c'est plus compliqué que ça l'être humain, hein. C'est pareil : " c'est bon tu es obèse ? Attends je vais t'expliquer ce qu'il faut faire, tu vas être mince ! " [Rires]. Et de les engueuler parce qu'elles n'y arrivent pas, quelque part c'est dégueulasse de faire ça parce que tu les culpabilises. Elles ne peuvent rien y faire parce que c'est comme ça, c'est en elles [Rires]. Tu ne peux pas changer les gens quoi, c'est... Tu peux, un petit peu, les aider à modifier, mais tu ne peux pas... »

Entretien avec Sophie Marsac, sage-femme, blanche, 12 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Le discours de cette sage-femme est légèrement moins fataliste que celui de sa collègue puisque selon elle, les discours de prévention transmis peuvent porter en partie, bien que toujours en dessous des exigences initiales. Néanmoins, elles se retrouvent sur l'impossibilité de proposer

le même traitement pour le DG, en termes de régime alimentaire. Ces femmes seraient pétries d'habitudes inchangeables car incorporées : « *c'est en elles* ».

On retrouve également le lien entre surpoids et mauvaise observance du régime alimentaire préconisé dans le cadre du DG, dans la maternité Lachapelle.

« Mais je crois que ça ; pour le coup, c'était des patientes qui étaient déjà un peu en surpoids au début de la grossesse. Enfin, je me rappelle d'une ou deux avec des diabètes un peu cognés, insuline, tout ça et, bon, qui faisaient le minimum, on va dire. Je ne sais pas si elles faisaient très attention parce qu'elles se disaient : “ de toute façon, il y a l'insuline “. Et c'était des patientes pour lesquelles on avait beaucoup de mal à équilibrer l'insuline, avec des gros bébés. Et j'ai l'impression qu'elles, je ne suis pas sûre qu'elles suivaient très, très bien, le régime comme il aurait fallu. Je me rappelle de deux patientes comme ça, et qui commençaient la grossesse, avec un BMI⁹⁵ pas normal, quoi ».

Entretien avec Justine Sojka, sage-femme, blanche, 4 ans et demi d'expérience, Maternité Lachapelle.

Les comportements de ces femmes catégorisées en surpoids ou en obésité sont donc associés à une forme de laxisme et de « mauvaise volonté ». Les soignantes développent deux formes de discours à l'égard de ces femmes. D'un côté, elles insistent davantage sur les recommandations diététiques, en l'élargissant au-delà de la période de grossesse (voir chapitre 3) et d'un autre côté, il apparaît une forme d'impuissance à agir sur leurs comportements alimentaires qui les amène, par dépit, à abaisser leur niveau d'exigence. Solenn Carof dans sa recherche étudiant la prise en charge de l'obésité en dehors de la grossesse, montre que celle-ci est vécue comme insatisfaisante pour les soignant·es concerné·es qui se considèrent comme peu armé·es car faisant face à une « *maladie sociale* » dépassant largement leurs compétences (Carof, 2017 : 13). Si l'auteur·ice montre que la différence entre les attentes des soignant·es et des soigné·es peut conduire à des situations de stigmatisations, de refus de soin par les médecins ou de non-recours aux soins pour les personnes catégorisées en surpoids ou obèses ; dans le cas du DG, l'impuissance des soignantes constitue plutôt une justification à leur désengagement dans les soins de ces femmes. En effet, celles-ci auront plus facilement une prescription d'insuline, ce qui est une réponse à l'impossibilité de les soigner par le régime alimentaire. Or, l'insuline est présentée par les soignantes comme complexe à manipuler et elles se plaignent que les femmes n'adaptent pas leurs doses de manière autonome (voir chapitre 2).

Marion Brun : Elles sont observantes quand il y a un traitement... Enfin, je n'ai jamais eu de patiente qui ne faisait pas son insuline, par exemple. Donc, ça, c'est plutôt une bonne chose.

Aurélié : Ouais. Même dans les situations sociales un peu difficiles pour le coup [dont elle me parlait un peu avant] ?

Marion Brun : Ouais. Ouais, ouais, elles le font, ouais. Elles ne savent pas forcément adapter et tout ça mais elles font les doses qu'on leur a dit quoi. Par contre, elles ne vont

⁹⁵ BMI = Body Mass Index, correspond à l'IMC, en anglais.

pas venir me voir en disant : « Han, là, ça fait deux semaines que mon carnet ça ne va pas du tout, qu'est-ce qu'il faut que je fasse ? » Non. Il faut qu'elles aient un rendez-vous, sinon, elles ne viennent pas.

Entretien avec Marion Brun, gynécologue-obstétricienne, blanche, 6 mois d'expérience, Maternité du Coudray

Ce traitement est donc surtout envisagé comme une manière de soulager leur travail dans la mise en œuvre de l'observance qui est ici mise en échec.

« Là, j'ai une patiente qui est hébergée à l'hôtel, elle ne peut pas faire la cuisine, à l'hôtel. Elle va faire l'OMS [test de dépistage du DG] mais c'est probable qu'elle soit diabétique, sachant qu'elle a été diabétique à la grossesse d'avant. Et elle n'a pas de moyens de cuisiner. Donc, forcément, elle aura du mal à suivre le régime. Donc, il ne faut pas non plus être trop psychorigide dans l'approche qu'on a. Et cette patiente-là, bah, si elle n'arrive pas à suivre le régime et qu'il y a des dextros élevés, et bah, elle aura de l'insuline et puis, voilà ».

Entretien avec Marion Brun, gynécologue-obstétricienne, blanche, 2 ans d'expérience, Maternité du Coudray

En revanche, si l'insuline est pensée comme une solution pour les professionnelles, elle ne doit pas l'être pour les femmes. En effet, il est mal perçu que les femmes relâchent leurs efforts concernant le régime alimentaire en se reposant sur l'insuline, comme nous l'avons vu dans le chapitre 2 et comme l'évoque Justine Sojka dans l'extrait ci-dessus. Ceci renforce les logiques de normalisation de leurs comportements alimentaires supposés inadaptés. De sorte que ces femmes sont à la fois surinvesties par les discours normatifs portant sur l'alimentation et le poids et sous-investies dans la prise en charge du DG.

Les représentations des soignantes reliant obésité et « précarité » s'adosent à une vision stéréotypée des comportements alimentaires des classes populaires, dans sa fraction la plus fragile (Bernard, Masclat et Schwartz 2019). Bien que cela soit moins présent dans la maternité Lachapelle, celles-ci sont similaires sur les deux terrains étudiés. Après m'avoir dit que l'application numérique Diabbest était surtout adaptée « *pour une patiente qui parle français, qui est cortiquée, qui a internet* », Clémence Jullian, sage-femme, revient sur les habitudes alimentaires qu'elle espère modifier chez certaines patientes ayant un DG.

Clémence Jullian : Si elles peuvent éviter les sodas, les plats préparés mais...

Aurélié : Et tu crois qu'il y a des patientes qui mangent moins bien que d'autres, pareil c'est relié aussi au milieu etc., ce que tu disais tout à l'heure ?

Clémence Jullian : Oui je pense. Bah oui c'est même sûr, oui.

Aurélié : Et celles qui ne parlent pas français [dont elle parlait pour dire que l'application numérique n'était pas adaptée], tu penses que c'est lié aussi à leur appartenance à un certain pays leurs façons de manger ?

Clémence Jullian : Oui, oui, oui, peut-être [pas convaincue], après... C'est plus les moyens [matériels, financiers]. C'est pas parce qu'elles parlent pas français qu'elles sont issues d'un milieu complètement défavorisé [...] Non clairement, bien s'alimenter, ça a un certain coût que toutes ne peuvent pas [se permettre] je pense...

Elle analyse ensuite son propre cas car elle originaire de Corrèze.

Clémence Jullian : Enfin je mange pas comme mes parents quoi, enfin j'ai pris du recul et je me dis non c'est pas possible de manger autant quoi[rires] ! Non mais clairement quand j'y retourne, je me dis que je vais prendre mon kilo quoi ! Donc tu vois après je pense que tout est possible aussi, c'est un exemple que tu as eu mais ça veut pas dire que tu es ok et que tu n'as pas de...[marge de manœuvre] [...]. Enfin tu vois, typiquement les surgelés ou les plats préparés, je pense qu'il y a des familles où les gens ne cuisinent pas du tout et achètent très facilement ce genre de plat et qui pour moi est un facteur de risque quand même de malbouffe, enfin

Aurélié : Oui. Bah ça peut être surgelé et équilibré hein ! [Rires]

Clémence Jullian : Non, mais oui je veux bien mais c'est souvent des pizzas et des burgers quoi, enfin c'est ça quand tu veux aller vite.

Entretien avec Clémence Jullian, sage-femme, blanche, 4 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

L'analyse de cette sage-femme met en avant l'appartenance de classe plutôt qu'une perception ethnicisante des pratiques alimentaires des femmes ayant un DG. Bien que ne reliant pas ces analyses à une « population » qui serait typique, comme c'est le cas dans la maternité du Coudray, ces représentations de la « malbouffe » sont partagées par les soignantes rencontrées dans les deux maternités et pensée comme une « culture » de classe (Bourdieu 1979). Pour cette sage-femme, comme pour nombres de ses collègues, ces femmes ont non seulement la possibilité mais le devoir de s'éloigner des habitudes alimentaires acquises au cours de leur socialisation primaire. Les injonctions normatives en termes d'alimentation se voient ainsi renforcées vis-à-vis des femmes (Severine Gojard, Plessz et Regnier (eds.) 2017) et des classes populaires (Bloy 2015).

Si l'ensemble des pathologies chroniques sont soumises aux inégalités sociales de santé, l'obésité et le diabète font parties des maladies les plus concernées par un gradient social (Fassin et al. 2000) et touchent particulièrement les femmes (Poulain 2013). Ainsi 51,5% des ouvrier·ères sont en surpoids ou obésité tandis que cela concerne 35% des cadres (Enquête Obépi-Roche 2020). Ces disparités s'expliquent en partie par les pratiques alimentaires. Faustine Régnier et Ana Masullo montrent ainsi que la consommation des classes populaires s'oriente préférentiellement vers ce qui est bon au « goût » et que les classes aisées privilégient une consommation encadrée par des normes sanitaires (Régnier et Masullo 2009).

Pour autant d'autres facteurs que l'alimentation entrent en ligne de compte pour expliquer ces disparités sociales dans l'obésité. Tout d'abord, des facteurs socio-économiques, environnementaux et psychologiques constituent de nouvelles pistes de recherche (Mas, Brindisi et Chambaron 2021). Ensuite, ces disparités peuvent également s'expliquer par une « *stigmatisation des fortes corpulences [qui] sous-tend également une forme de paternalisme*

médical, plus prégnant envers les milieux populaires » induisant une fuite des individus concernés (Carof, 2017 : 14).

Dans mes observations, je n'ai pas relevé de situations de stigmatisation ouverte des femmes catégorisées en surpoids ou obèses, hormis lors d'une séance de « *l'atelier diabète* » avec le Professeur Joseph, diabétologue de l'hôpital Rabelais.

Lors de sa présentation aux quatre femmes (et un conjoint) qui sont présentes, le professeur Joseph, homme blanc de 70 ans environ, regarde fréquemment une femme en particulier lorsqu'il parle du surpoids : « si vous faites plusieurs enfants et que vous gardez dix kilos à chaque fois, vous voulez pas faire cent cinquante kilos à 50 ans » Puis il ajoute toujours en regardant cette femme : « je sais pas pourquoi je vous regarde, je vous fais pas confiance on dirait ». La femme baisse les yeux et ne le regarde plus du tout. A plusieurs reprises, il s'adresse à elle par des petites relances. Celle-ci se met à pleurer. Il essaie de se rattraper pendant tout le reste de son exposé : « je crois que j'en ai traumatisées certaines, je n'ose plus parler mais... Vous avez eu des problèmes avec votre poids toute votre vie c'est ça ? », celle-ci ne répond pas. Après la séance, je demande à cette femme si elle est en colère, elle me dit : « oui. Je pensais pas que c'était si grave. Je pensais pas que c'était réel le poids et le diabète ».

Journal de terrain, Atelier diabète, Hôpital Rabelais, 10/11/15

En dehors de cette situation de mise sur le devant de la scène, devant moi-même et les autres patientes, du stigmate porté par cette femme du fait de sa corpulence, je n'ai pas observé de cas similaire dans les autres consultations. Du côté des femmes enceintes interrogées, une seule a rapporté un sentiment de stigmatisation lié à son poids (voir chapitre 6).

Pour autant, ces discours sont apparus en « off » entre deux consultations ou en entretien. Clémence Jullian, sage-femme blanche de 27 ans, me dit ainsi à propos de Sarah Benchimol, 48 ans, arabe, enceinte de son premier enfant qui remet en cause le diagnostic de son DG qui : « *non mais sinon on lui dit qu'elle a 48 ans et un BMI à [élevé]. Non mais sérieux elle est marrante ! [...] J'ai pas osé lui dire que c'était son âge aussi* ». Lorsque je lui demande pour quelles raisons, elle me répond : « *parce que c'est culpabilisant, déjà un premier enfant... Bensoussan [le professeur qui la suit pour sa grossesse] il pense la même chose, il lui a pas dit mais... Et puis elle est pas toute mince non plus [elle vérifie son poids dans le dossier]* ». On peut alors parler de *stigmatisation sociale à l'état latent* », comme le décrit Delphine Serre au sujet des attitudes parentales évaluées en PMI (1998 : 108).

Le cas de cette femme est développé plus bas mais les propos de Clémence Jullian rendent compte de la logique de censure qui existe sur certaines catégories pensées comme facteurs déclenchants le DG et d'autres non. Ainsi, autant les catégories culturalisantes peuvent être amenées dans les interactions avec les femmes, autant les catégorisations de classe ou de poids sont largement passées sous silence. Ceci n'empêche pas ces catégorisations de façonner la relation de soins par des pratiques de surveillance et de normalisation accrues d'une part et d'un

éventuel abaissement dans la qualité des soins d'autres part. En effet, nous avons vu que la mise en place d'insuline constituait une solution par dépit pour les femmes considérées comme incapables de modifier leurs comportements alimentaires.

Amanda Bonnemain : Non. Non, il y en a tu vois c'est des contraintes autres que...

Aurélié : Et tu fais quoi dans ces cas-là ? Comment tu fais pour adapter quoi ?

Amanda Bonnemain : Bah, après souvent, elles passent par la case insuline, comme ça, elles peuvent manger ce qu'elles veulent et se font l'insuline quoi. C'est, tu vois, les précaires qui ont des boîtes de je ne sais pas quoi à réchauffer.

Entretien avec Amanda Bonnemain, sage-femme, indienne, 8 ans d'expérience,
Maternité du Coudray

En dehors de cette option, les comportements décrits comme déviants, en particulier sur le plan de l'alimentation, ne font pas l'objet de pratiques de soins dédiées et adaptées. Ainsi, les situations de précarité peuvent faire conduire à des aménagements ponctuels comme Anne Meunier, diabétologue blanche de 31 ans qui dit à Lydia Lamari, trente ans, arabe, enceinte de son deuxième enfant, de ne faire son insuline que quand elle mange lorsque celle-ci lui explique ne pas pouvoir faire trois repas par jour (elle détaille qu'elle vit en hôtel social, que la cuisine se trouve à un autre étage et qu'elle « *garde l'argent* » pour son fils aîné âgé de 2 ans). Non seulement cette adaptation n'est possible qu'au prix d'une exposition précise de sa situation⁹⁶ (nous avons vu que la régularité des repas était généralement une exigence de la part des professionnelles, voir chapitre 3) mais il n'existe pas de dispositif institutionnel prévoyant la délivrance d'informations sur des dons de nourriture, des recettes économiques etc., ou de séance d'éducation thérapeutique supplémentaire ou plus poussée en termes de connaissances sur le plan de l'alimentation. Les conditions organisationnelles décrites au chapitre 2 ont bien montré que ces aspects sont largement délégués aux femmes qui doivent alors mobiliser leurs propres ressources (et à l'assistante sociale pour ce qui concerne les informations sur les associations caritatives délivrant des repas en Ile-de-France, du type « les restos du cœur »). Dans les consultations médicales pour le DG, la place faite aux situations sociales précaires est réduite, voire inexistante.

Mme Tojal, femme noire d'environ 25 ans, enceinte de son 1^{er} enfant et à quatre mois de grossesse, se présente pour sa consultation avec Amanda Bonnemain, sage-femme indienne de 33 ans. Mme Tojal a un DG et n'a pas rempli son carnet de glycémie, ce qui énerve d'emblée la sage-femme. Celle-ci la fixe dans les yeux et lui demande sèchement « pourquoi c'est pas rempli tout ça ? »

Mme Tojal, qui semble abattue et triste explique que le soir elle rentre à 22 heures du travail. Lorsque la sage-femme lui demande pourquoi, dans ce cas les autres moments de la journée ne sont pas remplis non plus, celle-ci répond : « je ne peux pas, c'est trop ». La sage-femme lui demande alors : « vous savez pourquoi on fait ça ? », elle lui explique que s'il y a trop de sucre dans le sang, cela va au bébé, que celui-ci grossit et que cela

⁹⁶ Les possibilités pour les femmes d'exposer leurs situations lorsqu'elles sont marquées par la précarité et les phénomènes de censure qui peuvent exister sont analysée dans le chapitre 6.

n'est pas nécessaire. Elle ajoute : « que puis-je faire pour avoir au moins une semaine de chiffre ? » / « rien » / « ça ne me convient pas comme réponse » / « je ne comprends pas pourquoi j'ai un problème de glycémie alors que je ne mange pas » / « pourquoi vous ne mangez pas ? » / « Au travail je n'apporte pas et je n'ai pas les conditions pour manger ».

Ensuite, le silence s'installe, l'ambiance est très tendue, Mme Tojal a le visage fermé, visiblement en colère. Après l'examen clinique qui s'est déroulé avec le minimum d'échanges, la sage-femme reprend : « l'idéal c'est de se piquer le matin et après chaque repas [pour les glycémies] » / « même si je ne mange pas ? » / « oui... l'idéal ce n'est pas de ne pas manger », elle lui explique que ce serait bien qu'elle fasse trois repas par jour / « ça je ne peux pas je n'ai pas le temps » / « moi j'veus dis de faire les choses après à vous de voir ! »

Journal de terrain, Consultation de suivi de grossesse, Maternité du Coudray, 17/11/15

Après le départ de la patiente, la sage-femme me dit : « *ça fait rêver notre métier hein !?* », puis elle ajoute « *j'ai peut-être mal réagi* ». Je lui demande si cette patiente voit une assistante sociale, elle me dit « *c'est ce que je voulais voir, si elle avait une couverture sociale* [elle regarde dans le dossier informatique] *Je ne sais pas comment il faut réagir. Faire un arrêt de travail, j'aurais pu mais là ça donne pas envie sa réaction* ».

Cette interaction et l'échange qui suit nous montre à quel point ces situations et les interventions proposées dépendent de l'attitude des femmes dans les interactions. Le fait de ne pas s'être montrée conciliante ou en accord avec les recommandations médicales ni en mesure d'exposer sa situation en détail, comme Lydia Lamari, amène la sage-femme à ne pas lui proposer de rencontrer l'assistante sociale, par exemple⁹⁷.

Par ailleurs, il a été montré que la prise en charge de l'obésité, hors grossesse, peut conduire à abaisser le niveau d'informations et de conseils selon les ressources matérielles et symboliques des patient·es (Lang, 2008). Les conseils délivrés par les médecins généralistes concernant l'activité physique se distribuent également selon un gradient social perçu chez les patient·es qui conduit à reproduire les inégalités sociales de santé sur cet aspect (Bloy, Moussard Philippon et Rigal 2018). Dans le DG, ce n'est pas tant le niveau d'informations qui semble concerné, dans la mesure où celui-ci est relativement systématisé et limité par l'organisation d'une consultation diététique unique (en atelier ou en consultation). Néanmoins, les échanges par écrit avec les diététiciennes sur l'application Diabbest peuvent être l'occasion de se familiariser de manière plus précise et individuelle avec les notions de diététique mais ce dispositif laisse de côté les femmes n'ayant pas accès à internet ou ne pouvant écrire en français. Dans la maternité du Coudray, il existe un atelier diététique pour les femmes enceintes qui n'ont

⁹⁷ Quand bien même certaines femmes ayant un DG seraient suivies par les assistantes sociales des deux services, le DG et les recommandations alimentaires qui en découlent ne sont pas au cœur des préoccupations des rendez-vous avec l'assistante sociale. Sachant que ceux-ci sont rapidement saturés dans les deux maternité étudiées.

pas de DG mais celui-ci n'est jamais proposé aux femmes ayant un DG puisqu'elles rencontrent la diététicienne en individuel et il est rare que celles-ci leur proposent de les revoir plusieurs fois au cours de la grossesse selon leurs besoins⁹⁸.

In fine, les catégorisations de classe élaborées par les soignantes à l'égard des femmes enceintes ayant un DG permet de les situer dans l'espace social de manière vague. Les femmes catégorisées comme « *précaires* » ou « *défavorisées* » ou ayant un « *faible niveau d'éducation* » sont renvoyées à des comportements de santé inadaptés, en particulier sur le plan de l'alimentation. Sans mobiliser de lecture en termes d'inégalités (si ce n'est sur le plan économique) de ces comportements, et en les ramenant à des habitudes considérées comme immuables, tout en n'ayant que peu de moyens institutionnels à leur disposition, les soignantes optent alors pour un désinvestissement des soins proposés à ces femmes. Les processus de différenciations sociales élaborés permettent alors aux soignantes de reporter la responsabilité de ces échecs d'observance sur les femmes sans prendre en compte les inégalités préexistantes (pourtant ciblées au départ), ni les manquements institutionnels qui pèsent alors préférentiellement sur les femmes les moins dotées socialement.

Ces résultats confirment ceux de Séverine Gojard et ses collègues montrant, à l'appui des données de la cohorte ELFE⁹⁹ que « *même dans un contexte où l'encadrement médical est très présent et où les femmes sont très fortement incitées à veiller à leur alimentation pour la santé d'un enfant à venir, l'appartenance sociale continue à peser sur les pratiques alimentaires* » (Gojard et al., 2017 : 5).

Après avoir décrit les usages et les effets des catégorisations sociales dans l'analyse de la non-observance vis-à-vis des femmes minorisées sur le plan de la race et de la classe, nous allons voir en quoi les catégorisations à l'égard des femmes issues des classes sociales supérieures permettent également aux professionnelles d'expliquer leurs échecs dans la mise en œuvre de l'observance.

⁹⁸ Elles donnent le numéro de téléphone du service diététique aux patientes en cas de besoin mais je n'ai jamais observé de consultations répétées pour les femmes ayant un DG.

⁹⁹ La cohorte ELFE (Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance) suit un échantillon aléatoire d'enfants nés en 2011. Un questionnaire rétrospectif sur l'alimentation au cours du troisième trimestre de grossesse a été complété par 14 051 femmes au cours de leur séjour en maternité. Il permet de construire un score d'adéquation des apports vis-à-vis des recommandations adultes (score PNNS – Plan National Nutrition Santé –) et un score d'adéquation des apports vis-à-vis des recommandations spécifiques de la grossesse (score grossesse) (Gojard et al., 2017 : 5).

2.1.2 Les femmes blanches de classes sociales supérieures

A l'opposé des femmes dont la non-observance est analysée par les soignantes via un processus de différenciation raciale et de classe les plaçant dans le bas de l'échelle sociale, on trouve des femmes dont la non-observance est interprétée comme l'apanage des classes sociales supérieures.

Ce groupe de femmes est d'autant plus mal perçu que celles-ci n'ont pas d'excuses valables aux yeux des soignantes et qu'elles viennent bouleverser négativement leurs représentations. Nous avons vu qu'Anne Meunier, diabétologue de l'hôpital Rabelais, présente deux figures de femmes non-observantes et qui sont situées aux deux pôles de l'échelle sociale : « *la patiente issue de l'immigration qui ne parle pas très bien français* » ou « *la businesswoman ultra pressée, machin qui est soit sur-stressée par le diabète, soit ça la fait chier* » (voir supra). A la suite de cette analyse, elle me relate les cas de deux patientes qui lui ont posé beaucoup de difficultés.

« Une fois j'ai eu une maman, mais c'était hallucinant. Une nana qui faisait du théâtre et tout, machin. On avait bien sympathisé. Je la suis na, na, na, et puis, ça n'allait pas du tout. Et puis, elle avait une alimentation complètement anarchique. Je lui dis : " maintenant, il va falloir mettre de l'insuline ". Et à partir du moment où j'ai mis de l'insuline, mais c'était devenu un problème majeur pour elle. Donc, on avait dit : " Bon, on temporise ". Avec la diét[éticienne], on a vraiment essayé de... On l'a conseillée, on a tout fait. J'ai essayé de soulager les glycémies puisque je sentais qu'elle est en train, un peu, de perdre pied. Du jour au lendemain, elle ne nous a plus jamais donné de nouvelles. Elle a dit : " j'écris mes glycémies, et puis, je ne vous donnerai plus de nouvelles " »

Entretien avec Anne Meunier, diabétologue, blanche, 2 ans d'expérience, Hôpital Rabelais

Cette anecdote nous apprend que la déception de cette professionnelle se joue sur deux plans. D'une part la proximité sociale perçue au départ par la soignante n'a pas permis d'anticiper un comportement de non-observance chez cette patiente qui lui paraissait « sympathique ». D'autre part, les aménagements proposés comme le report de la prescription d'insuline et l'allègement de la surveillance glycémique, n'ont pas permis d'empêcher la fuite de cette patiente. On note également qu'il s'agit d'un rare cas d'allègement de la surveillance glycémique en cas de non-observance puisque les observations ont montré que ces pratiques concernaient majoritairement les femmes considérées comme parfaitement observantes (voir chapitre 3).

« Par exemple, la nana, là qui est hyper stressée. Elle remplit, son tableau. Elle m'envoie plein de messages, mais elle ne fait rien. Donc pour moi, elle n'est pas compliante quoi. C'est presque encore pire, en fait. Je trouverais ça presque plus logique qu'elle ne veuille plus me donner de nouvelles [...] Elle me dit : " J'ai vu l'anesthésiste qui m'a dit qu'il fallait aussi de l'insuline lente dont vous m'aviez parlée. Mes glycémies sont très, très, très élevées mais je voulais vous dire que je mange souvent à l'extérieur donc, c'est compliqué pour moi de faire ce qu'il faut ". Donc, je dis : " Bah voilà, si vous mangez

toujours à l'extérieur, je dis, on n'y arrivera pas “. Je dis : “ Mais après, c'est à vous de voir les glycémies que vous voulez, hein “ »

Entretien avec Anne Meunier, diabétologue, blanche, 2 ans d'expérience, Hôpital Rabelais

De la même façon qu'Amanda Bonnemain dit à Mme Tojal : « c'est à vous de voir », la diabétologue emploie la même rhétorique pour renvoyer cette femme à sa responsabilité. Cette responsabilisation est commune à toutes les femmes enceintes (voir chapitre 2). Néanmoins les femmes non-observantes de classes sociales supérieures se distinguent sur trois points par rapport aux femmes racisées et/ou de classes sociales inférieures. Premièrement, elles peuvent éventuellement, à la marge, bénéficier d'allègements du suivi. Deuxièmement, leur non-observance peut être considérée comme un choix, même si celui-ci est condamné.

« Parce que parfois, c'est les plus intellects qui décrochent en disant : “ J'en ai ras-le-bol ! “ [...] “ Bah là, j'ai fait un écart, je suis allée au restau[-rant]“ »

Entretien avec Amanda Bonnemain, sage-femme, indienne, 8 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Ces femmes sont ainsi associées à des comportements alimentaires spécifiques non pas en termes de « malbouffe » mais liée à une vie sociale et professionnelle les amenant à manger de manière irrégulière et/ou à l'extérieur de leur foyer. Il est également remarquable que celles-ci ne soient pas associées aux problématiques de surpoids ou d'obésité dans les représentations. C'est davantage le fait qu'elles soient en mesure de comprendre les enjeux médicaux mais choisissent de manière plus ou moins assumée de ne pas suivre les recommandations qui renforce les perceptions négatives des soignantes à leur égard. Elles se distinguent donc sur un troisième point vis-à-vis des femmes racisées et/ou de classes populaires en ce qu'elles sont dotées de ressources matérielles et symboliques leur permettant de faire ce choix de manière plus assumée.

Pour autant, une lecture psychologisante peut être mobilisée et rend ce choix moins légitime car irrationnel aux yeux des professionnelles. Ces femmes seraient ainsi « *sur-stressées* » ou « *dans le déni* ».

« Après, il y a quelques patientes qui sont bien éduquées et qui comprennent bien et qui n'ont pas envie parce que, elles font un peu le déni, qu'elles n'ont pas envie d'avoir du diabète et du coup, elles ne font pas le suivi, mais globalement, pour moi, c'est le niveau socio-éducatif qui joue beaucoup »

Entretien avec Marion Brun, gynécologue-obstétricienne, blanche, 6 mois d'expérience, Maternité du Coudray

Ainsi, pour Marion Brun, si les femmes non-observantes dans le DG appartiennent davantage aux classes sociales défavorisées, celles de niveau social plus élevé peuvent également se

montrer peu observantes pour des raisons psychologiques. Autrement dit, les femmes de classe sociales supérieures sont supposées partager les normes médicales et la non-observance ne peut être envisagée comme un choix tout à fait rationnel.

Ceci renvoie aux figures décrites par Alexandra Nacu qui opposent les « *étrangères* » aux « *intellectuelles* » au sujet de l'allaitement maternel pour lequel ces dernières seraient bien moins armées que les premières qui sont plus « *naturelles* » d'après les professionnelles qu'elle a interrogées (Nacu, 2011 : 120). J'avais également retrouvé cette dichotomie dans mon travail de master dans lequel les soignantes qualifiaient les « *psys* », les « *profs* » et les « *bobos* » de « *vraies chiantes* » comparé aux femmes catégorisées comme « *migrantes* » (Racioppi 2013).

D'ailleurs, de manière paradoxale, ces femmes peuvent également être perçues négativement, non pas par défaut d'observance mais par excès d'observance. Il s'agit de patientes qui suivent scrupuleusement les prescriptions médicales et qui, aux dires des soignantes, mobilise leur énergie car elles témoignent d'une anxiété, voire une angoisse importante.

« Et alors après, il y en a qui sont plus ou moins bonne école, plus ou moins bonnes, bonnes, bonnes élèves, je veux dire. Qui, du coup, dès qu'elles ont un 0,93 à jeun [le taux de glycémie attendu est de 0,92 g/l] ou des trucs comme ça, c'est la catastrophe. Bon, j'essaie de les faire relativiser un petit peu ... Du moment que c'est équilibré sur la semaine, c'est le principal [...] Il y en a qui sont hyper-scolaires. C'est des patientes souvent très dans le contrôle, qui sont très inquiètes pour tout, qui sont... voilà. Donc, elles posent plein de questions »

Entretien avec Amandine Fallen, Gynécologue-obstétricienne, blanche, 7 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Ce profil de patientes est repéré dans les deux maternités étudiées, dans des termes très proches.

« Ouais. Puis après, tu as les parfaites qui sont toujours au taquet. Là, j'ai eu 1,21 il y a trois jours, elles sont en panique. »

Entretien avec Nathalie Lefebvre, Gynécologue-obstétricienne, blanche, 2 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Les « *faiblesses* » psychologiques de ces femmes sont donc mal perçues par les professionnelles dans la mesure où soit elles amènent les femmes à les solliciter davantage, soit elles conduisent à un désengagement des patientes.

In fine, ce sont les femmes qui alourdissent le travail des soignantes qui sont les moins valorisées, que leur observance soit jugée insuffisante ou excessive.

« Et tu as celles qui sont hyper stressées, qui sont après manger, à 1,21 [la norme attendue après le repas est de 1,20 g/l] “ Ah, c'est rouge, catastrophe ! “ Alors : “ mais non, ce n'est pas grave. C'est passé on s'en fout, ce n'est pas catastrophique “. Donc voilà, ça dépend vraiment des patientes. Tu en as où tu dois rassurer à fond et d'autres [souponner], elles s'en foutent et tu essaies de les impliquer... »

Cependant, la psychologisation des comportements d'observance se donne à voir à propos des femmes de toutes classes sociales, laissant deviner une lecture de la non-observance, au prisme du genre pouvant éclipser les autres axes de différenciations sociales.

2.2 Les femmes, de « mauvaises » observantes en soi ?

Certaines professionnelles évoquent au cours des entretiens l'impossibilité de tirer des conclusions générales à propos des logiques explicatives des comportements d'observance des femmes ayant un DG, car selon elles cela dépend avant tout de chaque « *individualité* », « *personnalité* », ou encore de leur « *tempérament* ». Pour autant, ces sage-femmes (n=4), gynécologues-obstétriciennes (n=3) et diététicienne (n=1) des deux maternités peuvent mobiliser une lecture de la non-observance en fonction de critères de classe, de race, de poids ou d'âge, à d'autres moments des entretiens.

Ainsi, Nathalie Lefebvre, gynécologue-obstétricienne dans la maternité du Coudray, me dit, à propos des femmes peu ou pas observantes dans leur prise en charge du DG : « *Enfin, tu sais moi, je ne sais pas, des fois, ce qui leur passe par la tête quoi ! Je pense que c'est variable en fonction des gens.* ». Dans ces discours qui expriment une impossibilité d'établir des profils types de patientes qui seraient plus ou moins observantes, se dessinent en revanche des représentations liées au genre. Les soignantes renvoient alors les femmes à une psychologie défaillante, à des comportements laxistes ou inconscients, voire irresponsables.

Différents états psychologiques sont convoqués pour expliquer l'éloignement des femmes d'un suivi rigoureux de leur DG et donc de leur devoir maternel. Il peut s'agir d'un investissement insuffisant dans la grossesse et vis-à-vis de leur bébé ou d'une forme de déni.

Par exemple, Clémence Jullian, sage-femme blanche de 27 ans, évoque la possibilité d'une « *grossesse non désirée* » ou de « *soucis personnels* » pour expliquer les défauts d'observance de certaines femmes.

« Moi je pense que c'est toujours des cas particuliers et voilà, c'est des gens qui ont pas forcément souhaité cette grossesse, ou des gens qui ne sont pas trop bien dans leur situation personnelle [...] Parce que tous les gens qu'on rencontre et qui font suivre leur grossesse, c'est bien pour ça, quand y a un problème c'est pour justement cibler ce problème et le traiter, donc c'est une légère ambivalence aussi [de ne pas être observante] »

Entretien avec Clémence Jullian, sage-femme, blanche, 4 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

La non-observance est ici entendue comme une « ambivalence » dans la mesure où elle reflèterait un éloignement de l'objectif de bonne santé supposément partagé entre soignantes et soignées. La non-observance n'est pas considérée comme un choix rationnel mais comme un manque de cohérence. Cette sage-femme renvoie ainsi les femmes enceintes développant un DG à leur devoir de prendre soin de leur grossesse. Dans le même sens, Stéphanie Pujol, diététicienne, estime que les femmes qui développent un DG ne se rendent pas compte du risque de séparation d'avec leur bébé au moment de la naissance en cas d'hypoglycémie de celui-ci. Elle compare des « *tempéraments* » de femmes qui ne souhaitent absolument pas se séparer de leur bébé et d'autres, qui se préoccupent davantage d'elles-mêmes. Elle adopte une posture critique vis-à-vis des secondes dont le premier souci ne serait pas le bébé. Mais les premières seraient également trop fusionnelles. On retrouve ici les attentes normatives à l'égard des mères qui seraient les premières responsables des soins délivrés au bébé, sur le plan physique mais aussi affectif et psychique, le « lien mère-enfant » faisant l'objet d'une attention renouvelée dans les institutions de soins ces dernières décennies (Vozari 2015). Le tempérament, la personnalité ou le caractère des femmes mentionnés par les professionnelles renvoient, non pas à des individualités ou leur trajectoire personnelle mais plutôt à des manières d'être « mère » témoignant de manquements, de failles ou d'excès. Ces manières d'être, perçues comme incontrôlables, du point de vue des soignantes, n'est pas sans rappeler le système des humeurs et tempéraments élaboré à l'antiquité et valable jusqu'à la fin du 17^{ème} siècle. Tout au moins, ces analyses ne manquent pas de pointer les faiblesses de ces femmes soumises à leurs états d'âme, rendant leurs comportements irrationnels, voire irresponsables.

Ainsi, les soignantes parlent du manque de volonté des femmes ayant un DG qui ne se montrent pas observantes, voire de leur inconscience. Elles considèrent leur manque d'observance comme un évitement des contraintes et un manque de conscience et de responsabilité vis-à-vis de leur bébé.

« C'est qu'elles ne veulent pas s'embêter, je pense. Et qu'elles ont, peut-être, pas conscience des risques que peut apporter le diabète pendant la grossesse et tout ça. Elles n'ont pas conscience, je pense... Enfin, si elles avaient conscience, je me dis qu'elles voudraient faire le meilleur pour leurs bébés, je pense »

Entretien avec Louise Bouquet, sage-femme, blanche, 6 ans d'expérience, Maternité du Coudray

L'inconscience de ces femmes trop peu soucieuses de la santé de leur bébé relevée par cette sage-femme renvoie aux modalités de surveillance des comportements des mères envers leurs enfants, toujours susceptibles d'être inadaptés. Au croisement des politiques natalistes et des politiques familiales, les comportements des mères et futures mères ont, dès le 19^{ème} siècle, fait

l'objet d'une attention spécifique et de prescriptions. L'émergence de la puériculture et de la pédiatrie viennent encadrer de près les pratiques considérées comme bénéfiques pour le nouveau-né. Luc Boltanski, dans sa thèse publiée en 1969 et analysant des ouvrages de puériculture publiés de 1824 à 1966, montrait déjà que la médecine s'était emparée de cet aspect de la vie privée des familles dans l'objectif de diffuser ses normes. Mais il montrait également que la diffusion de ces normes n'atteignaient pas également les différentes classes sociales, les classes populaires restant attachées aux normes médicales d'une médecine antérieure (Boltanski 1984). Delaisi de Parseval et Lallemand ont montré comment ces normes se sont transmises par des ouvrages de vulgarisation tout au long du 20^{ème} siècle (Delaisi de Parseval et Lallemand 1980). Delphine Serre et Séverine Gojard ont montré, quant à elles, comment ces normes de puéricultures se diffusent aujourd'hui au travers des centres de PMI, l'une insistant sur le contrôle social « *en actes* » de l'éducation des parents (Serre 1998) et l'autre sur les processus de socialisation au « *métier de mère* » impliquant un syncrétisme entre normes profanes et normes savantes n'empêchant pas la sanction morale des professionnelles (Séverine Gojard 2010). Dans une comparaison avec l'époque contemporaine de son travail plus ancien sur « *l'art d'accommoder les bébés* », Geneviève Delaisi de Parseval remarque qu'« *en ce début du XXIème siècle, on assiste à un glissement « vers l'amont » de la représentation de l'enfance, comme si l'on se dirigeait vers un statut de « fœtus-déjà-personne* » (Delaisi de Parseval 2021). Au-delà des questions éthiques et juridiques que cette évolution implique, les prescriptions de normes de comportements à l'égard des femmes durant la grossesse se justifient par une place de plus en plus importante accordée au fœtus considéré comme une personne et donc comme un patient. Ainsi l'élargissement du contrôle des conduites des mères vers les futures mères implique des injonctions à la surveillance et même à l'auto-surveillance durant leur grossesse (Boulet 2020).

Toujours dans une logique d'évaluation de leurs comportements, la « flemme » des patientes est également avancée comme une explication du manque d'observance de certaines femmes ayant un DG. Celle-ci serait liée à leur vie bien remplie par des tâches encore largement assumées par les femmes. De fait, la gestion de leur grossesse, de leur DG tout en menant de front leur travail, les charges parentales et domestiques, peut s'avérer complexe (voir chapitre 4).

« Mais, je pense que celles qui n'observent pas ou qui ne font pas bien les choses, c'est la contrainte qui ne leur plaît pas. Elles trouvent que leur vie est déjà compliquée, avec leurs enfants, leurs boulots, leurs machins »

Entretien avec Amandine Fallen, Gynécologue-obstétricienne, blanche, 7 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Les multiples contraintes auxquelles font face les femmes ne sont pas remises en question ni pensées en termes d'inégalités de genre par les soignantes interrogées. On perçoit à la fois une forme de fatalisme mais aussi de dédain vis-à-vis de ces femmes qui seraient débordées par leurs « *machins* » et préfèrent éviter les contraintes du suivi. La collègue d'Amandine Fallen, également gynécologue-obstétricienne, exprime les mêmes perceptions. Pour elles, les femmes peu observantes sont dans une fuite.

« Donc, elles ont plein de maux déjà à la base. Elles sont fatiguées, machin, machin. On leur ajoute le diabète, pour peu qu'il y ait une pathologie fœtale. Ça peut s'expliquer, il y a des fois des dames, ça peut s'expliquer. Et il y en a qui ont la flemme et puis elles ne font pas. Elles font du genre elles ont oublié mais elles n'ont pas envie de le faire, en fait »

Entretien avec Vanessa Vijay, gynécologue-obstétricienne, indienne, 2 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Cette professionnelle emploie également le terme « *machin* » qui véhicule l'idée que les motifs de ces femmes seraient accessoires. Celle-ci suspecte même ces femmes d'éviter la contrainte en adoptant une stratégie de mensonge.

Ainsi, les femmes constituent un groupe social en soi en ce qu'elles sont ciblées préférentiellement par des logiques de normalisation, en particulier de leurs pratiques alimentaires et de leurs corps (voir chapitre 3) mais aussi parce qu'elles sont identifiées, de manière tacite, comme un groupe particulièrement à risque de non-observance, de par leur nature « fragile » ou parce que débordées par les tâches domestiques, parentales et professionnelles qu'elles doivent mener de front.

Nous allons voir maintenant comment sont interprétés les succès d'observance par les soignantes et au prisme de quelle catégorie sociale.

3. Les succès de la mise en œuvre de l'observance : soulager le travail des professionnelles et faire preuve de bonne volonté

Les situations considérées comme des succès d'observance permettent d'une part de mettre en lumière les catégories sociales pensées comme « naturellement » observantes et nécessitant peu l'intervention des soignantes ; et d'autre part d'examiner les catégories de femmes qui, au contraire, peuvent être « travaillées » afin d'obtenir ces succès malgré un *a priori* négatif des professionnelles quant à leurs comportements d'observance.

3.1 Les femmes blanches de classe moyenne : une catégorie impensée facilitant le travail des professionnelles

Après avoir examiné l'ensemble des situations d'échecs d'observance et les groupes sociaux qui lui sont rattachés, force est de constater que seules les femmes blanches de classe moyenne ne sont jamais désignées comme ayant tel ou tel comportement d'observance. En effet, ce groupe de femmes est perceptible en creux mais peu mentionné de manière directe tant les succès d'observance qui lui sont rattachés sont considérés comme allant de soi.

Par exemple, Amanda Bonnemain, sage-femme indienne de 33 ans précise que les patientes les plus observantes sont celles qui sont plus « *éduquées* », qui « *parlent bien français* », tout en n'ayant pas « *pas bac + 5 non plus, ce n'est pas le but* ».

Non seulement, celles-ci réalisent le suivi qui leur est demandé mais elles adhèrent aux arguments médicaux qui le justifient, sans les discuter.

« Après, celles qu'on voit et à qui on explique “ Bah il y a ça comme risque, il y a ça... “ , qu'il faudra surveiller, elles s'investissent. Celles qui sont à peu près... “ Normales “ , même si ce n'est pas le terme adapté. Elles, elles vont s'investir, elles vont comprendre et puis à la consultation suivante, elles elle me dira : “ Bah, j'ai fait ça, j'ai fait ça comme vous m'aviez dit “. Et du coup bah, c'est là que la consultation est intéressante. C'est-à-dire qu'on a un vrai échange »

Entretien avec Nour Labadi, gynécologue-obstétricienne, arabe, 6 mois d'expérience, Maternité du Coudray

Elles sont valorisées dans les discours des professionnelles car elles sont perçues comme conscientes des risques du DG et ne remettent pas en question le savoir médical.

Ces femmes sont en particulier valorisées car elles facilitent le travail des soignantes.

« Justement les patientes hyper observantes machin, elles sont plus faciles à soigner hein, c'est vrai que c'est reposant des gens comme ça ! »

Entretien avec Sophie Marsac, sage-femme, blanche, 12 ans d'expérience, Maternité du Coudray

« Dès qu'elles sont observantes, oh c'est vachement sympa ! »

Entretien avec Louise Bouquet, sage-femme, blanche, 6 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Nathalie Lefebvre, explique que certaines dépassent même leurs attentes en s'appropriant aisément les outils médicaux de suivi du DG et pouvant même s'en amuser.

« Voilà. Et puis après, tu as les patientes aussi pour lesquelles c'est un jeu hein, genre celles qui travaillent beaucoup et tout ça. Elles font des fichiers Excel [...] Vraiment, elles te ramènent... Il y a des couleurs dès que ça dépasse, voilà. Y en a c'est un truc, elles adorent »

Entretien avec Nathalie Lefebvre, gynécologue-obstétricienne, blanche, 2 ans d'expérience, Maternité Du Coudray

Cette expression enjouée de plaisir contrebalance les discours négatifs et réprobateurs vus plus hauts à propos des femmes non-observantes.

Dans sa thèse Camille Foubert a également observé que les professionnel·les de santé occultaient les personnes de classe moyenne dans leurs discours et que dans les interactions les patient·es sont différencié·es selon qu'ils/elles confirment leurs « *attentes prédictives et prescriptives* » (Foubert, 2020 : 155). Dans le contexte du DG, on retrouve également des représentations polarisées autour de deux grands groupes que sont les femmes perçues comme étant de classes sociales supérieures et celles perçues comme étant de classes populaires dont font partie les femmes racisées, le premier groupe étant attendu comme « observant » et le second comme « non-observant ». Dans certains cas, ces attentes sont contredites et la valeur différentielle accordée par les soignantes à ces situations vient confirmer les « *attentes prédictives* » à l'égard des groupes sociaux concernés. Ainsi, les femmes de classes sociales supérieures non-observantes sont dévalorisées pour leur indiscipline et leurs comportements sont considérés comme inexcusables ; et à l'opposé les femmes racisées de classes populaires observantes sont valorisées pour leur docilité.

3.2 Les femmes dociles ou la bonne volonté des femmes racisées « précaires »

Il existe une catégorie de femmes perçues comme n'ayant *a priori* pas les capacités de suivre les recommandations mais qui les suivent malgré tout et qui sont d'autant plus valorisées par les professionnelles qu'elles font face à une grande précarité sociale et économique. Pour les soignantes, ces femmes témoignent d'une volonté encore plus importante que les autres femmes, rendant leur bonne observance quasiment héroïque. Non seulement elles ne remettent pas en question les préconisations médicales mais elles parviennent à les mettre en place, malgré un contexte de vie très difficile, que ce soit sur le plan financier, matériel ou des conditions d'habitation etc. Là encore, ce sont davantage les sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes de la maternité du Coudray qui s'expriment sur ces situations de grande précarité.

Emmanuelle Beira est une sage-femme blanche d'environ 35 ans, rattachée au service de PMI du Val-de-Marne. Elle œuvre au sein de la maternité du Coudray afin de recevoir en consultation les femmes et couples dont les situations sont complexes sur le plan social.

Ce jour-là, elle reçoit une femme qu'elle connaît déjà et qui vit dans un centre maternel. Celle-ci est noire, enceinte de cinq mois et attend son premier enfant. La sage-femme, une femme blanche d'environ 35 ans, est particulièrement satisfaite car elle lui présente un carnet de glycémies complet avec des chiffres dans les normes attendues. Elle la félicite à plusieurs reprises et me prend à témoin en me montrant le carnet. La sage-femme lui demande : « qu'est-ce que vous avez changé dans votre alimentation ? ». La femme lui répond : « J'évite les bananes, les bananes plantains sucrées. J'ai vu la sage-femme là-bas [aux explorations fonctionnelles] elle m'a expliqué, je lui ai demandé quels aliments il fallait éviter. Les féculents... J'évite le sucre »

Journal de terrain, Consultation de PMI, Maternité du Coudray, 03/12/15

Cet extrait d'observation montre que la sage-femme est particulièrement satisfaite car la patiente parvient à corriger son alimentation alors-même que les conditions matérielles ne lui paraissent pas réunies dans la mesure où cette sage-femme sait que les centres maternels n'offrent pas de lieu individuel pour cuisiner aux femmes qui y sont hébergées. Emmanuelle Beira me dit à un autre moment que les femmes logées par le 115 (hébergement d'urgence par le Samu social) ne remplissent que rarement leur carnet et ne peuvent pas se nourrir comme cela est préconisé pour des raisons économiques et matérielles (petitesse des chambres, cuisine collective etc.). La femme qu'elle reçoit ce jour-là vient donc contredire ses propos, positivement. L'étonnement participe de la survalorisation de ce type de comportement d'observance. Sa collègue, Louise Bouquet va dans le même sens.

« [...] Les patientes, au 115 aussi. Moi, je me demande : “ Mais, comment elles font avec le 115, plus un diabète ? Mais là alors là, chapeau, quoi ! Ça doit être hyper... Enfin, je n'en ai pas encore eu moi de patiente comme ça mais j'imagine que ça ne doit pas être évident parce que tu es déjà... tu n'as pas de chez toi, tu as, je ne sais même pas au 115, je ne sais même pas comment sont leurs chambres, si elles ont un petit coin cuisine ou si... »

Entretien avec Louise Bouquet, sage-femme, blanche, 6 années d'expérience, Maternité du Coudray

Bien qu'elle n'ait pas encore rencontré de femmes hébergées par le 115, Louise Bouquet, sage-femme blanche de trente ans, convoque un imaginaire qui semble la fasciner. Cette fascination pour des situations de misère très éloignées de leur propre quotidien, participe de l'admiration des professionnelles lorsque ces patientes réalisent le suivi de leur DG comme indiqué.

Les patientes identifiées comme « africaines » sont largement évoquées dans ce type de discours à propos de femmes qui, comme nous l'avons vu, seraient *a priori* de moins bonnes candidates à l'observance du fait de leur appartenance socio-culturelle et de leur éventuelle précarité, mais qui se montrent finalement dociles.

Isabelle Blanc, sage-femme blanche de 52 ans, me présente la prochaine patiente qu'elle va recevoir dans un contexte de DG : « C'est ma chouchoute, tu sais c'est l'africaine, elle vient en boubou, elle est mignonne, elle fait tout bien ». Treize jours plus tard, lors d'une nouvelle consultation, elle s'adresse à cette patiente : « vous êtes une de mes meilleures élèves ! »

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité Lachapelle, 08/09/16

On retrouve ici l'étonnement et l'enthousiasme que produisent les comportements, évalués comme conformes, de cette patiente catégorisée comme « africaine ». Là encore, je rejoins les analyses d'Alexandra Nacu qui montraient que les femmes catégorisées comme « migrantes » par les soignantes de maternité sont renvoyées à leur « culture » en cas de non-observance mais peuvent également être valorisées à certains moments de leur trajectoire de soins. C'est en particulier le cas des femmes catégorisées comme « africaines » qui sont spécifiquement valorisées au sujet de l'allaitement maternel et pour leur aisance avec les nouveau-nés (Sauvegrain 2010; Sauvegrain 2013). Toutefois, ces valorisations ne manquent pas de les réassigner à un rôle genré et racialisé reposant uniquement sur leur statut de femme enceinte (Virole-Zajde 2018). Ici la valorisation vient davantage puiser dans une figure de femme résistante, forte, courageuse décrite dans la théorie du « *matriarcat noir* » (Hooks 1981) et relayé par le mouvement féministe américain, sur laquelle s'appuie une figure de la « bonne mère », ayant des capacités naturelles à bien s'occuper de ses enfants.

Ces femmes sont ici valorisées pour leur docilité et leur bonne volonté qui leur permet de se conformer à l'exigence d'observance malgré des attributs qui ne les prédisposent pas, aux yeux de soignantes, à endosser les normes médicales.

Nathalie Lefebvre : Oui ça les dépasse. Donc de noter des trucs, des chiffres, elles ne savent pas faire. Mais, c'est sur la volonté des patientes ça. Moi, en ce moment, j'ai une patiente d'origine malienne, qui ne parle pas un mot de français et, qui je pense, est complètement dépassée par le système français, mais n'empêche que, elle, elle note toujours tous ses dextros parce que je pense qu'elle se fait aider d'un de ses enfants qui est plus grand. A chaque fois, elle me ramène ses feuilles, tout est tenu, ça correspond à son appareil.

[...]

Et certaines, tu as l'impression, à la première consultation, qu'on ne va jamais y arriver. Tu sais, je leur explique, je vois que ça ne percute pas, qu'il y a rien. Et puis en fait, eh bah, elles notent tout quand même bien, elles achètent leur appareil. Elles vont voir la diète, elles essaient de faire au mieux. Et pourtant au début, bah, Madame X [la patiente malienne], au début, je me suis dit : « Mon Dieu, je n'arriverai jamais ! »

Elle ne comprenait pas. Il a fallu que j'appelle les sages-femmes de PMI pour qu'elles aillent chez elle. Et puis en fait, maintenant, ça roule.

[...]

Auréli : Et comme tu disais : « Tu ne t'appropries pas les codes du système français si tu es étranger etc. ». C'est un peu plus compliqué ?

Nathalie Lefebvre : Oui, mais tu vois, ça, c'est compliqué mais en fait il y a en a quand même qui arrivent à se faire aider et qu'elles font bien. Comme ma patiente, en ce moment. Où au début, je me suis dit : « Ça va être horrible » et en fait, elle, elle fait tout bien et il n'y a rien à dire, quoi. Rien à dire, et pourtant, elle n'est vraiment pas... Parce que ce n'est pas tellement le problème de l'étranger, hein. Le problème, c'est les

Françaises ! Enfin, tu vois, c'est un problème de société ça. C'est-à-dire, ce n'est pas tellement celles qui débarquent du pays, elles ça va être plus compliqué mais finalement, elles vont quand même essayer de faire au mieux. Et tu en as d'autres, voilà et qui se foutent pas pour un sous, parce qu'elles ont décréter que ça ne servait à rien.

Entretien avec Nathalie Lefebvre, gynécologue-obstétricienne, blanche, 2 ans d'expérience, Maternité du Coudray

La bonne volonté des femmes racisées et perçues comme précaires vient ici s'opposer à la mauvaise volonté des femmes de classes populaires. Les soignantes de la maternité du Coudray semblent à la fois englober dans leurs discours les femmes en situation de précarité et celles appartenant aux classes populaires stables en ce qui concerne les problématiques d'alimentation (moyens économiques, niveau d'éducation et habitudes alimentaires) (voir supra) mais elles opèrent une distinction concernant leur rapport à l'institution hospitalière et aux professionnelles de maternité pour lequel les premières se montrent plus dociles.

L'analyse des échecs et des succès d'observance dans le DG par les professionnelles de maternité met en évidence des processus de catégorisations sociales leur permettant d'expliquer ces différentes situations. Nous allons voir maintenant comment ces différentes catégories s'articulent dans les interactions.

4. L'observance, au croisement de plusieurs axes de différenciation : le jeu des assignations permanentes

Les analyses des comportements d'observance des femmes ayant un DG par les professionnelles montrent qu'il n'y a pas schématiquement les groupes sociaux minorisés perçus comme non-observants d'un côté et les groupes sociaux majoritaires perçus comme observants de l'autre. Les configurations paradoxales des femmes blanches de classes sociales supérieures non-observantes et des femmes racisées de classes sociales inférieures observantes révèlent des variations possibles tout en réaffirmant les attentes sociales vis-à-vis de ces catégories. Mais qu'en est-il lorsque les configurations entrent en dissonance avec les situations d'échecs et de réussites habituellement rencontrées ? Autrement dit lorsque les femmes ont des comportements d'observance non seulement inattendus mais qui échappent à toute tentative d'explications par les catégories. C'est le cas de deux femmes rencontrées au cours de mon enquête et qui ont, avec des moyens différents, refusé tout ou partie des préconisations dans le suivi de leur DG.

4.1 Des configurations dissonantes réaffirmant les hiérarchies sociales : les cas de Malika Azem et Sarah Benchimol

Malika Azem est suivie à la maternité du Coudray, elle est âgée de 34 ans et attend son troisième enfant. Elle est née en Algérie d'une mère française et d'un père algérien et travaillait comme conseillère en assurance mais ne travaille plus actuellement, tandis que son mari est salarié comme chauffagiste. Ils vivent avec leurs deux enfants dans un logement social de trois pièces, d'une banlieue populaire du Val-de-Marne. Elle est de confession musulmane et porte le hijab.

Après une négociation tendue, la sage-femme Amanda Bonnemain, parvient à lui faire réaliser une prise de sang comprenant une glycémie à jeun et une glycémie après le repas (et non après ingestion de 75 grammes de glucose comme le prévoit le test habituel, ce que Malika Azem refuse)¹⁰⁰. Le résultat de ce test revient anormal et la patiente reçoit un message sur son répondeur le lui indiquant et lui fixant un rendez-vous avec la diététicienne. Celle-ci ne s'y présentera pas et ne souhaite ni suivre un régime alimentaire, ni surveiller ses glycémies quotidiennement, comme elle le dira aux soignantes à plusieurs reprises et en entretien avec moi.

Or, pour Amanda Bonnemain, le refus de cette patiente est d'autant plus injustifié qu'elle est en mesure de « comprendre » les arguments médicaux.

« Tu vois Mme Azem, elle parle très bien le français. Elle comprend très bien ce que tu lui dis, mais c'est une personne qui... Et puis elle n'est intellectuellement pas limitée. C'est pas non plus la bonne femme qui ne comprend pas ce que tu lui racontes quoi. Non, parce que, il y en a que tu regardes dans les blancs des yeux, et tu te dis : “ Ah, elle n'a pas compris, hein “ »

Entretien avec Amanda Bonnemain, sage-femme, indienne, 8 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Cette femme n'a donc aucune excuse aux yeux de la sage-femme. Si elle avait été non francophone et/ou appartenant aux fractions précaires des classes populaires, la sage-femme aurait visiblement mieux compris sa non-observance. C'est son choix assumé qui semble incongru à cette professionnelle. Car Malika Azem n'appartient pas au groupe des femmes non-observantes de classes sociales supérieures décrites plus haut. Cette configuration dissonante perturbe largement les professionnelles qui vont tenter à maintes reprises de la convaincre de changer d'avis.

Entre deux consultations, Assia Bida, sage-femme arabe d'une trentaine d'années, me raconte qu'elle a reçu Mme Azem en consultation et alors qu'elles sont toutes les deux de confession musulmane, elle me dit que selon elle, Mme Azem n'a pas bien compris ce que la religion peut lui dicter dans ce cas. Elle me dit qu'elle lui a expliqué que sa foi

¹⁰⁰ Les détails de cette négociation sont analysés dans le chapitre 6.

en Dieu ne doit pas l'empêcher de faire un dépistage tel que celui du DG, que « ce n'est pas comme ça qu'il faut croire ».

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité Lachapelle, 21/03/2016

En mobilisant une connivence liée à leur religion et sans doute à leur racisation commune, la sage-femme assoie sa position de « sachante » sur le plan médical mais aussi dogmatique.

Pourtant, lorsque je reviens en entretien sur son choix, Malika Azem convoquent d'autres raisons liées à sa charge domestique et à des événements tragiques récents. Sa foi en Dieu rentre en ligne de compte mais pas seulement.

Pour commencer, elle m'explique que pour sa première grossesse, elle a adhéré au dépistage du DG car comme elle dit « *c'est un peu malheureux à dire mais pour le premier [enfant] on se fait plus de soucis [...] on est tout gaga. Le deuxième c'est la routine, le troisième c'est la routine* ». Lorsque je lui demande ce qui fait qu'elle a changé de position entre ses grossesses, elle m'explique qu'avec ses deux premiers enfants, elle a moins de temps pour « *s'occuper de tout ça* » et qu'elle a été « *très préoccupée* » pendant cette grossesse et qu'elle « *n'avai[t] pas la tête à tout ça* ». Je reviens sur les décès dans son entourage qu'elle a évoqués lors de la consultation avec Amanda Bonnemain. Elle m'explique qu'elle a perdu quatre personnes en quelques semaines, dont sa belle-mère et le mari d'une amie (dans les attentats du 13/11/15). Elle me dit aussi à un autre moment « *nous on a la foi* », puis « *je suis musulmane et j'ai la foi* » et elle m'explique qu'elle accepterait ce qui doit arriver même si cela la rendrait bien sûr très triste que son bébé ait un problème. Elle me raconte l'histoire de deux de ses amies qui ont perdu des enfants à neuf mois et à cinq mois de vie, elle dit à propos de l'une d'elle « *c'est très douloureux bien sûr, c'est [elle met la main sur son thorax], mais elle s'est remise sur ses deux pieds* ». Plus tard, elle ajoute : « *si je dois perdre mon bébé ce serait très dur c'est sûr, je dis pas que ça me ferait rien mais...* ». Je lui demande si son rapport à la maladie et à la mort a changé au cours de ses grossesses, elle me répond : « *oui je me suis forgée* ».

Entretien avec Malika Azem, 34 ans, arabe, sans emploi (conseillère en assurance avant), enceinte de son 3^{ème} enfant, Maternité du Coudray¹⁰¹

Ainsi, la possibilité de faire un choix éclairé tel que cette femme le relate en entretien lui est refusée par les soignantes, ce qui la réassigne à un groupe social minorisé sur le plan de la classe et de la race.

Le cas de Sarah Benchimol, suivie à la maternité Lachapelle est à la fois similaire dans ce qu'il a de dissonant aux yeux des soignantes, mais différent dans les attributs mobilisés. Celle-ci est âgée de quarante-huit ans et enceinte de son premier enfant. Elle est cheffe d'entreprise tandis que son conjoint est cadre supérieur. Ses deux parents sont médecins. Elle vit avec son conjoint dans un appartement de 143m² dans un des arrondissements les plus aisés de Paris. Elle est née en France de parents tunisiens.

¹⁰¹ Cet entretien n'a pas été enregistré, à la demande de l'enquêtée.

Sarah Benchimol se montre peu convaincue par le diagnostic de DG qui lui est posé et n'hésite pas l'exprimer. Elle ne prend pas immédiatement rendez-vous auprès de l'hôpital Rabelais pour « l'atelier diabète » et conçoit le régime alimentaire préconisé comme inadapté à son cas.

Clémence Jullian, sage-femme blanche de 27 ans, reçoit Sarah Benchimol alors enceinte de huit mois. Clémence Julian : « c'est Rabelais qui vous suit ? » / « oui alors j'y suis allée hier seulement parce que c'est un peu compliqué pour avoir un rendez-vous » / « oui, oui, vous êtes pas la seule » / « Mr Bensoussan [le professeur en gynécologie-obstétrique qui la suit pour sa grossesse] m'a dit que c'était hyper-important à suivre » / « oui, oui, oui » / « le truc qui était un p'tit peu compliqué, je vais vous dire franchement, c'est que j'fait un seul repas le midi ». Elle explique ensuite que quand elle mange, dès qu'elle s'allonge elle vomit / « Aucun aliment ne passe ? ». Elles parlent de l'organisation des prochains rendez-vous puis la sage-femme reprend : « les repas que vous mangez, vous faites attention à ce que vous mangez [pour le régime du DG] ? ». Sarah Benchimol explique que d'habitude elle aime le sucré mais que là pendant la grossesse, pas du tout : « j'ai été surprise [d'avoir du diabète] ». La sage-femme lui répond qu'il y a d'autres choses qui rentrent en ligne de compte et que ça ne concerne « pas seulement les personnes qui mangent sucré ». Plus tard, Sarah Benchimol revient sur le diagnostic : « cette histoire de diabète c'est quand même un peu, je sais pas... [douteux] non parce qu'il me dit que les personnes d'origine maghrébine font beaucoup de diabète. Alors j'ai investigué un peu, mon père est médecin. Et on a pas du tout de diabète dans la famille [...] non parce qu'il pense que je bouffe du couscous toute la journée, mais pas du tout. Il est sûr que c'est ça ».

Après son départ, la sage-femme me dit : « non mais sinon on lui dit qu'elle a 48 ans et un BMI à ... [élevé] ? Non mais sérieux elle est marrante ! [...] J'ai pas osé lui dire que c'était son âge aussi [...] Bensoussan il pense la même chose, il lui a pas dit mais...et puis elle est pas toute mince non plus », elle regarde son poids dans le dossier.

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité Lachapelle, 25/10/16

Ici ce n'est pas la non-observance qui est analysée par les soignantes au prisme des caractéristiques sociales de cette patiente, mais les facteurs de risque d'apparition de la maladie. D'un côté son origine ethnique et sa manière de s'alimenter ne paraissent pas cohérentes ni explicatives de son DG, aux yeux de Sarah Benchimol. D'un autre côté, pour les soignantes, non seulement l'ethnicité de cette patiente est un argument légitime mais il se cumule avec d'autres facteurs perçus comme déclenchants la maladie, tel que son âge et sa corpulence.

A plusieurs reprises au cours de son suivi, Sarah Benchimol réfute les assignations qui lui sont adressées plus ou moins explicitement, en particulier sur ses pratiques alimentaires (voir chapitre 6). Par la suite, cette patiente refuse la prescription d'insuline en arguant que son cousin diabétologue lui a confirmé que ce n'était pas nécessaire à ce stade de la grossesse (négociation détaillée dans le chapitre 6). Dans les interactions, celle-ci se montre sûre d'elle et témoigne ouvertement de ses doutes face aux deux sages-femmes des explorations fonctionnelles qu'elle rencontre, Clémence Jullian et Isabelle Blanc. Ces deux sage-femmes expriment inmanquablement leur agacement auprès de moi avant et après l'avoir reçue ; Isabelle Blanc me dit même qu'elle préfère que je sois là lors des consultations avec cette patiente, témoignant ainsi de son malaise. Cette dernière revient sur ce cas, en entretien, après que Mme Benchimol

a accouché. Elle remet profondément en question son comportement d'observance qu'elle juge irresponsable et arrogant.

Elle a accouché, moi je l'ai trouvé au 70^{ème} [percentile] mais en fait il était au 90^{ème} [percentile] ! Elle a eu sa césarienne, elle a pris du poids, enfin elle, c'est typique, t'as vu, elle voulait pas s'embêter ! Elle avait son affaire [son entreprise] qu'il fallait qu'elle mène. D'ailleurs je sais pas comment elle fait avec son gosse maintenant, parce que son affaire fallait qu'elle la mène. [Elle disait] que c'était pas grave qu'elle connaissait de toute façon ça parce que y a son cousin qu'est diabétologue et qui lui a dit que c'était pas grave. Elle a mis une éternité avant d'aller à Rabelais. Quand elle a su que c'était déséquilibré et quand tu lui disais elle s'en foutait. Et à 38 [semaines d'aménorrhées = huit mois] on lui a sorti [on a extrait le fœtus par césarienne], il était à trois kilos je sais pas combien enfin il était supérieur au 70^{ème} [percentile]

Entretien avec Isabelle Blanc, sage-femme, blanche, 25 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Ici, c'est le caractère irresponsable de cette femme dont la vie professionnelle passe avant sa santé et surtout celle de son bébé qui est mis en avant par cette sage-femme. Sarah Benchimol appartient aux femmes de classes sociales supérieures faisant le choix de ne pas suivre complètement les recommandations. A la différence des situations présentées auparavant concernant ce groupe social, cette femme affirme son choix en mobilisant des arguments d'autorité issus du monde médical (son père médecin, son cousin diabétologue). Ne pouvant être renvoyée à son irrationnalité, elle est alors considérée comme une « mauvaise » mère privilégiant sa vie professionnelle à son enfant.

Ces deux cas révèlent l'existence d'un jonglage permanent des soignantes entre attributs de race, de classe et de genre afin de donner du sens aux situations de non-observance. Quand les femmes racisées ne laissent pas prises à une différenciation de classe, c'est une lecture ethnicisante ou racisante de leurs comportements qui est convoquée (Malika Azem) ; quand les rapports sociaux de race et de classe sont renversés, c'est le genre qui reste signifiant (Sarah Benchimol).

Pour autant, en dehors des rares cas où elle est contestée, la racisation semble toujours fonctionner, en dernier recours. Les femmes racisées peuvent ainsi être ramenées à leurs inadaptations même en cas d'observance jugée satisfaisante.

Céline Roy : Et puis c'est culturel ! Moi je vois bien Mme X, une autre patiente qui m'avait marquée, adorable [insiste], toujours à l'heure aux rendez-vous, tout bien, une petite chinoise. Bon déjà, difficultés de compréhension et puis à la fin quand elle avait fini par comprendre, parce que c'était un diabète de découverte très précoce

Aurélie : Quand tu dis « pas comprendre », c'est la langue hein ?

Céline Roy : Oui, oui. Elle était chinoise. Elle me disait, en fait après on a fini par se comprendre et elle a fini par comprendre les diét[-éticiennes], mais elle avait la dalle, parce que c'était pas son alimentation de base ! Et elle te regardait dans les yeux en te disant « mais j'ai faim ! » [Rires]. Et c'est terrible quoi.

Aurélie : Parce qu'elle avait une alimentation plus chinoise à la base ?

Céline Roy : Ouais exactement, pas du tout notre alimentation à nous. Et donc bah « mais j'ai faim ! » [Rires] « mais j'essaie mais j'ai faim ! », bah qu'est-ce que tu veux dire à quelqu'un qui a faim ? Tu vas pas lui dire de se priver de manger quand même

Aurélié : Et qu'est ce qui s'est passé alors ?

Céline Roy : Bah elle a donné le meilleur d'elle-même mais on l'a déclenchée pour diabète déséquilibré à 39 semaines [huit mois et demi de grossesse] mais j'avais vraiment foi en cette patiente ! [Insiste] Depuis le temps qu'on la suivait. Il s'est passé qu'elle n'était pas adaptée à notre société cette dame. Et je pense qu'elle n'était pas adaptée à notre surveillance de la grossesse déjà, elle était pas adaptée à la médecine occidentale et à un suivi, enfin...

Aurélié : Parce que même la surveillance ça lui paraissait « too much », t'avais l'impression ?

Céline Roy : ouais, ouais. « Mais pourquoi on m'empêche de manger ce que j'ai toujours mangé depuis 30 années passées ! »

Entretien avec Céline Roy, sage-femme, blanche, 9 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Ces différents cas me permettent, en analysant les processus de catégorisation en actes, dans les interactions, d'envisager les catégories comme construites par ces interactions et non prédéterminées. Elles sont ainsi en permanence retravaillées par les soignantes mais aussi appropriées, contournées ou détournées par les femmes. En ce sens, les catégories ne sont pas figées mais se reconfigurent en permanence au grés des assignations mouvantes des professionnelles et des appropriations des femmes.

Autant l'assignation raciale peut être contournée par les femmes ayant un DG car celle-ci est plus massive, perceptible et légitime (par le prisme culturel) (voir chapitre 6); autant les assignations de classe et de genre passent plus inaperçues. Elles n'en sont cependant pas moins opérantes et ce d'autant plus qu'elles sont difficilement conscientisées et donc contestées par les femmes. On constate *in fine* une analyse des comportements d'observance au croisement d'assignations hiérarchisantes pouvant se substituer inlassablement les unes aux autres.

D'ailleurs d'autres axes peuvent être mobilisés qui n'affèrent pas directement à ces trois grands axes de différenciations mais permettent également aux soignantes d'expliquer les comportements d'observance des femmes ayant un DG.

4.2 D'autres axes de différenciation mobilisés dans l'interprétation des comportements d'observance des femmes enceintes ayant un DG

Les discours des professionnelles laissent entrevoir d'autres axes de différenciation liés notamment à l'âge et la parité¹⁰² des femmes ayant un DG. Les multipares sont ainsi considérées comme moins observantes que les primipares.

¹⁰² La parité d'une femme correspond au nombre de naissances qu'elle a connue, après cinq mois de grossesse (enfants nés vivants ou non). Les nullipares sont celle qui n'ont pas encore eu d'enfant, les primipares sont celles qui sont enceintes pour la première fois et les multipares sont celles qui ont plusieurs enfants.

« Et souvent, c'est les multipares. Souvent, elles font n'importe quoi, elles ne respectent pas. C'est rare quand même que la primi[-pare] fasse n'importe quoi avec son diabète, ne vienne pas au rendez-vous »

Entretien avec Nathalie Lefebvre, gynécologue-obstétricienne, blanche, 2 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Ces femmes sont perçues comme débordées par le quotidien, notamment en termes de charge domestique liée à la présence des autres enfants.

« Ben, en fait celles qui ont trop de choses à gérer à côté, elles ne vont pas être observantes. Par exemple, celles qui sont multipares. Ou celles qui... [soupir] ont beaucoup de choses à se soucier, ben elles ne prennent pas forcément soin d'elles »

Entretien avec Vanessa Vijay, Gynécologue-obstétricienne, indienne, 2 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Ces analyses font écho au cas de Malika Azem qui explique ne pas vouloir suivre son DG, en partie parce que c'est sa troisième grossesse. Cependant, elle précise que c'est à la fois la charge domestique liée à ses autres enfants mais aussi son détachement vis-à-vis du suivi médical qu'elle juge trop intense, au fur et à mesure de ses grossesses, qui expliquent son choix.

Un autre critère semble signifiant, bien que mobilisé à la marge, et correspond à l'âge des femmes développant un DG. Il est ici mobilisé dans ses extrémités, les « jeunes » étant les femmes de moins de vingt/vingt-cinq ans et les « vieilles » celles de plus de trente-cinq ans, ceci correspondant aux catégories de risque, du point de vue obstétrical. Ces deux catégories présentent un risque de non-observance, aux dires de certaines soignantes.

« [...] Y a la culture, ça joue. Faut vraiment, les gens il faut les remettre, faut pas se gêner, en fait. C'est difficile, parce que c'est facile de généraliser une médecine pour toutes les patientes qu'on voit, mais c'est pas vrai. Parce qu'on a pas tous les mêmes habitudes de vie, les mêmes habitudes alimentaires. Heu, y a le fait d'être jeune ou moins jeune, je pense quand même que les femmes d'âge plus mûr savent mieux se nourrir, que la génération Y, qui commence à faire des gamins... Et puis y a le niveau socio-économique, ça c'est sûr [insiste] ! »

Entretien avec Céline Roy, sage-femme, blanche, 9 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Cette sage-femme met ici en avant les différents attributs sociaux auxquels elle doit s'adapter dans sa pratique de prise en charge du DG. Ainsi, la culture et le niveau socio-économique semblent prédominer dans la mise en œuvre de l'observance mais l'âge intervient également, selon elle. Elle désigne les « jeunes » comme plus sujettes à la non-observance aux recommandations alimentaires.

Les critères de l'âge et de la parité peuvent également s'articuler et laisse entrevoir une perception de classe dans la prise en compte de l'âge pour expliquer les comportements de non-observance. Il s'agit ici de différencier la « jeune primipare » de la « primipare âgée ».

« Après, c'est mon expérience... Ça peut être la primipare de 40 ans qui décroche comme la primipare de 18 ans parce qu'elle en a absolument rien à faire de ton diabète »

Entretien avec Amanda Bonnemain, sage-femme, indienne, 8 ans d'expérience, Maternité du Coudray

La figure de la primipare âgée pourrait être analysée comme renvoyant à des femmes de classes sociales supérieures et intellectualisant la grossesse. La jeune primipare peut, à l'opposé, renvoyer à des représentations de femmes immatures et irresponsables.

Là encore, le genre et la classe s'entremêlent et témoignent des « *attentes prédictives* » (Foubert 2020) des soignantes dans les comportements d'observance des femmes ayant un DG.

Conclusion

Au cœur d'un objectif encadré par les politiques de santé périnatale de lutte contre les inégalités sociales, les professionnelles collectent un ensemble de caractéristiques sociales auprès des femmes enceintes. Cet usage accru et orienté vers les « vulnérabilités » des femmes enceintes, conduit à un repérage des freins à leur « bonne » observance de manière générale et *a fortiori* dans le DG. Ces freins sont d'emblée associés aux groupes sociaux minorisés sur le plan de la race et de la classe.

L'analyse de l'interprétation par les professionnelles des situations d'échecs ou de réussites dans la mise en œuvre de l'observance met en lumière d'autres catégories sociales et leur articulation. Ainsi différentes caractéristiques sociales peuvent être le support de catégories sociales valorisées ou dévalorisées selon que les comportements d'observance vont dans le sens des préconisations.

Deux dimensions peuvent être dégagées de ces analyses. Tout d'abord une dimension organisationnelle. En effet, le report de la responsabilité sur les femmes ayant un DG des situations d'échecs en les assignant à des groupes socialement infériorisés, sans pour autant mobiliser une lecture en termes d'inégalités sociales, dédouane les soignantes et leur évite d'investir des moyens institutionnels (limités) et personnels supplémentaires. Le fait que ces discours négatifs soient prédominants parmi les professionnelles de la maternité du Coudray dont les patientes appartiennent davantage aux groupes racisés et aux classes populaires, alors que les moyens institutionnels y sont à peine plus développés que dans la maternité Lachapelle, rend bien compte de l'interpénétration entre les processus de catégorisations sociales et les choix institutionnels et organisationnels des services de maternité.

Cependant ces catégorisations sociales sont opératoires dans les deux maternités et contiennent également une dimension morale. Le risque de non-observance est à la fois suspecté chez toutes les femmes, en tant que groupe social, mais aussi de manière accrue pour les femmes racisées et/ou les femmes de classes populaires et/ou celles catégorisées en surpoids ou obèses. Il est alors attendu que celles-ci corrigent les comportements de santé acquis, en particulier alimentaires et fassent par-là, preuve de bonne volonté. Cette bonne volonté est alors d'autant plus valorisée qu'elles sont perçues *a priori* comme inadaptées aux recommandations et conduit les femmes à être considérées comme de « bonnes » mères, responsables de leur santé et surtout de celle de leur enfant à naître.

En reportant la responsabilité de l'observance sur les femmes sans prendre en compte les inégalités de genre, de classe et de race dans lesquelles elles sont éventuellement prises et sans moyen institutionnels efficaces à leur disposition, les femmes sont alors ramenées par les professionnelles à leurs comportements déviants et réassignées aux catégories sociales qui les sous-tendent. Or, ceci comporte le risque de soins différenciés à l'égard de celles qui sont considérées comme « irrécupérables », par un processus de sous-investissement médical et institutionnel.

De leur côté, les femmes ayant un DG interrogées pour la recherche reprennent à leur compte cette injonction à l'observance et ce report de responsabilité de manière décalée ou distanciée par rapport aux attendus des professionnelles mais pas nécessairement en opposition. Cette appropriation leur demande un travail qui s'accomplit de manière socialement différenciée selon les ressources sociales, matérielles et immatérielles de chacune.

Chapitre 5 – Appropriation de l'exigence d'observance et travail de gestion de la maladie : un endossement socialement différencié de la contrainte

L'étude des maladies chroniques par les sciences sociales invite à se pencher sur l'expérience des malades en dehors des institutions de soins, dans leur vie quotidienne et à mesurer les conséquences de la maladie dans ses différentes sphères (professionnelle, familiale etc.). Comme l'indique Isabelle Baszanger : « *la situation de la maladie [chronique] doit être étudiée dans tous les lieux de la vie sociale* » (Baszanger, 1986 : 9). L'adaptation des malades et de leur entourage vise en particulier à vivre le plus « *normalement possible* » et nécessite pour cela un travail spécifique (Strauss 1976). Or, le contexte du DG implique de développer ces compétences d'adaptation dans un laps de temps court.

Ces processus d'adaptation ont été étudiés par la sociologie interactionniste comme relevant d'un travail de gestion de la maladie, c'est-à-dire un ensemble d'actions visant à contrôler la maladie tant au niveau de leurs interactions avec les professionnel·les de santé que dans leur vie personnelle. Strauss et ses collègues rappellent ainsi que « *parmi les personnes qui réalisent un travail contribuant directement ou indirectement aux soins délivrés aux patients, il est une classe de travailleurs qui est rarement identifiée comme telle. Les patients ne détiennent aucun titre professionnel ; les tâches qu'ils accomplissent passent le plus souvent inaperçues, bien que paradoxalement elles soient souvent présumées et attendues [...]. En fait, la plus grande part de ce travail reste invisible aux professionnels [...], soit parce qu'il n'est pas accompli sous leur regard, ou parce qu'il n'est pas défini comme un travail* » (Strauss et al. 1982 : 977).

Le travail de gestion de la maladie a davantage été étudié dans le cas des maladies chroniques, soulignant en particulier l'évolution vers le modèle de l'auto-soignant et les attentes médicales implicites en termes de travail d'autosurveillance et autosoins (Herzlich et Pierret 1984). Dans le DG, de façon paradoxale, la question de l'observance est au cœur des préoccupations des soignantes mais les recherches médicales, comme celles des sciences sociales, ne rendent que très peu compte du travail de gestion de la maladie effectué par les femmes. Autrement dit, si un certain nombre de tâches sont bien attendues de la part des femmes enceintes, le travail qu'elles mettent en place pour les accomplir peine à être reconnu comme tel.

Ce chapitre propose de rendre compte du travail de gestion du DG que les femmes enceintes entreprennent afin de répondre, bon gré mal gré, à l'exigence d'observance qui leur est faite tout en l'adaptant à leur vie quotidienne, professionnelle, familiale et sociale. Il s'agit ici de

l'envisager comme un travail de gestion de la contrainte d'observance qui conduit les femmes ayant un DG à suivre ou à s'écarter des recommandations médicales. J'appelle ici « contrainte d'observance », cette injonction pour les femmes à suivre – voir à se soumettre – aux protocoles de soins médicaux, c'est à dire à se conformer à ce que les professionnelles définissent comme une « bonne » observance et dont les contours ont été définis au cours du chapitre 3. Je poserai les questions suivantes : comment les femmes développant un DG intègrent-elles les recommandations des professionnelles à leur vie quotidienne et qu'est-ce qui leur pèse le plus ? Comment s'approprient-elles les discours sur les risques médicaux de la maladie visant à leur faire suivre les recommandations ? Comment endossent-elles cette exigence selon leurs conditions matérielles de vie et selon leurs dispositions sociales ? *In fine*, il s'agira d'analyser dans quelle mesure l'objectif d'observance poursuivi par l'institution et les soignantes est en adéquation avec leurs réalités sociales d'existence.

La première partie du chapitre est consacrée au travail de gestion de la maladie mis en place par les femmes ayant un DG dans l'organisation de leur quotidien autour de l'autosurveillance glycémique, du rythme des repas et des effets corporels du régime. La deuxième partie détaille la réception des messages médicaux par les femmes enceintes ayant un DG et en particulier leurs perceptions des risques énoncés concernant le fœtus et le nouveau-né. Enfin, la troisième partie rend compte de l'appropriation socialement différenciée de la contrainte d'observance dans le suivi du DG.

1. Le travail de gestion du DG : une charge mentale pesante

Dans cette partie il s'agit de rendre compte de l'adaptation que demande le suivi du DG dans le quotidien des femmes concernées sur deux aspects précis : l'organisation temporelle quotidienne encadrée par la régularité attendue dans la surveillance des glycémies et dans la prise des repas ; et les adaptations de leur alimentation aux effets corporels de la maladie et de ses traitements et aux troubles digestifs liés à la grossesse.

1.1 La gestion temporelle du suivi de la maladie

Si les adaptations et éventuels changements attendus par les soignantes dans le cadre du DG se centrent principalement sur la question alimentaire en termes de restrictions et de recombinaison des repas ; pour les femmes ayant un DG, il s'agit également d'intégrer un encadrement temporel de leur alimentation lié à la surveillance régulière de leurs glycémies et pour certaines d'entre elles, aux injections d'insuline.

Les femmes interrogées sont largement revenues sur la charge organisationnelle que représente la surveillance pluriquotidienne des glycémies. Rappelons ici que dans la maternité Lachapelle, travaillant en collaboration avec l'hôpital Rabelais (Paris), il est attendu qu'elles mesurent leurs glycémies avant et après les trois repas principaux de la journée et qu'elles les rentrent dans l'application une fois par semaine, ce qui revient à se prélever six fois par jour. Dans la maternité du Coudray (Val-de-Marne), les glycémies sont à prélever avant le petit-déjeuner et après les trois repas principaux, ce qui correspond à quatre glycémies par jour et sont à reporter dans le carnet papier au fur et à mesure.

Comme le résume Ines Taïeb (33 ans, 2^{ème} enfant, professeure de mathématiques) la mesure régulière des glycémies implique une charge mentale importante : « *c'est quelques secondes mais je vois que ça prend énormément de temps. Je ne sais pas pourquoi. C'est dans la tête vraiment... Ça ne prend pas du temps mais je vois que c'est contraignant quoi* ».

Il s'agit également de prendre en compte un certain nombre de paramètres très concrets, notamment dans l'anticipation des sorties à l'extérieur du domicile.

La patiente (arabe, 3^{ème} enfant) signale à Assia Bida, sage-femme (arabe, une trentaine d'années), que quand elle sort c'est compliqué de prélever sa glycémie. La sage-femme lui répond : « emmenez votre appareil ! » / « oui mais je peux me laver les mains avec le désinfectant ? » / « oui bien sûr » / « ah parce que je croyais qu'il ne fallait pas ».

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité du Coudray, 06/04/2016

Les messages contradictoires interfèrent dans cette organisation. En effet, l'infirmière Hélène Carpentier précise ainsi à une femme lors d'une séance d'éducation : « *on se lave bien les mains à l'eau et au savon* » et préconise de ne pas utiliser de solution hydroalcoolique car cela « *modifie les résultats* » (journal de terrain, maternité du Coudray, 11/05/2016).

Cette charge mentale et organisationnelle repose également et surtout sur la gestion temporelle de cette surveillance. Car les glycémies post-prandiales doivent être prises précisément deux heures après les repas et ce, quel que soit leur milieu social.

Aurélie : Pour les glycémies, c'était difficile pour vous, comment ça s'est passé ?

Simeng Zhou : Ça dépend, quand j'ai quelque chose qu'il faut faire, j'ai pas fait le test, quand je sortais, toute la journée

Amie-Traductrice : Oui elle dit c'est embêtant

Simeng Zhou : Oui [rires], je pense que c'est [quand j'étais] très occupée, après j'oubliais. Après j'ai oublié l'heure, les deux heures.

Entretien avec Simeng Zhou, 34 ans, chinoise, sans emploi (serveuse en restauration avant), enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité du Coudray

« Parce que tout tourne autour de ça. Moi, je vois le soir, c'est terrible. Je dis à mon mari : “ Mais, attention hein, moi, je veux passer à table tôt “. [...] Parce qu'il faut attendre deux heures pour faire le dextro derrière. Et ça, c'est un peu handicapant ! [...] Ou alors vous êtes invités chez les voisins, à manger. Et donc forcément, on passe à table

à 21 heures / 21 heures 30, ça s'étirole dans la soirée et vous finissez il est minuit. Et là, vous vous dites : « Chouette, il faut que je j'attende 2 heures du matin pour faire mon dextro et me coucher [Rires] « »

Entretien avec Véronique Fournier, 41 ans, blanche, infirmière, enceinte de son 1^{er} enfant, Maternité du Coudray

Plusieurs femmes ont également rapporté la difficulté de mesurer la glycémie deux heures après le repas du soir car elles étaient déjà couchées à ce moment-là et notaient que la fatigue liée à la grossesse participait à complexifier ces réajustements.

Ce travail d'organisation temporelle se complexifie pour les femmes qui doivent s'administrer de l'insuline.

« Et en fait, nous, on a un quart d'heure [pour manger après avoir injecté l'insuline]. Mais on ne m'a pas toujours dit que c'était un quart d'heure. Je l'ai su justement par mon cousin [qui est diabétique de type 1] [Rires]... [...] Ouais, mais moi ça me stressait parce que je disais tout à l'heure, même quand on était en famille, machin et tout, je dis : « Ouais, là, je vais la faire, il faut manger tout de suite, quoi « »

Entretien avec Valérie Mahé, 41 ans, blanche, enseignante, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

Il apparaît ici que le manque d'information précise sur la durée à respecter entre l'injection d'insuline et la prise du repas a des incidences pour le quotidien des femmes. Si Valérie Mahé s'appuie sur un savoir médical acquis auprès d'un membre de son entourage, Salima Laouamri prend la liberté d'ajuster par elle-même les heures de mesures de sa glycémie et de ses injections d'insuline.

Salima Laouamri : Ben ça fait mal, c'est chiant [de se piquer] [Rires]. Mais c'est bien, ça rassure. Par contre, je ne fais pas deux heures piles hein.

Aurélié : Ah oui, vous faites quoi ?

Salima Laouamri : Deux heures et demie. Des fois une heure et demie. Parce que je me dis : « Ah, je vais sortir. Je vais le faire avant de partir comme ça, c'est fait » [...] Des fois quand je fais l'insuline, je mange... Ce n'est pas que je mange immédiatement donc j'attends peut-être un quart d'heure, le temps de préparer et tout et après, je compte à l'heure où j'ai mangé, pas l'heure où je me suis piquée [l'insuline]. Et le soir, par contre, ouais, j'essaie de faire toujours à la même heure.

Entretien avec Salima Laouamri, 37 ans, arabe, préparatrice en pharmacie, enceinte de son 4^{ème} enfant, Maternité du Coudray

La régularité de la mesure des glycémies est directement reliée à la régularité des repas, ce qui peut représenter une difficulté supplémentaire.

« J'ai du mal à me piquer parce que j'ai du mal à avoir cette rigueur. Déjà, comme je n'ai pas des repas fixes. Je mange, voilà, je n'ai pas des horaires de repas fixes. C'est très compliqué de... Ça change d'heure et ce n'est pas des repas, je prends un sandwich là, deux heures après je prends des fruits... Je n'ai pas le temps de préparer. Voilà, donc... j'ai du mal à me piquer, j'ai du mal à penser à une heure et demie après... Et à mémoriser, donc à chaque fois, j'oublie... Et donc je ne me pique pas. Mais de temps en temps, oui. Là je suis sérieuse maintenant »

L'impossibilité de faire correspondre les prescriptions médicales avec les pratiques quotidiennes peut donc conduire les femmes à s'en éloigner. D'ailleurs la question de la régularité des repas est revenue comme un point d'achoppement pour de nombreuses femmes développant un DG.

Celles-ci expliquent ainsi que le rythme des repas correspondant à la répartition classique en petit-déjeuner, déjeuner, dîner avec plus ou moins des « collations » le matin et l'après-midi, ne correspond pas à leur organisation quotidienne, en particulier du fait de leur activité professionnelle.

Laura Jacques, diététicienne noire d'une trentaine d'années questionne la patiente, noire, enceinte de son 1^{er} enfant, qu'elle reçoit. Elle l'interroge sur ses repas et son alimentation. La femme répond qu'elle « fait n'importe quoi ! ». Elle explique qu'elle ne prend pas de petit déjeuner, qu'à l'heure du déjeuner elle est dans les transports et que le soir en rentrant elle grignote beaucoup car elle a très faim.

Journal de terrain, consultation diététique, Maternité du Coudray, 02/12/2015

La conscience des normes attendues n'empêche pas ces femmes de s'éloigner des recommandations face à leur incompatibilité avec leurs réalités d'existence. En effet, j'ai observé plusieurs situations au cours desquelles les femmes expliquaient ne pas avoir les moyens de faire trois repas par jour. Or, les préconisations des diététiciennes dans les deux maternités étudiées insistent sur la limitation des sucres mais également sur la régularité des heures de repas (voir chapitre 3). Ceci semble compliqué pour un certain nombre de femmes où il n'y a parfois que deux, voire un seul repas par jour du fait de leur activité professionnelle mais aussi parfois d'un manque de moyens financiers, même si cela est plutôt sous-entendu qu'exprimé ouvertement.

Par exemple, certaines femmes travaillent très tôt le matin et ne prennent pas de petit-déjeuner quand d'autres finissent leur journée de travail en début d'après-midi et sautent le repas du midi. C'est le cas de Malaya Abao qui travaille comme femme de ménage chez des particuliers. Nous avons également vu que Mme Tojal rentre à vingt-deux heures de son travail et explique à la sage-femme ne pas pouvoir faire trois repas par jour (voir chapitre 4). Cet aspect concerne préférentiellement les femmes ayant des emplois subalternes. « *Ainsi, ne rien manger de solide le matin est une technique du corps bien ancrée dans la culture alimentaire des "classes laborieuses", parce que particulièrement adaptée aux modes de vie de populations qui ne maîtrisent pas leurs horaires de travail. Les horaires contraints, décalés ou simplement*

matinaux sont, en effet, un élément récurrent des emplois subalternes (Lesnard, 2009 ; Siblot, Cartier et al., 2015) » (Le Pape et Plessz 2017 : 98).

Ainsi vivre « normalement » tout en prenant en compte les recommandations médicales tient de la gageure. A rebours d'une lecture positiviste proposée par le milieu médical conduisant à moraliser les comportements des individus perçus comme déviants et irrationnels, certains sociologues ont proposé très tôt de considérer la non-observance comme une recherche d'autonomie (Roth et Conrad 1987) ou encore comme le résultat d'un « *conflit de perspective* » entre malades et médecins (Freidson 1984). Ici, il s'agit d'envisager les comportements d'observance des femmes développant un DG comme le résultat d'un calcul dans la recherche d'équilibre entre les différents aspects de leur vie sociale. Par ailleurs, leur suivi des préconisations dépend également d'un ajustement du régime alimentaire en fonction des symptômes qu'il induit sur le plan digestif, ce qu'elles doivent également ajuster aux inconforts digestifs dus à la grossesse : modifications de l'appétit, remontées acides etc.

1.2 Travail de gestion alimentaire et adaptation à l'état physique de grossesse

Les difficultés liées au régime alimentaire préconisé dans le DG rapportées par les femmes ont trait à trois dimensions : la nature des aliments (habitudes préalables, modifications durant la grossesse), leur quantité et le rythme des repas. En effet, le régime préconisé est relativement rigide et bien que les diététiciennes proposent un certain nombre d'alternatives, la plupart des femmes se trouve dans l'impossibilité de le suivre stricto sensu tout du long. Un ensemble de sensations physiques et désagréments corporels sont décrits par les femmes et sont liés au régime alimentaire ou aux taux de glycémie obtenus suite à celui-ci. Ce type d'effets corporels n'est pas pris en compte par les professionnelles qui, si elles peuvent faire preuve d'empathie, ne proposent que peu d'adaptations spécifiques à ces désagréments.

Premièrement, le discours théorique des professionnelles, que ce soient les sages-femmes, gynécologues-obstétriciennes ou diététiciennes réfutent la possibilité de malaises hypoglycémiques au cours d'un DG, à la différence du diabète chronique. En effet, les sensations de malaises ne sont admises que lorsque la patiente prend de l'insuline et que la dose administrée peut avoir un effet trop important. Pour les cas de diabète ne nécessitant pas d'insuline, il ne peut pas y avoir de malaises dus à des hypoglycémies selon elles.

Violaine Gauthier, diététicienne blanche d'une cinquantaine d'année, reçoit une patiente (dont je n'ai pas noté l'âge ni la catégorie raciale) suite à une annonce de DG. Au cours de la consultation, celle-ci pose différentes questions sur la maladie. Elle demande en particulier s'il est possible de faire des malaises à cause de la baisse de la glycémie. La diététicienne lui répond que dans le DG, « il n'y a pas de malaises hypoglycémiques ».

De la même façon, dans la maternité Lachapelle il est noté ainsi sur la feuille de conseils alimentaires : « **Et les hypoglycémies ?** *Le diabète gestationnel ne fait pas d'hypoglycémies (taux de sucre trop bas) mais des hyperglycémies (taux de sucre trop haut). Ce sont les traitements du diabète comme l'insuline qui font parfois des hypoglycémies* » (voir annexe 14).

Pourtant, certaines femmes, font des malaises en dehors de toute prise d'insuline et ceci est lié à la faim ou à un manque de sucre induit par le régime alimentaire.

Sophie Marsac, sage-femme blanche de 38 ans, reçoit Véronique Fournier, femme blanche de 41 ans qui attend son 1^{er} enfant et est enceinte de six mois et demi. Elle regarde son carnet de glycémie et lui dit : « bon bah c'est parfait, y a un 1,23 mais on peut pas dire que... C'est juste la limite supérieure ». Puis Véronique Fournier signale que parfois « c'est même un peu bas » [ses glycémies]. Elle explique qu'elle a « toujours des sensations de nausées... Je me suis octroyée du pain blanc, deux kiwis et une biscotte ». La sage-femme lui répond : « continuez comme ça c'est parfait »

Journal de terrain, explorations fonctionnelles, Maternité du Coudray, 19/05/2016

Pour certaines femmes, le régime alimentaire mis en place suite aux préconisations met leur corps à rude épreuve. Celles-ci semblent subir de manière brutale l'appauvrissement de leur alimentation en sucres.

Après un échange avec Assia Bida, sage-femme arabe d'une trentaine d'années, sur le fait que toutes ses glycémies n'apparaissent pas dans son carnet et qu'il y a une possibilité de déclenchement de l'accouchement, la patiente, une femme blanche de 29 ans qui attend son 2^{ème} enfant, affirme qu'elle ne va pas faire « d'écarts ». Elle se reprend immédiatement en disant qu'elle n'en fait déjà pas puisqu'elle a arrêté tous les sucres rapides et diminué fortement les féculents : « c'est dur, j'ai faim, je fais des malaises ». Elle ajoute que si elle ne pesait pas les féculents elle en mettrait trois fois plus en quantité, au moins le double. Elle explique qu'elle fait des malaises en donnant le bain à son aîné et que depuis qu'elle dîne à 18h30 cela va mieux.

Journal de terrain, explorations fonctionnelles, Maternité du Coudray, 21/03/2016

Cette femme enceinte, comme Véronique Fournier dans l'extrait précédent, met en place une stratégie afin de ne pas souffrir de malaise ni de nausée. L'une s'autorise une collation qui ne cadre pas avec les préconisations puisqu'elle contient du pain et une biscotte ce qui n'est autorisé qu'au cours des repas du midi et du soir, mais lui permettra de lutter contre les nausées ; tandis que l'autre avance l'heure de son repas du soir afin de ne pas avoir de malaise, ce qui ne correspond pas non plus au rythme indiqué pour les repas dans le régime préconisé par les diététiciennes. Ces femmes privilégient alors leur bien-être physique aux recommandations médicales tout en essayant de faire coïncider les deux objectifs. Dans les deux cas l'expression de leurs malaises et nausées ne trouve que peu d'écho chez les sages-femmes qui les reçoivent.

En outre, même dans les cas où il y a une prise d'insuline, ce type de manifestations corporelles ne font pas l'objet d'une adaptation du traitement, surtout lorsque les glycémies restent dans les normes attendues.

Isabelle Blanc, sage-femme blanche de 52 ans, reçoit une patiente arabe qui attend son 3^{ème} enfant et qui est enceinte de sept mois et demi. Elle est accompagnée de son mari. Pendant l'échographie, la sage-femme revient sur un élément que la femme lui a signalé : « vous me disiez que vous faites des malaises hypoglycémiques ? ». La femme explique qu'elle l'a dit au Dr [diabétologue de l'hôpital Rabelais] mais que quand elle prend ses glycémies c'est en dehors des malaises. La sage-femme lui demande si elle suit bien le régime, la femme lui assure que oui. Ensuite, la sage-femme explique que parfois les besoins en insuline augmentent avec la grossesse et qu'il se peut qu'il n'y ait jamais vraiment d'équilibre parce que s'il y a des hypoglycémies : « on baisse, on remonte [l'insuline] »

Journal de terrain, explorations fonctionnelles, Maternité Lachapelle, 01/09/2016

Cette femme ne pouvant fournir la preuve biologique de ses malaises, ceux-ci n'occasionnent pas de réajustements par le diabétologue qui la suit via l'application numérique. De la même façon, la sage-femme focalise sa réponse sur les écarts éventuels de la patiente au régime alimentaire et l'impossibilité de modifier trop fréquemment les dosages d'insuline, de sorte qu'aucune solution concrète n'est proposée à cette femme.

Globalement, les observations montrent que lorsque les sages-femmes ou gynécologues-obstétriciennes posent des questions orientées vers l'expérience quotidienne de leur patiente, cela relève plus d'une volonté de faire preuve d'amabilité et d'empathie que de réelles préoccupations pour leur expérience individuelle et leur qualité de vie. En effet, pour les professionnelles, la primeur est toujours donnée à ce qui présente un enjeu médical, de près ou de loin. Si les malaises hypoglycémiques n'ont pas d'impact sur le suivi régulier des glycémies et que celles-ci sont dans les normes attendues, les échanges correspondent à quelques phrases tout au plus.

En revanche, lorsque ces malaises ont un impact sur l'équilibre des glycémies, ils sont au cœur de la discussion. Anna Fauvel, sage-femme reçoit Salima Laouamri, pour deux consultations aux explorations fonctionnelles, à une semaine d'intervalle alors que celle-ci est en fin de grossesse et décrit des malaises importants liés à ses injections d'insuline.

La sage-femme Anna Fauvel (blanche, une trentaine d'années) me parle de Salima Laouamri (37 ans, 4^{ème} enfant, préparatrice en pharmacie, arabe) qu'elle va recevoir : « elle fait n'importe quoi m'a telle dit. Elle m'a dit : “ j'fais des bêtises “, elle bouffe des sucreries et elle fait des hypo[-glycémies] ». En s'adressant à Salima Laouamri : « là vous avez combien d'insuline? » / « en fait quand je le mets pas [l'insuline] je suis bien et depuis ce jour-là quand je la prends, ça va pas. Je comprends plus rien parce c'est pas comme avant. Avant je le supportais, ça ne me faisait pas ça, maintenant je ne le supporte pas du tout ! Je l'injecte, une demi-heure après je me sens très mal ». La sage-femme lui fait préciser quelle injection de la journée elle ne supporte pas, elle répond que c'est celle du matin. SF lui dit de : « faire plus gaffe au régime du coup » [si elle diminue l'insuline].

[...] Puis Salima Laouamri précise que : « en fait je sais quand ça monte c'est parce que je mange...ce matin par exemple j'ai mangé du chocolat ! » / « ah d'accord ! » [Ton ironique]. Elle explique ensuite qu'elle pense que si elle n'avait pas mangé de chocolat elle aurait quand même été trop basse et ce, même sans insuline. En conclusion, Anna Fauvel lui recommande de passer voir les diabétologues pour éventuellement arrêter complètement l'insuline car « moi je peux pas vous arrêter l'insuline comme ça, autant on peut modifier les doses mais l'arrêter complètement, c'est pas une décision qui peut nous appartenir [en tant que sage-femme] »

Journal de terrain, explorations fonctionnelles, Maternité du Coudray, 10/12/2015

Ici, Anna Fauvel demande davantage de détails à Mme Laouamri à propos de ses malaises dans l'objectif de réguler ses glycémies qui sont devenues anarchiques. Pourtant, malgré des malaises importants, la sage-femme lui rappelle sévèrement les principes du régime sans sucre préconisé pour le DG. L'exigence d'absence d'hyperglycémie prime alors sur les symptômes que ressent Salima Laouamri. Les professionnelles attendent que les femmes limitent les hyperglycémies et certaines parlent également d'éviter les « à-coups », c'est-à-dire les grandes variations avec une alternance d'hypoglycémies et d'hyperglycémies. Mais en réalité ce sont plutôt les hyperglycémies qui sont craintes car ce sont elles qui sont ciblées comme étant à l'origine des complications médicales tel que le poids trop élevé du nouveau-né.

J'ai également observé de nombreuses situations au cours desquelles les femmes exprimaient de grandes difficultés pour s'alimenter selon les préconisations du fait de nausées ou vomissements importants liés à la grossesse.

« Au début, je n'avalais rien du tout parce que je vomissais, j'avais la nausée [Rires]. Donc en fait, ce qui s'est passé, c'est que je ne me suis quasiment pas alimentée correctement les quatre premiers mois. Les quatre premiers mois, ça a été des morceaux de pains grillés toutes les deux heures pour essayer de me couper [la faim] »

Entretien avec Véronique Fournier, 41 ans, blanche, infirmière, enceinte de son 1^{er} enfant, Maternité du Coudray

Mme Darry, femme noire de 44 ans, enceinte de son 1^{er} enfant est reçue en consultation par Laura Jacques, diététicienne noire d'une trentaine d'années, suite à l'annonce d'un DG. Lorsque celle-ci l'interroge sur son alimentation, elle explique : « je fais n'importe quoi ! J'arrive pas. Parce que le pain, ça passe pas. Vomir. Rien ça passe. Qu'une tarte au citron [...] Je suis fatiguée avec les vomissements donc du coup je préfère manger une seule fois »

Journal de terrain, Consultation de diététique, Maternité du Coudray, 02/12/2015

Ces situations ne sont pas rares et traversent toutes les classes sociales. Sarah Benchimol explique ainsi à plusieurs reprises, aux deux sages-femmes qui la reçoivent en fin de grossesse aux explorations fonctionnelles, qu'elle ne fait qu'un seul repas par jour pour des raisons digestives.

« Oui, c'est la contrainte horaire parce qu'en réalité, on ne mange pas autant que le régime dit. Et puis moi, j'avais plus tendance à faire des petites collations toutes les trois ou quatre heures, pour les digérer »

Entretien Sarah Benchimol, 48 ans, arabe, Cheffe d'entreprise, enceinte de son 1^{er} enfant, Maternité Lachapelle

Celle-ci explique également à la sage-femme qu'elle « *ne mange pas le soir car sinon elle ne peut pas dormir à cause du reflux [gastrique]* ».

Les professionnelles de santé se centrent principalement sur la surveillance des glycémies et de la réalisation du régime alimentaire, dans une perspective de contrôle, mais peu sur les effets corporels de la maladie. En se focalisant sur les éventuels défauts d'observance et en les analysant comme relevant de la responsabilité des patientes (voir chapitre 4) ; elles laissent de côté tout un pan du vécu de la maladie par les femmes. De la même façon que pour les programmes d'ETP mis en place dans le DT2 qui s'éloignent de leur vocation première de s'adapter aux besoins et aux conditions de vie des malades, l'objectif d'observance prime. Comme le résume Rosane Braud à propos des logiques développées dans les programmes d'ETP adressées aux personnes désignées comme « migrantes » : « *loin des préceptes pédagogiques de l'éducation thérapeutique ayant pour objectifs de favoriser l'écoute du malade afin de proposer une thérapie “ sur mesure “ en harmonie avec son rythme de vie, il semble que l'objectif est de faire accepter le traitement au patient* » (Braud 2012 : 66). Cette occultation des habitudes de vie et des effets de la thérapie dans le quotidien des femmes développant un DG, s'élargit ici à tous les groupes sociaux, d'autant que la temporalité courte de la grossesse renforce la logique d'observance au détriment de l'*empowerment* des patientes, autrement dit le renforcement de leurs capacités à décider pour elles-mêmes. En outre, les logiques de responsabilisation à destination des femmes enceintes, qui plus est celles qui développent un DG, sur le plan de la protection de la santé du fœtus, leur imposent d'adopter un certain nombre de comportements, en particulier alimentaires.

2. Le travail de gestion du DG : entre intériorisation et mise à distance de la responsabilisation en tant que (futurs) mères

Toutes les femmes rencontrées mentionnent les aspects contraignants du régime alimentaire préconisé par les professionnelles dans le DG et une adaptation de celui-ci à leurs goûts et habitudes, que ceux-ci soient issus de leur socialisation alimentaire (Dupuy et Rochedy 2018) ou modifiés au cours de leur grossesse. Il s'agit ici de rendre compte du travail alimentaire des femmes dans ce contexte particulier d'une prescription alimentaire calibrée, autrement dit d'une alimentation à visée thérapeutique. Je reprends ici la définition de travail alimentaire donnée

par Philippe Cardon et ses collègues et prenant en compte toutes les tâches domestiques liées à la préparation des repas : « [...] *les tâches domestiques liées à l'alimentation participent d'un travail spécifique, réflexif, mais aussi relationnel qu'on désigne sous le terme de travail alimentaire dont la finalité est la production de repas (approvisionnement, préparation culinaire en sont deux exemples les plus significatifs)* » (Cardon, Depecker, et Plessz 2019 : 157-158).

Or, cette gestion de la contrainte alimentaire s'appuie sur une division sexuelle du travail alimentaire (Dupuy 2017), majorée par une responsabilisation sanitaire accrue des futures mères au cours de la grossesse (voir chapitre 3). Comme le montre Elsa Boulet dans sa thèse analysant le « travail de production d'enfant » des femmes enceintes lors de grossesses ordinaires : « *Les futures mères sont investies de la responsabilité de la santé du fœtus via le contrôle de leur hygiène quotidienne, tout particulièrement de leur alimentation [...]. De multiples règles alimentaires et sanitaires sont transmises aux femmes enceintes afin d'éviter des infections (toxoplasmose, listériose). L'alimentation est également encadrée afin d'éviter une prise de poids jugée trop importante qui pourrait aller de pair avec un poids fœtal élevé qui rendrait l'accouchement plus difficile* » (Boulet 2020 : 414). On retrouve ici les arguments médicaux avancés dans le cadre d'un DG et justifiant une attente renforcée de maîtrise de leur alimentation par les femmes enceintes.

2.1 La division sexuelle du travail alimentaire dans le DG et responsabilisation des femmes enceintes

Sur les vingt-cinq femmes rencontrées pour cette thèse, vingt et une vivent en couple hétérosexuel et quatre vivent seules avec leurs enfants. Le travail alimentaire élaboré au quotidien, en dehors du DG, leur revient majoritairement puisque seules trois parmi celles en couple, déclarent partager cette tâche, à des degrés divers, avec leur conjoint. Ce travail est majoré lors du DG : aux tâches habituelles s'ajoutent la charge mentale liée aux courses alimentaires qui sont plus ou moins repensées afin de correspondre au régime préconisé et la charge liée à la préparation des repas de la famille qui peut impliquer des adaptations aux différents membre du foyer. Ces enjeux traversent toutes les classes sociales sans distinction. En effet, comme le rappelle Anne Dupuy : « *le travail alimentaire consiste en des pratiques, des valeurs, des croyances qui, bien que socialement et culturellement différenciées, s'inscrivent toujours dans la production d'écart entre femmes et hommes* » (Dupuy, 2017 : 164).

Lydia Lamari, qui vit seule avec son fils de deux ans, explique par exemple que même lorsque son mari vient pendant quelques semaines d'Algérie pour la voir, les tâches liées aux soins et à l'alimentation de leur fils aîné (qui souffre d'une insuffisance rénale) lui incombent en totalité.

« Même si mon mari est là, c'est moi qui fais tout. Lui, c'est juste de porter les trucs lourds. Les médicaments, c'est moi. La nutrition, c'est moi. Les rendez-vous, c'est moi. Changer, c'est moi. Doucher, c'est moi »

Entretien avec Lydia Lamari, 30 ans, arabe, sans emploi en France (employée de pharmacie en Algérie), enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

Lydia Lamari se trouve dans une configuration inégalitaire qui s'appuie sur un schéma traditionnel dans lequel l'homme est dévolu aux tâches physiques et la femme aux tâches liées à la santé, dont l'alimentation fait partie et ce, d'autant plus que son fils est atteint d'une maladie nécessitant un régime alimentaire spécifique.

Plus globalement, les femmes rencontrées prennent majoritairement en charge la préparation des repas de toute la famille, ce qu'elles adaptent aux préconisations médicales pour le DG. La plupart d'entre elles expliquent qu'elles préparent le même repas pour tous les membres du foyer mais qu'elles augmentent les quantités ou préparent « quelque chose en plus », pour leurs conjoints et/ou leurs enfants. Par exemple Emilie Petit (34 ans, 2^{ème} enfant, ingénieure) cuisine des féculents pour son mari même si elle, n'en mange pas à tous les repas ; Julie Rivière (30 ans, 2^{ème} enfant, infirmière) cuisine des protéines pour sa fille et son conjoint alors qu'elle-même déteste autant les cuisiner que les manger et Fanta Diallo (28 ans, 2^{ème} enfant, sans emploi) prépare des repas différents pour elle et les autres membres du foyer.

« Des fois je fais les haricots verts, avec des saucisses pour moi. Et les autres, je leur fais des sandwiches de maïs et comment on dit ça, les carottes, pommes de terre mélangées et tout »

Entretien avec Fanta Diallo, 28 ans, noire, sans emploi (CAP prêt-à-porter), en situation de handicap, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

Fanta Diallo vit avec sa mère, son fils en bas-âge et ses deux sœurs de neuf et seize ans. Son père est absent la plupart du temps et son mari est en Italie au moment de l'enquête, il va rejoindre la famille d'ici quelques mois. Sa mère travaillant toute la semaine et Fanta Diallo n'ayant pas d'activité professionnelle, c'est elle qui a la charge de l'alimentation de toute la famille. Parfois, le week-end, sa mère cuisine avec elle. Alimatou Traore (24 ans, 2^{ème} enfant, sans emploi) est arrivée du Mali il y a quatre ans et a vécu chez ses parents à son arrivée en France. Elle m'explique que durant cette période c'est elle qui prenait en charge la cuisine car « *chez nous c'est pas bien que les personnes âgées cuisinent* ».

Un des enjeux communs à toutes les femmes interrogées est le temps que représente ce travail alimentaire. Gaëlle Firmin explique ainsi que ce travail aurait été beaucoup plus compliqué à mettre en place en le cumulant avec son activité professionnelle.

« Et puis de prendre le temps aussi de cuisiner, prendre le temps de manger, de choisir ses aliments. Parce que bon, je suis en congé en fait, en congé maternité et voilà. Et je suis aussi embauchée donc vous voyez dans la vie, je vais reprendre [les normes alimentaires préconisées dans le DG] mais quand on est dans la vie de tous les jours, on est stressé, on court par-ci, par-là, on a le stress du boulot, on a aussi les transports en commun, y a tout ça qui joue et c'est vrai que, on a pas le temps de cuisiner »

Entretien avec Gaëlle Firmin, 37 ans, noire, gestionnaire de production dans l'aéronautique, enceinte de son 1^{er} enfant, Maternité du Coudray

Ainsi, se nourrir de manière « équilibrée », c'est-à-dire selon les recommandations médicales, implique une charge mentale, organisationnelle et temporelle accrue. Charge qui revient majoritairement aux femmes qui jonglent alors entre différentes sphères de la vie quotidienne. Le fait que les femmes soient en arrêt de travail ou en congé maternité au cours de leur suivi du DG peut donc alléger le travail alimentaire qu'elles accomplissent, en leur permettant de récupérer du temps. Ceci peut cependant déséquilibrer la répartition des tâches au sein du couple lorsque celle-ci était davantage égalitaire avant la grossesse.

Aurélie : Et qui est-ce qui cuisine, c'est vous ou c'est votre mari ? Les deux ?

Marie Jourdain : Alors les deux, les deux. Ben là, depuis que je suis en congé mater[nité], c'est moi. Normalement, c'est le premier qui rentre donc [Rires]... Mais là, du coup, c'est moi, parce que je suis plus là.

Entretien avec Marie Jourdain, 30 ans, blanche, Cadre de santé à l'hôpital, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

Lors d'un DG, les femmes font face à un travail alimentaire qui leur incombe d'autant plus que ce sont elles qui sont touchées par la maladie et qui sont destinataires des messages médicaux. Pour les couples où le conjoint participe à la préparation des repas habituellement, ceci est majoré lorsqu'elles sont déchargées de leur activité professionnelle. De sorte que, quelle que soit la situation des femmes, qu'elles soient seules ou en couple, qu'elles travaillent ou ne travaillent pas, le travail alimentaire dans le cadre du DG leur revient de façon écrasante.

D'autres mettent en avant la charge physique que ce travail alimentaire implique, d'autant plus au cours de la grossesse où une fatigue peut impacter le quotidien des femmes.

« Bon, ça va, j'avais des fois une grosse fatigue donc je cuisinais, des fois, un peu moins, moins que d'habitude. Mais, il y a des moments où...Voilà, je préférerais dormir que [Rires], que faire à manger. Donc c'est vrai qu'il y avait pas mal de pizzas donc je faisais attention mais il y a des fois, une semaine, des jours où là j'en avais marre, je faisais un peu moins attention, du coup, ça se ressentait un peu sur les résultats [...] »

Entretien avec Sandrine Messaoud, 32 ans, arabe, comptable, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité du Coudray

Salima Laouamri va dans le même sens. Elle m'explique que pour cette grossesse, elle est pleine d'énergie et qu'habituellement elle aime être très active tant dans son travail que dans les tâches

domestiques. Cependant, du fait de malaises dus à des hypoglycémies, elle ne peut plus « tenir debout ».

Salima Laouamri : Ah non, non. [D'habitude] Je fais des gâteaux, je fais plein de choses. Je fais plein de choses. Le ménage, là, aujourd'hui...

Aurélié : En plus, vous faites des gâteaux que vous ne mangez même pas c'est ça ? [Rires]

Salima Laouamri : [Rires] Je ne mange pas non, quand je les fais, je n'en ai pas envie. [...] Mais là, j'ai un peu plus de mal parce que je ne tiens pas debout. Sinon, je serais capable... J'ai envie, mais je me dis... Comme là, je voulais me faire un tiramisu, j'ai préparé le café et c'est pour ça que je vous ai demandé si vous vouliez du café et bon ça, c'est facile à faire, je peux le faire assise [Rires]

Entretien avec Salima Laouamri, 37 ans, arabe, préparatrice en pharmacie, enceinte de son 4^{ème} enfant, Maternité du Coudray

Ainsi, cette femme cuisine des gâteaux non pour elle-même mais pour ses trois enfants et son mari et envisage de cuisiner assise afin de maintenir ce travail alimentaire malgré ses malaises.

Dans le DG, les femmes endossent également la responsabilité qui pèse sur elles de diffuser des normes alimentaires de bonne santé au sein de leur foyer, encore une fois, quelle que soit leur classe sociale. Ainsi, Samia Naciri (38 ans, 1^{er} enfant, sans emploi) explique qu'elle profite du régime du DG pour que son mari « *fasse attention* » ; Véronique Fournier (41 ans, 1^{er} enfant, infirmière) dit également que cela a permis à son mari de se mettre « *au régime* » ; Salima Laouamri (37 ans, 4^{ème} enfant, préparatrice en pharmacie) dit qu'elle « *essaie de faire équilibré [pour les enfants]* » ; Yasmina Ziada (39 ans, 2^{ème} enfant, hôtesse de l'air) m'explique qu'elle limite le sucre et le gluten pour son fils de cinq ans et Amal Saïd (2^{ème} enfant, 26 ans, sans emploi) explique ainsi : « *depuis ma première grossesse je regarde mieux [...] je fais très attention à ce que j'achète en fait, que ce soit pour moi ou pour ma fille* ».

La responsabilisation des mères de famille quant à l'alimentation de leurs enfants (et éventuellement de leur conjoint) constitue un processus mis à jour en dehors du contexte du DG (Allen et Sachs 2013; Ferrand 1983; Fournier 2012; Séverine Gojard 2000). D'une part, le DG représente une occasion, en termes de prévention sanitaire, d'actions sur les pratiques alimentaires des futures mères (Fournier et Jarty 2019) et d'autre part ces actions s'adossent à une responsabilisation des futures mères au cours de leur grossesse. Soumises à ces deux logiques, les femmes mettent en place un lourd travail de reconfiguration de normes et de valeurs tout autant que de préservation de leur santé mentale, au cours du suivi de leur DG, ce dont témoigne leur endossement plus ou moins intense des risques énoncés par les soignantes quant à la santé de leur futur nouveau-né.

2.2 Les craintes vis-à-vis de la santé du fœtus et du nouveau-né, consensus et décalages par rapports aux messages médicaux

Le discours sur les risques concernant le fœtus et le nouveau-né lié au DG sont largement mentionnés par les soignantes, dans la mesure où cela fait pleinement partie de l'exercice de contrainte qu'elles mènent auprès de leurs patientes afin qu'elles suivent consciencieusement leurs préconisations (voir chapitre 3). Ce discours s'inscrit dans celui, plus global, des risques au cours de la grossesse, qui se centre en grand partie sur la santé du fœtus (Quéniart 1989; Lupton 1995; Ballif 2014; Gouilhers 2017). Le risque principalement énoncé et repris par les femmes est celui de « gros bébé » (macrosomie en terme médical). Le risque d'hypoglycémie du nouveau-né dans les jours qui suivent sa naissance est beaucoup moins fréquemment abordé par les soignantes et par les femmes.

Par ailleurs, il existe un risque flou autour du bien-être fœtal qui pourrait être perturbé du fait du DG. Nous avons vu que dans la maternité du Coudray le risque du décès du fœtus *in utero* est admis par un certain nombre de soignantes et énoncé auprès des patientes (voir chapitre 3). Dans la maternité Lachapelle ceci n'est pas le cas mais dans les deux maternités, la prise en charge en fin de grossesse repose sur la surveillance du fœtus par échographie et enregistrement de son rythme cardiaque pendant trente minutes une fois par semaine. Les femmes s'approprient le discours des professionnelles sur ces différents risques de manière variable.

Tout d'abord, il se dessine un consensus autour de la santé du fœtus dont la préservation est un objectif commun pour les professionnelles et les femmes ayant un DG. Plusieurs d'entre elles expliquent que le bien-être de leur « bébé » est une source de motivation dans le suivi des préconisations médicales.

« Je pense que c'est peut-être très, très psychologique et lié à la maternité, à se dire " C'est pour le bien du bébé, ça va aller ". [...] Je pense que c'est quelque chose qui m'aurait peut-être paru complètement, impossible en temps normal... ben, finalement, on y arrive quand même enfin ».

Entretien avec Emilie Petit, 34 ans, blanche, ingénieure, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

« D'avoir le mieux pour prouver aux gens que je le fais bien pour me dire que moi, j'ai fait tout ce qui est mon possible, parce que c'est quand même notre bébé qu'on porte et que c'est important de dire : " Ben, si on ne peut pas faire bien pour lui " J'ai envie de dire : " C'est un peu compliqué donc " ».

Entretien avec Julie Rivière, 35 ans, noire, infirmière, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité du Coudray

Le regard des autres sur leur implication dans le suivi des préconisations dans le DG renvoie ici à une intériorisation de leur rôle de future mère en tant que responsables de la santé de leur

fœtus. Cette responsabilisation des (futurs) mères quant au bien-être de leurs (futurs) enfants a déjà été démontrée dans de nombreux contextes (Faya-Robles 2014; Vozari 2015).

Elle revêt ici un sens particulier puisqu'il s'agit non plus seulement de garantir la bonne santé du fœtus mais aussi de préserver sa vie. L'anxiété perçue dans le discours de bon nombre de femmes développant un DG témoigne du degré de pression ressentie. Ceci est le cas surtout pour les femmes qui expérimentent le DG pour la première fois. Karine Aknin explique par exemple que lors de son début de grossesse, elle a souhaité mettre de côté volontairement tout ce qui pouvait lui procurer des inquiétudes. Le diagnostic de DG est venu bouleverser cette ambition.

Aurélie : L'appréhension était forte ?

Karine Aknin : Ah, complète ! Et du coup, ben parce qu'on ne connaît pas, donc on a peur.

Entretien avec Karine Aknin, 39 ans, blanche, directrice marketing, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

Bien que les femmes se renseignent au cours de leur suivi médical mais aussi auprès de leur entourage, via internet ou des lectures, l'incertitude inhérente à tout diagnostic et son pronostic (Carricaburu & Ménoret, 2004 : 110) n'en est pas moins présente, surtout lorsqu'elles n'ont jamais fait l'expérience d'un DG lors d'une grossesse antérieure.

Néanmoins, les femmes ayant un DG opèrent également une mise à distance de ces discours. Premièrement, leurs représentations ne coïncident pas nécessairement avec les normes médicales, en particulier concernant le poids de leur fœtus.

« OK, c'est du diabète gestationnel donc ça veut dire : c'est quoi l'impact ? C'est que le bébé peut naître gros. Et donc, au début, je croyais que ce n'était que ça. Parce que c'est ce que le Professeur Joseph avait dit et que moi, je ne connaissais pas du tout. Donc, moi, j'ai dit plutôt : " Ben, c'était super, moi, je préfère avoir un bébé plutôt "chubby" et qui fait ses nuits plus rapidement, quoi " ».

Entretien avec Karine Atkin, 39 ans, blanche, directrice marketing, enceinte de son 2^{ème} enfant

Cette discordance peut également se lire dans leurs perceptions des risques associés au poids élevé du fœtus lors de l'accouchement et énoncés par les professionnelles.

« On m'a même dit de faire un régime, le bébé il grossissait. Je fais : " Attends, attends. Il y en a, ils accouchent à quatre kilos " ».

Entretien avec Fanta Diallo, 28 ans, noire, sans emploi (CAP prêt-à-porter), en situation de handicap, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

Deuxièmement, les femmes développant un DG tentent de réguler leur anxiété quant aux différents risques énoncés par les soignantes ou repérés par elles-mêmes, en cherchant des signes médicaux rassurants au cours de leur trajectoire.

Véronique Fournier : Ça m'a angoissée. Une fois de plus, ça m'a relancé de l'angoisse, c'est pour le bébé. Parce qu'évidemment, j'ai vu le pire pour le bébé... Les conséquences pour l'enfant, quoi.

Aurélié : Et là, c'est d'après ce que vous avez lu aussi ?

Véronique Fournier : De ce que j'ai lu, oui... Donc bah évidemment, et puis, on va toujours au pire quoi. Alors après, je me disais : « Bon, les malformations [du fœtus], on a passé l'échographie quand même, à cinq mois et demi, il n'y avait pas de malformation. »

Entretien avec Véronique Fournier, 41 ans, blanche, infirmière, enceinte de son 1^{er} enfant, Maternité du Coudray

Pour Véronique Fournier, le risque de malformations fœtales est à craindre d'après ce qu'elle a lu, bien que ce ne soit pas un risque mentionné par les soignantes. Celle-ci étant infirmière, elle est familiarisée avec la lecture d'études médicales qu'elles trouvent sur internet : « *Bon j'avais déjà, la veille quand j'ai eu les résultats [du test de dépistage du DG], j'ai regardé sur internet [Rires], bon, je me suis documentée. Ma sœur qui est infirmière m'a balancé des articles !* ». Malgré la peur véhiculée par ces lectures, elle cherche à se rassurer par le fait que l'échographie n'a rien montré d'anormal.

Les femmes se rassurent également en examinant elles-mêmes leur prise de poids ou celle du bébé à naître.

« Je me disais : “ Ecoute, tu es un peu dans le rouge mais bon, tu ne prends pas du tout de poids, donc ça doit aller “ ».

Entretien avec Jessica Flamen, 32 ans, blanche, architecte, enceinte de son 1^{er} enfant, Maternité Lachapelle

« Le fait que je n'ai pas pris du poids, ça me rassure quoi. [...] La prise du poids, elle était tout à fait normale. Le poids du bébé aussi, c'est normal. Alors je ne suis pas inquiète »

Entretien avec Ines Taïeb, 33 ans, arabe, professeure de mathématiques, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

L'évolution et la stabilité des glycémies sont également prises en compte par les femmes afin de diminuer leur niveau d'inquiétude.

« Et elle était effrayante cette grossesse. Mais pas vers la fin. Là, ça va [...] Je suis rassurée, je me dis comme j'ai l'impression que ça diminue [ses taux de glycémie], c'est que c'est en train de disparaître. Donc dans ma tête, je suis tranquille, je ne l'aurai pas [le diabète] »

Entretien avec Salima Laouamri, 37 ans, arabe, préparatrice en pharmacie, enceinte de son 4^{ème} enfant, Maternité du Coudray

Ainsi, les femmes ayant un DG développent un savoir au cours de leur grossesse quant aux signes de contrôle de la maladie. Leurs capacités à auto-évaluer l'évolution de leur DG les rapprochent en ce sens du modèle de l'autosoin (Herzlich et Pierret 1984). Cela ne les conduit pas nécessairement à suivre les recommandations mais plutôt à se rassurer malgré leur

éloignement de l'exigence d'observance qui semble impossible à tenir de bout en bout de la grossesse. Il s'agit alors, à l'aide de ces capacités expérientielles, de maintenir un équilibre entre santé biologique et santé psycho-sociale.

Un autre moyen de gérer l'anxiété liée au suivi du DG et aux risques énoncés pour leur fœtus réside dans le fait de s'appuyer sur leur expérience. Sur les vingt-cinq femmes interrogées, dix-neuf ont déjà eu une grossesse et onze parmi elle ont déjà développé un DG lors d'une grossesse précédente¹⁰³. Sur ces onze femmes, cinq disent spécifiquement ne pas être inquiètes pour leur bébé à naître et trois parmi elles expliquent qu'il y a une grande différence entre leur première expérience de DG lors de laquelle elles étaient très inquiètes, en particulier pour le fœtus, alors que pour cette grossesse, elles le sont beaucoup moins, voire pas du tout. Ainsi Anna Pénouel (39 ans, 2^{ème} enfant, professeure d'hébreu), Valérie Mahé (41 ans, 2^{ème} enfant, enseignante) et Fanta Diallo (28 ans, 2^{ème} enfant, sans emploi), toutes trois suivies à la maternité Lachapelle et de milieux sociaux différents expriment une discordance dans l'anxiété ressentie entre leurs deux grossesses. Pour Fanta Diallo, c'est le fait d'avoir pu vérifier que son DG avait bien disparu après son accouchement qui la rassure lors de son deuxième DG. Anna Pénouel, elle, met en avant le stress très important qu'elle a ressenti lors de sa première grossesse et son choix délibéré de ne pas s'inquiéter lors de sa deuxième grossesse, dans une posture critique vis-à-vis de la prise en charge médicale qu'elle a reçue.

A propos de sa première expérience de DG :

Anna Pénouel : Et j'avais peur pour le bébé, très, très, très peur.

Aurélié : oui. Vous avez lu des choses aussi sur ça, sur le bébé et tout ça ?

Anna Pénouel : oui. Oui, oui. Je n'arrêtais pas de chercher et il y avait des choses qui... c'était anxiogène, en fait. [...]

Aurélié : Et vous aviez pu poser quand même des questions au médecin, à la sage-femme ?

Anna Pénouel : Oui. Alors après, j'ai posé les questions au médecin mais j'ai trouvé que, il était aussi alarmiste... [...] Même ici, on a dit que le bébé était en souffrance... Et au tout début, quand j'ai réalisé que j'étais diabétique, en fait, j'ai arrêté de manger pendant trois jours, je ne pouvais plus manger.

A propos de sa deuxième expérience de DG :

Anna Pénouel : Mais je n'avais pas cette angoisse et cette peur que j'ai eu la première fois. J'ai vu que tout s'est bien passé finalement, bien que j'avais des taux très élevés.

Entretien avec Anna Pénouel, 39 ans, blanche, professeure d'hébreu, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

Valérie Mahé m'explique également que lors de sa première grossesse ses inquiétudes à propos de la santé de son « bébé » étaient plus importantes.

¹⁰³ Parmi les quatre femmes qui ont eu plus de deux grossesses, aucune n'a eu plus de deux DG au cours des différentes grossesses.

Aurélie : Est-ce que le diabète était un stress aussi, justement sur : « est-ce que le bébé, ça va aller ? »

Valérie Mahé : Ben si, pour la première fois, ouais, plus. Parce qu'en fait, il y avait plus l'épée de Damoclès en train de me dire... Alors que là, je me dis, comme j'ai vu que la première fois, en faisant attention, tout allait bien et que là a priori, même là, ça va bien.

Entretien avec Valérie Mahé, 41 ans, blanche, enseignante, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

Ces deux femmes décrivent ainsi qu'autant leur angoisse était très importante lors de leur première grossesse du fait de l'incertitude liée aux conséquences du DG sur la santé de leur fœtus, autant, une fois rassurées par cette première expérience, leur seconde expérience de DG les inquiète beaucoup moins. Le savoir expérientiel acquis leur permet de ne pas s'inquiéter à la hauteur de ce qu'elles perçoivent dans les discours des professionnelles. Amal Saïd, 26 ans, qui vient de finir ses études, enceinte de son 2^{ème} enfant, s'appuie également sur sa première expérience à propos du risque d'hypoglycémie dont les soignantes lui ont parlé et conclut : « *Non en fait ça ne m'inquiète pas du tout* », en précisant que cela s'était bien passé lors de son précédent accouchement.

Ici l'expertise développée par les femmes enceintes ne se trouve pas dans l'exposition à une maladie au long cours mais dans la répétition de la maladie. De manière générale, le fait d'avoir expérimenté plusieurs grossesses incite les femmes à s'emparer avec plus de distance des préconisations médicales. Mais ici, cette mise à distance constitue avant tout un travail de préservation de leur santé mentale.

Ghyslaine Boloki, qui pourtant est touchée pour la première fois par la maladie, perçoit également le discours des professionnelles sur les risques imputés au DG, en particulier pour le fœtus, mais le met progressivement à distance. En effet, alors qu'elle ne peut pas suivre son DG pour des raisons matérielles liées à un hébergement instable et une absence de couverture par la sécurité sociale rendant impossible l'acquisition du lecteur de glycémies (voir infra), elle décide de ne pas s'inquiéter, là encore en résistance aux propos des soignantes.

Ghyslaine Boloki : Non les soignants, je vous dis dans l'ensemble, le ressenti que j'ai, c'était l'inquiétude que ce soit pas suivi et l'impact que ça aurait pour le bébé, même pas pour moi

Aurélie : Et par rapport aux demandes qu'ils avaient que vous fassiez suivre votre diabète, vous n'avez pas trop dit que vous c'était pas forcément votre priorité, que vous étiez moins inquiète qu'eux... ?

Ghyslaine Boloki : Non alors, ça s'est fait en deux temps. Je comprenais leur inquiétude et je voulais me conformer à ce qu'ils me demandaient. Et à un moment quand j'ai vu que je ne pouvais pas, je voulais pas m'inquiéter. J'ai dit : « je vais pas m'inquiéter là-dessus, de toutes façons je ne peux pas, donc m'inquiéter ne changera rien », donc c'est là que j'ai posé la question : « bon en imaginant que je ne puisse pas suivre, quels sont les impacts ? ». Quand on me dit les impacts, je leur dis pas, mais à l'intérieur de moi, je dis : « ok, c'est pas si dramatique », mais je continue quand même à chercher une solution hein, mais je me dis : « mais bon y aura pas mort d'hommes, je vais pas en mourir, elle [son bébé] va pas en mourir, elle va pas rester diabétique à vie donc ok »

Entretien avec Ghyslaine Boloki, 43 ans, noire, sans emploi en France (cheffe d'entreprise au Congo), enceinte de son 3^{ème} enfant, Maternité du Coudray

La socialisation de Ghyslaine Boloki aux normes médicales et aux institutions de soins s'est réalisée tout au long de sa vie mais plus particulièrement depuis qu'elle est suivie pour une maladie neurologique, la myasthénie. C'est dans une optique de préservation de sa santé physique (sa maladie ayant un impact direct sur la grossesse sur le plan médical) qu'elle décide de quitter le Congo pour venir faire suivre sa grossesse en France et bénéficier d'un système de soin de meilleure qualité, selon elle. Sa situation et sa conscience d'être racisée la conduisent à se censurer face aux professionnelles (voir chapitre 6) mais elle est en mesure de poser des questions claires et de reconsidérer l'inquiétude que véhiculent l'intensité de la prise en charge et les discours des professionnelles volontiers portés sur les risques et sur la responsabilisation des futures mères. Ici il s'agit bien de préserver sa santé mentale.

Néanmoins cette responsabilisation des femmes ayant un DG se lit dans l'expression de leur culpabilité lorsqu'elles sont tentées de ou s'écartent des préconisations alimentaires et ce, même lorsqu'elles mettent à distance des risques énoncés.

Lorsqu'Anna Pénouel (blanche, 39 ans, enceinte de son 2^{ème} enfant) explique à la sage-femme Isabelle Blanc (blanche, 52 ans) qu'elle a du mal à suivre le régime, celle-ci lui répond : « ce qui est gênant c'est que le bébé peut manquer de sucre [à la naissance] ». Elle tente de la rassurer ensuite en lui disant que ce n'est « pas grave », que si besoin, il sera « resucré », qu'on le « piquera » pour savoir si c'est nécessaire. Anna Pénouel réagit vivement à ces propos : « c'est horrible ce que je fais ! »

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité Lachapelle, 23/11/16

La santé du fœtus reste donc une motivation pour un ensemble de femmes, même si elles ne suivent pas les recommandations de façon linéaire.

« Et des fois je, quand le moment de passer à table venait [...] je me disais : “ mais je veux pas faire de mal à ma p’tite louloute, à ma fille “ et je m’autorisais à ne pas finir aussi l’assiette »

Entretien avec Gaëlle Firmin, 37 ans, noire, gestionnaire de production dans l’aéronautique, enceinte de son 1er enfant, Maternité du Coudray

« C’est là [la maladie], je peux rien faire quoi, c’est là, à ce moment-là je me suis dit “ bon je vais faire attention “ puisque, enfin surtout pour le bébé, parce que j’ai pas envie qu’elle soit mise en danger pour une histoire de diabète gestationnel »

Entretien avec Amal Saïd, 26 ans, arabe, sans emploi (diplômée en économie et gestion d’entreprise), enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

Ainsi, bien que les femmes développant un DG adhèrent au discours médical mettant en avant la préservation de la santé du fœtus et du nouveau-né, celles-ci mettent en place un ensemble de stratégies pour faire face à l’anxiété générée par le suivi médical et les discours inquiétants sur les risques formulés par les professionnelles (voir chapitre 3). L’une d’elles consiste d’ailleurs à consommer « du sucre » (entendu ici comme des mets sucrés composés de sucre rapide) afin de gérer leur fatigue et leur anxiété au quotidien, pas forcément en lien avec le DG, mais impliquant un arbitrage du fait de la restriction attendue en termes de sucre. Anna Pénouel (39 ans, 2^{ème} enfant, professeure d’hébreu) explique par exemple que son premier fils encore jeune (moins de deux ans) ne « *fait pas ses nuits* » et que le sucre la « *rebooste* » au quotidien pour lutter contre la fatigue. Lydia Lamari (30 ans, 2^{ème} enfant, sans emploi) me dit également qu’elle a besoin de sucre pour calmer des crises d’angoisse qu’elle a parfois en pleine nuit du fait de sa situation (premier enfant porteur d’une maladie grave, logée en hôtel social). Amal Saïd (26 ans, 2^{ème} enfant, sans emploi) ressent également le besoin de « *manger des choses sucrées* » lorsqu’elle est « *stressée* ».

Les femmes développant un DG réalisent un travail rationnel de préservation de leur santé mentale face à la charge qui leur incombe dans le suivi de la maladie, sous-tendu par la preuve qu’elles doivent apporter de leurs capacités à être de « bonnes » mères en répondant parfaitement à l’exigence d’observance. Dans le cadre des maladies chroniques, Strauss et al. proposaient déjà de considérer le non-observance comme une manière de limiter le coût psychologique que représentent les adaptations qu’elle implique dans la vie quotidienne (Strauss 1976).

Or, non seulement, ce travail est impensé du côté des professionnelles mais leur anxiété peut être perçue négativement lorsque celle-ci s’exprime dans les interactions et que les femmes attendent d’être rassurées par les professionnelles (voir le cas des femmes perçues comme « trop observantes », chapitre 4). Là encore, cela repose sur leurs propres ressources pour réaliser ce

travail. Or, si cette charge pèse sur toutes les femmes, la contrainte de ce travail se décline différemment selon leur position sociale et leur situation matérielle au moment de la grossesse.

3. Le travail de gestion du DG : un endossement socialement différencié de la contrainte

Comme le rappelle Isabelle Baszanger à propos des maladies chroniques : « *la gestion quotidienne de la maladie - c'est-à-dire le travail effectué par le malade - se fait autant sinon plus sur des critères sociaux que médicaux. Ainsi les régimes et traitements ne sont pas automatiquement acceptés par les malades mais sont évalués par eux dans leurs conséquences* » (Baszanger, 1986 : 18). De la même façon, la gestion de la contrainte dans le suivi du DG, notamment sur le plan alimentaire mais pas seulement, est nécessairement socialement différenciée et dépend en particulier des conditions matérielles de chacune. Les femmes en situation de précarité font face à des contraintes économiques et matérielles faisant obstacle à la mise en place du régime alimentaire et à l'autosurveillance glycémique préconisées, tandis que les femmes de classe moyenne et aisée expérimentent des contraintes plutôt liées à leur activité professionnelle ou leur vie sociale. Par ailleurs, l'adhésion aux préconisations médicales dépend également de leur socialisation aux normes médicales mais aussi de leurs dispositions à adopter des comportements de santé d'autocontrôle.

Pour cette partie, j'ai mobilisé des catégories analytiques visant à positionner les femmes interrogées dans l'espace social et qui rendent compte d'une appropriation différenciée de la contrainte d'observance.

Encadré 6, Précisions sur le positionnement des femmes enceintes dans l'espace social

Comme expliqué dans le chapitre 1, à l'appui des éléments recueillis concernant les données sociodémographiques des patientes et des informations récoltées en entretien, j'ai construit quatre catégories d'analyse selon les conditions de vie matérielles des femmes ayant un DG (incluant la profession, la profession du conjoint, le niveau de diplôme, le logement, le niveau de couverture sociale, le statut administratif etc.) et qui sont les suivantes : les femmes en situation de précarité, les femmes appartenant aux classes populaires stables, les femmes de classe moyenne et les femmes de classe aisée.

Ce classement est surtout utile pour analyser les contraintes différenciées auxquelles font face les femmes ayant un DG dans le travail de gestion de la maladie. J'ai choisi de distinguer les femmes en situation de précarité et de classes populaires stables car ce travail est particulièrement différent entre ces deux catégories. Cela corrobore les résultats d'Anne-Marie Arborio et Marie-Hélène Lechien qui montrent une différence dans le rapport à la santé entre les fractions les plus pauvres des classes populaires et les classes populaires stables (Arborio et Lechien 2019a).

Les femmes que j'ai classées comme en situation de précarité sont au nombre de cinq et cumulent une situation de grande précarité économique, de précarité de lieu d'habitation et d'instabilité administrative. Quatre d'entre elles, Samia Naciri, Lydia Lamari, Simeng Zhou et Malaya Abao sont étrangères, en

situation irrégulière¹⁰⁴ sur le territoire français et vivent dans de très petites surfaces, insalubres ou inadapté à une vie digne. Une troisième, Ghyslaine Boloki est née en France et est de nationalité française et ses deux parents sont nés au Congo. Elle vit au Congo depuis huit ans lorsqu'elle tombe enceinte et décide de venir faire suivre sa grossesse en France. Lorsqu'elle arrive en France elle n'a plus d'ouverture de droits à la sécurité sociale et n'a pas les moyens financiers de se loger. Elle est donc hébergée dans le sous-sol d'amis de la famille.

Ensuite, j'ai classé six femmes comme appartenant aux classes populaires stable. Celles-ci sont majoritairement en couple avec enfants et sont logées de manière stable dans des logements sociaux. Deux d'entre elles travaillent au moment de l'enquête, l'une comme préparatrice en pharmacie et l'autre comme employée de ménage chez des particuliers. Les conjoints ont des professions « d'ouvriers » (cuisinier, chauffeur livreur...). Cinq sont suivies dans la maternité du Coudray et une dans la maternité Lachapelle.

Les femmes de classe moyenne sont au nombre de trois, elles sont également en couple, avec enfants pour deux d'entre elles, elles sont en activité et occupent des professions intermédiaires d'infirmière, comptable et employé du privé tandis que leurs conjoints sont auto-entrepreneurs, manager ou professeur. Elles sont toutes les trois logées dans le privé de manière confortable (en termes de surface). Ces trois femmes sont suivies dans la maternité du Coudray.

Les femmes de classe aisées sont représentées par onze femmes. Celles-ci sont également en couple, avec enfants pour huit d'entre elles. Elles occupent des emplois de cadre ou équivalent, telle qu'enseignante, architecte, ingénieure, directrice marketing etc. et leurs conjoints ont des emplois similaires. Elles sont propriétaires pour quatre d'entre elles et les autres sont logées dans le privé de manière confortable dans Paris ou des villes du Val-de-Marne de première couronne. Neuf sont suivies dans la maternité Lachapelle et deux dans la maternité du Coudray.

Il s'agit ici de catégories analytiques qui n'ont vocation qu'à relier quatre positions dans le rapport au suivi médical du DG des femmes enceinte et s'adossant à leurs conditions matérielles d'existence ; il ne s'agit pas de classer une fois pour toutes les patientes comme « précaires », populaires etc. En effet, comme le précisent Baudelot et Establet en reprenant les travaux de Maurice Halbwachs sur la consommation des groupes sociaux : « *Une classe sociale ne se définit pas par un niveau de ressources. Ce sont au contraire les conditions d'existence et de travail, les représentations sociales et la culture qui sont au principe des différences de classe et de genre de vie* » (Baudelot et Establet 1994 : 26). De sorte que cette classification rend compte des « *conditions d'existence* » des femmes à un instant T et ne recoupe pas entièrement leurs dispositions sociales qui pour certaines sont en dissonance avec leur situation actuelle. Pour les trois femmes catégorisées comme étant en situation de précarité, le déclassement social subi lors de leur migration vers la France, les place dans des situations de précarité en termes de revenus et de logement alors qu'elles disposent d'un capital économique, social et culturel les plaçant plutôt dans le haut de l'échelle sociale dans leur pays d'origine, notamment en termes de socialisation aux normes médicales. L'une d'elle est par exemple fille d'un professeur des universités et d'une diplomate et dirige une entreprise au Congo, quand deux autres exerçaient comme employées de pharmacie dans leur pays d'origine.

Cependant, bien qu'imparfait, ce classement permet de rendre compte des éventuelles inégalités subies par ces femmes au moment où je les rencontre, dans et au-delà des portes de l'hôpital. Il permet également de rendre compte du décalage éventuel entre les représentations des soignantes (vues au chapitre 4) et les réalités sociales des femmes.

¹⁰⁴ Simeng Zhou est arrivé en France avec un visa étudiant qui va expirer prochainement.

3.1 Les femmes en situation de précarité : un travail de gestion du DG contraint par des freins matériels, administratifs et sociaux.

Pour les cinq femmes en situation de précarité rencontrées, la gestion de la maladie est essentiellement compliquée par leur situation matérielle et socio-économique mais s'intrique également avec leur situation plus large concernant le logement ou la couverture sociale.

Sur le plan économique, on peut distinguer deux sous-groupes parmi elles. D'une part on trouve Lydia Lamari et Ghyslaine Boloki qui sont sans revenu et vivent seules en France avec un enfant (son fils de deux ans pour la première et sa fille de dix-huit ans pour la seconde). Leurs conjoints respectifs sont restés en Algérie et au Congo mais leurs moyens financiers restent très limités. Pour Ghyslaine Boloki, cela s'ajoute au fait qu'elle n'a pas d'ouverture de droit à la sécurité sociale car ne vivant plus en France depuis huit ans, alors qu'elle y est née, ses droits ont été fermés (ils seront rouverts juste au moment de la naissance de son enfant). Ces deux femmes m'ont relaté précisément la complexité de leur situation et l'impact que cela a eu sur le suivi de leur DG, tant du point de vue du régime alimentaire que de la surveillance des glycémies.

Sur le plan alimentaire, le fait de devoir augmenter la proportion de légumes et de protéines peut être un frein et la question du budget alimentaire, associé à d'autres problématiques, telles que les conditions matérielles pour cuisiner, le nombre de personnes à nourrir dans le foyer, sont des enjeux présents dans le quotidien de ces femmes. Ceci corrobore les résultats de grandes études sur la consommation des ménages en France qui montrent que les personnes vivant dans la précarité socio-économique « *consomment moins de fruits et légumes, de produits laitiers, de poissons et de viande que le reste de la population* » (Poulain & Tibère, 2008 : 4).

Lydia Lamari : Des fois, j'essaie de faire, tout en un, des trucs qui ne sont pas chers et que je peux me permettre [pour le diabète].

Aurélie : Oui, c'est ça, mais du coup les légumes, ce n'est pas le plus facile parce que c'est assez cher et il faut les cuisiner.

Lydia Lamari : Ah oui, j'achète. Ben souvent, j'achète chez Lidl, c'est un peu moins cher [...] L'oignon, je les ai achetés, à côté, c'était 5 kilos à 2€90 je crois, mais ça ne tient pas, il faut les utiliser vite fait parce que ça pourri... Parce que j'essaie de garder le budget pour [son fils]... Comme là, je n'avais pas de lait, j'étais obligée, je ne suis pas allée au Restos du Cœur, j'étais obligée d'acheter, j'ai trouvé ça en promotion chez la pharmacie à côté [...].

Puis elle me montre sur un document hospitalier le régime que son enfant doit suivre car lui aussi a des restrictions alimentaires spécifiques liées à sa pathologie rénale.

Aurélie : D'accord, ok ! Ah ben oui, mais entre son régime et votre régime, ça devient...

Lydia Lamari : Ça se complique mais je gère. Je gère, je gère bien [Rires] ! Parce que je ne gaspille pas l'argent pour n'importe quoi. Ce que mon mari il nous donne, ce qu'il peut m'envoyer donc du coup... J'essaie vraiment de limiter les dépenses sur ce qui est

très important. Si j'ai des petits caprices, de fois, je cède... Mais pas tout le temps, c'est vraiment, vraiment, vraiment rare.

Entretien avec Lydia Lamari, 30 ans, arabe, sans emploi (employée de pharmacie en Algérie), enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

Lydia Lamari m'explique ainsi qu'elle est contrainte d'acheter à manger au moindre coût possible car non seulement elle a très peu de revenus mais elle priorise ses achats pour la santé de son premier enfant. Elle a la possibilité de se procurer du lait pour lui aux « Restos du cœur » mais au cours de son parcours dans différents hôtels sociaux, elle est inscrite aux « Restos du cœur » dans une ville de banlieue à une heure de trajet en transports de son hôtel actuel qui se trouve dans Paris. Elle ne peut donc pas s'y rendre régulièrement et cela l'oblige à acheter du lait en pharmacie/supermarché de temps en temps. Dans ces cas-là, elle restreint encore plus ses autres dépenses. La complexité de sa situation, dans sa globalité, au-delà du seul aspect budgétaire, rend difficile son travail alimentaire pour suivre les préconisations dans le cadre d'un DG. Son premier enfant âgé de deux ans est atteint d'une maladie rénale grave lui demandant un régime alimentaire très contraignant, son lieu d'habitation instable ne lui permet pas de s'ancrer dans des aides associatives stables. L'espace dont elle dispose à l'hôtel rend compliquée la réalisation de plats nécessitant beaucoup de préparation etc. On retrouve ici les différentes dimensions des effets de la précarité sur l'alimentation, c'est à dire les difficultés économiques mais aussi matérielles (Ramel et Boissonnat 2018). Ici, cela va même plus loin puisque l'alimentation de Lydia Lamari dépend également de ses possibilités de mobilité.

Cependant, Lydia Lamari et Ghyslaine Boloki insistent davantage sur les restrictions qu'elles doivent s'imposer en termes de mets sucrés (gâteaux, viennoiseries, glaces etc.) et qui sont proscrits dans le régime préconisé pour le DG.

« Bah de toutes façons, vu que j'avais pas les finances et j'allais pas me dire : "je vais m'acheter un pain au chocolat" machin, donc tout était... Tous les petits surplus, je les avais pas »

Entretien avec Ghyslaine Boloki, 43 ans, noire, sans emploi en France (cheffe d'entreprise au Congo), enceinte de son 3^{ème} enfant, Maternité du Coudray

Ghyslaine Boloki et Lydia Lamari sont toutes deux issues de classe supérieure dans leur pays d'origine ce qui implique qu'elles ont été socialisées à manger des légumes et des protéines : Lydia Lamari me dit : « *dans notre cuisine algérienne, il y a presque tout, donc il y a les légumes* » ; Ghyslaine Boloki dit également : « *je suis très légumes* ». Les aménagements du régime alimentaire du DG avec leur situation économique concernent donc plutôt les « *surplus* » et « *caprices* ». Cependant, Ghyslaine Boloki est également contrainte d'intégrer dans son budget alimentaire la participation aux achats de la famille chez qui elle est hébergée.

« Mais l'alimentation, non c'est pas évident. Ici [les personnes chez qui elle est hébergée] on me dira jamais : “ faut que tu achètes à manger “, mais bon. Comme je vous ai dit, ici on est pas chez nous. Quand je bois à moi toute seule, un litre de lait par jour, surtout quand j'étais enceinte, bah ça pèse sur leurs factures ! Donc au bout d'un moment, il faut que vous achetiez du lait. Je mange beaucoup de fruits et tout ça donc oui il faut en acheter »

Entretien avec Ghyslaine Boloki, 43 ans, noire, sans emploi en France (cheffe d'entreprise au Congo), enceinte de son 3^{ème} enfant, Maternité du Coudray

Ghyslaine Boloki est donc dans une situation à la fois sécurisante par son hébergement stable et la possibilité de partager la nourriture achetée par la famille mais elle est également dans une posture inconfortable de dette non formulée. Elle doit aussi gérer la charge mentale de sa participation aux dépenses alimentaires de la famille. Lydia Lamari, elle, doit également composer avec ce qu'elle reçoit des « Restos du cœur », qui ne correspond pas toujours au régime préconisé par les soignantes.

« Comme le soir d'avant, là, ou j'ai mangé des sucreries donc maintenant c'est rouge [sa glycémie est notée en rouge dans l'application car elle au-dessus de la norme], Et si je me permets, au moment du repas de boire un verre de jus, je ne sais pas, une limonade qui est sucrée, truc comme ça, parce que des fois on me donne ça dans les Restos du Cœur donc je ne peux pas les jeter. Donc j'ai j'essaie quand même de boire un demi-verre ou un verre. Je vais aux Restos du Cœur mais des fois, y a trop de pâtes [Rires]. Donc j'en ai marre des pâtes ! Ils ont beaucoup de pâtes et de conserves de thon, confiture, des fois des fruits, des fois des légumes »

Entretien avec Lydia Lamari, 30 ans, arabe, sans emploi (employée de pharmacie en Algérie), enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

Lydia Lamari est tributaire de l'aide alimentaire qu'elle reçoit ce qui impact son suivi du régime alimentaire et ses taux de glycémies. Ces deux femmes font donc face à des contraintes liées à la fois à leur situation économique mais également à leurs conditions d'hébergement qui les rendent dépendantes d'autres ressources pour s'alimenter.

Il faut noter que Ghyslaine Boloki et Lydia Lamari se sont étendues longuement sur leurs situations respectives. Ceci s'explique par leur aisance à s'exprimer en français, mais aussi par leurs origines sociales élevées dans leur pays d'origine. Car Ghyslaine Boloki a une mère diplomate et un père directeur de recherche dans un institut national de recherche français, elle a poursuivi des études secondaires et monté son entreprise au Congo avec son mari. Lydia Lamari, elle, a un père photographe et une mère au foyer en Algérie et possède une licence d'anglais ainsi qu'une formation en comptabilité ; son mari est avocat et sa belle-famille est également de milieu aisé en Algérie. Ces deux femmes insistent pour m'expliquer que leur vie dans leur pays d'origine est très différente de leurs conditions d'existence en France. La première m'explique qu'elle une grande maison au Congo et qu'elle emploie une personne pour le ménage, le linge et la cuisine. La seconde me relate également qu'en Algérie elle vivait dans

une « villa », chez sa belle-famille, qu'elle y avait « *une belle vie* » et qu'elle ne supporte pas la saleté de sa chambre d'hôtel en précisant qu'il « *y a des gens qui peuvent supporter ça mais moi, c'était vraiment horrible comment c'était* ». Ces deux femmes mettent ainsi en avant leurs origines sociales élevées et opèrent une distinction sociale entre elles et les autres personnes qui se trouvent également en situation de précarité mais dont les origines sociales ne seraient pas les mêmes à leurs yeux.

Les trois autres femmes catégorisées comme étant en situation de précarité, Simeng Zhou, Malaya Abao et Samia Naciri, ne se sont pas exprimées de manière aussi directe sur les aspects économiques de leur alimentation. Cela s'explique d'une part par des situations économiques plus stables, bien que modestes, puisque ces trois femmes sont en couple et que soit les deux membres du couple travaillent, soit uniquement le conjoint¹⁰⁵. Ensuite, cela s'explique probablement par leur moindre maîtrise de la langue française puisque Malaya Abao est anglophone, Simeng Zhou parle le mandarin et un petit peu français et Samia Naciri parle un français rudimentaire. Pour autant, elles ont en commun avec Lydia Lamari et Ghyslaine Boloki, des difficultés dans la surveillance de leurs glycémies, directement en lien avec leurs réalités sociales.

Tout d'abord, pour Ghyslaine Boloki et Malaya Abao, cela tient également dans l'impossibilité de se procurer le matériel pour prélever leurs glycémies du fait d'une absence d'ouverture de droits à la sécurité sociale. Nous avons vu que Ghyslaine Boloki est née en France mais ayant quitté le pays depuis huit ans, elle n'a plus d'ouverture de droits lorsqu'elle revient. Pour Malaya Abao, la situation est différente. Celle-ci n'a pas de titre de séjour en France mais elle travaille de manière déclarée comme employée de ménage et ses revenus dépassent le plafond autorisé pour accéder à l'Aide Médicale d'Etat¹⁰⁶.

Le sage-femme¹⁰⁷, Sébastien Fougeray, homme blanc d'une trentaine d'années, reçoit Malaya Abao et son conjoint, tous deux philippins et attendant leur 1^{er} enfant. Les échanges se déroulent en anglais. Après avoir évoqué ses difficultés quant au régime alimentaire, le sage-femme lui demande si elle surveille ses glycémies. Malaya Abao : « Pas encore » / « Pas encore ! La semaine dernière vous avez dit " pas encore ", comment on contrôle ? » / « J'ai reçu mon salaire hier ».

¹⁰⁵ Simeng Zhou était serveuse dans le même restaurant que son conjoint en Contrat à Durée Déterminée, qui s'est achevé avant le début de sa grossesse. Samia Naciri gardait des enfants de manière non déclarée mais s'est arrêtée du fait de sa grossesse, son conjoint travaille à temps plein dans une station-service. Malaya Abao, elle, est employée de ménage chez des particuliers, tout comme son conjoint. Ils travaillent de manière déclarée bien qu'il et elle, soient « sans papier ».

¹⁰⁶ L'Aide Médicale d'Etat ou AME prévoit une couverture sociale pour les personnes étrangères en situation irrégulière présentes depuis plus de trois mois sur le territoire français et ne dépassant pas un certain plafond de revenus (14 357€ pour deux personnes dans les douze derniers mois).

¹⁰⁷ L'emploi du terme sage-femme pour les quelques professionnels de genre masculin (deux sur les deux terrains réunis) est admis puisque le terme « femme » fait référence à la femme qui est soignée et non au professionnel en question.

Elle explique ensuite que son conjoint va aller chercher l'appareil après le versement du salaire. Elle précise que pour tout acheter [stylo, lecteur et bandelettes], cela revient à plus de 100€. Son conjoint propose au sage-femme d'aller chercher le matériel immédiatement, ce à quoi celui-ci répond que ce n'est pas la peine, car « ça ne va rien changer pour aujourd'hui ».

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité Lachapelle, 07/10/2016

Ghyslaine Boloki me relate le même type d'expérience en entretien.

« Je crois que maintenant quelque part dans la machine, ça indique que je suis pas couverte. Donc je lui dis que c'est en cours, ce qui est effectivement le cas. Donc “ bon je vous fais quand même l'ordonnance machin chose, c'est très important “, elle m'explique maintenant le diabète : “ il faut mesurer matin-midi-soir [sur un ton moqueur] “ / “ oui, oui, oui [sur le ton de la dérision également] “. Le soir-même j'avais dans une pharmacie et je demande combien ça coûte. Et là toute l'ordonnance j'en avais pour 120€ [rires]. [...] Au moins, je suis à 70€ et là je suis dans : “ je compte mes sous “. Donc j'les ai dans mon portefeuille mais c'est pas possible, de les dépenser ».

Extrait d'entretien avec Ghyslaine Boloki, 43 ans, noire, sans emploi en France (cheffe d'entreprise au Congo), enceinte de son 3^{ème} enfant, Maternité du Coudray

Alors qu'elle a également rencontré l'assistante sociale du service, seule la psychologue lui propose d'avoir accès à une prise en charge à 100% du fait de sa situation administrative, mais lorsque celle-ci se renseigne, on l'informe qu'il n'y a pas de lecteur de glycémies à la pharmacie de l'hôpital. Elle m'explique qu'elle a ensuite essayé de se procurer ce matériel auprès de sa mère et d'une tante, toutes deux diabétiques, et qu'elle est même allée consulter le site « Leboncoin » mais aucune de ces solutions n'a fonctionné. L'absence de communication entre professionnelles, les dysfonctionnements institutionnels (pas de lecteur à la pharmacie centrale de l'hôpital), ainsi que la situation financière précaire de cette femme, constituent des obstacles qui ne pourront pas être contournés et elle ne suivra pas ses glycémies. Malaya Abao, elle, finira par acheter le lecteur de glycémie après huit mois de grossesse. Ici aussi, des solutions auraient pu être trouvées mais n'ont pas été proposées par méconnaissance de la situation précise de cette femme. J'apprends en effet, dans un échange de mail avec le Professeur Joseph, Diabétologue et chef de service de l'hôpital Rabelais, que celui-ci aurait pu fournir un lecteur de glycémie s'il avait eu connaissance de la situation car il en a toujours quelques-uns en réserve.

Ces situations de femmes n'ayant pas accès à la sécurité sociale sont relativement exceptionnelles mais elles permettent d'illustrer le peu de place pour les difficultés sociales dans les consultations médicales orientées uniquement sur la surveillance de l'équilibre des glycémies et des conséquences de la maladie (quand bien même ces difficultés ont un impact direct sur le suivi du DG). On pointe ici un paradoxe à suivre de près ces femmes, à leur demander d'être observantes et à ne pas s'enquérir de, ni s'adapter à, leurs réalités sociales.

Concernant les femmes suivies par l'hôpital Rabelais pour leur DG, les obstacles à l'accès au numérique peuvent constituer une réelle difficulté au quotidien, pour les femmes en situation de précarité en particulier. Le poids de la gestion de la maladie n'en est pas moins présent pour ces femmes et peut même s'alourdir lorsque les femmes ont bien perçu l'attente des professionnelles de rentrer chaque jour les chiffres de glycémies.

Aurélié : Et après, tout s'est passé assez facilement pour mettre en place le suivi avec le Dr Meunier et tout ?

Lydia Lamari : Oui, oui, c'est par mail.

Aurélié : Par internet. Vous avez un forfait internet et tout ça ?

Lydia Lamari : J'ai internet, ici, à l'hôtel. J'ai juste un forfait de 300 et quelques méga donc ce n'est pas beaucoup [Rires]. Donc ça finit vite fait parce que des fois, j'ai besoin de voir le trajet sur la RATP dehors. [...] Mais la Wifi ici, comme là, ça ne marche pas. Des fois ça ne marche pas pendant toute une journée et des fois quelques semaines, ça dépend. Et des fois, ça marche très bien [...] C'est pour ça, je ne mets pas les trucs quotidiennement [les glycémies dans l'application] mais pourvu qu'elle [Dr Anne Meunier, la diabétologue] les trouve avant la fin de semaine.

Extrait d'entretien avec Lydia Lamari, 30 ans, arabe, sans emploi en France (employée de pharmacie en Algérie), enceinte de son 2ème enfant, Maternité Lachapelle

Ce témoignage de Lydia Lamari met en avant le caractère intriqué des différents aspects de ses conditions de vie. En effet, celle-ci dispose de très peu de ressources économiques puisqu'elle réside en France pour faire bénéficier à son fils gravement malade de soins adéquats et qu'elle ne possède pas encore de titre de séjour pour cela. De ce fait, elle vit dans un hôtel où elle est hébergée par le 115. Son accès à internet est donc entravé à la fois par son forfait téléphonique limité et par le wifi de l'hôtel qui est instable, ce qui reflète l'état général de l'hôtel qui est insalubre. Dans ce contexte, Lydia Lamari tente malgré tout de répondre à l'attente de la diabétologue en remplissant ses résultats de glycémies régulièrement dans son application mais elle n'y parvient pas toujours.

Samia Naciri a également des difficultés puisque seul son mari possède un téléphone portable et elle explique que plusieurs jours passent avant qu'ils ne rentrent les glycémies dans l'application car celui-ci rentre très fatigué de son travail.

Samia Naciri : [...] Mais je n'ai pas de portable. Mon mari il a le portable mais... il rentre le soir, il rentre très fatigué. Il me dit : « Demain ». Il me dit : « Aujourd'hui, on fait, tu me rappelles, s'il te plaît, quand je rentre ... » Je dis : « Oui. » (Rires). [...]

Aurélié : Donc vous vous êtes quand même inscrite sur le site ?

Samia Naciri : Oui, c'est ça. J'ai inscrit. [...]

Aurélié : Mais après, vous n'avez pas rentré les chiffres ?

Samia Naciri : J'ai rentré les premiers temps. Mais les derniers temps, c'est... j'étais très fatiguée et je laisse tomber. Ça y est.

Entretien avec Samia Naciri, 38 ans, arabe, sans emploi (employée de pharmacie au Maroc, gardes d'enfants en France), enceinte de son 1^{er} enfant, Maternité Lachapelle

Dans le cas de Samia Naciri, le contexte de travail de son mari qui travaille dans une station-service de dix heures à dix-neuf heures, voire plus tard ; ajouté au fait qu'ils ne possèdent qu'un seul téléphone rend difficile la régularité de suivi des glycémies dans l'application. Les rapports hommes-femmes tels qu'ils se jouent dans ce couple participent probablement de cette situation puisque seul son mari possède un téléphone portable et semble maîtriser suffisamment la technologie de l'application, ce qui rend cette femme dépendante de sa présence pour remplir son tableau de glycémie.

Ainsi, l'exigence d'une observance linéaire et encadrée par des échanges lointains et virtuels avec les professionnelles de santé paraît contradictoire avec la réalité de vie de cette femme. La promesse d'allègement des contraintes en évitant des consultations plus fréquentes grâce à l'application numérique semble tenir uniquement à certaines conditions et ne concerne pas toutes les femmes développant un DG. Les femmes de classe moyenne et supérieure se saisissent plus aisément de cette technologie et bénéficient alors de ses avantages. En revanche, certaines femmes appartenant aux classes populaires stables ont également fait face à des contraintes dans l'usage du lecteur de glycémies ou de l'application numérique, non pas sur le plan matériel (acquérir le matériel ou avoir du forfait internet), mais sur le plan de la socialisation aux outils numériques.

Moussou Doucoure, femme noire de trente-six ans, enceinte de son 6^{ème} enfant est récemment divorcée et travaillait comme employée de ménage mais ne travaille plus actuellement. Elle est de nationalité malienne et a un titre de séjour renouvelable tous les ans. Celle-ci vit dans un logement social, une maison, avec ses cinq enfants. Elle ne parle que quelques mots de français et ne peut ni lire ni écrire, que ce soit en français ou dans sa langue maternelle car elle n'a pas été scolarisée. Ceci lui a posé des problèmes majeurs dans le suivi de son DG sur le plan du suivi des glycémies car elle ne pouvait manipuler le lecteur de glycémies et reporter les chiffres obtenus dans son carnet. Ce sont donc ses enfants aînés qui l'ont aidée. Mais eux-mêmes n'ont pas réussi à manipuler l'appareil. Lors de sa consultation aux explorations fonctionnelles à la maternité du Coudray, à huit mois et demi de grossesse, il est ainsi noté dans son dossier « *diabète non suivi, n'arrive pas à se servir de la machine (suit le régime a priori) Difficultés de compréhension. Nouvelle tentative et explos [explorations fonctionnelles] dans 8 jours* ». A la consultation suivante il est noté « *vient ce jour pour montrer carnet mais rien de noté, rien noté dans l'appareil non plus* ». J'assiste à cette consultation où la sage-femme est perplexe devant un lecteur de glycémie dans lequel elle ne retrouve aucun chiffre : la mémoire de l'appareil contient le message « ERR 1 » à chaque prise de glycémie. En entretien, Moussou Doucoure m'explique avec sa fille qui nous aide pour la traduction qu'en effet elle et ses enfants

n'ont pas su se servir de la machine. Moussou sera déclenchée à presque neuf mois pour « *diabète non surveillé* ». Les situations de décisions de déclenchements pour non-observance dont celle-ci sont analysées en détail dans le chapitre 6. Là encore, aucune solution ne lui est proposée. Nous avons vu au chapitre précédent que Nathalie Lefebvre met en place des visites à domicile d'une sage-femme de PMI (Protection Maternelle et Infantile) pour une de ses patientes également malienne et non francophone. Ce qui n'est pas le cas pour cette patiente. Ces solutions semblent toujours tributaires de la disponibilité et du bon vouloir des professionnelles mais aussi de leur implication, ce qui est augmentée lorsqu'elles suivent les patientes sur plusieurs consultations (ce qui est le cas de Nathalie Lefebvre dans la situation décrite).

Fanta Diallo, femme noire de vingt-huit ans, enceinte de son deuxième enfant, qui ne travaille pas du fait d'un handicap physique, est mariée et vit dans un logement social avec son fils, sa mère et ses deux sœurs. Elle est suivie à la maternité Lachapelle et rencontre des difficultés dans l'accès à l'application numérique non pas pour des raisons économiques et matérielles mais pour des motifs d'ordre cognitif. Celle-ci m'explique ainsi qu'elle n'est pas capable de manipuler l'application car elle ne comprend pas comment ça marche.

Fanta Diallo : Je me suis dit : « OK parce que moi, je ne suis pas trop internet ». Du coup, j'ai installé quand même parce que j'aimerais bien surveiller comme l'autre [comme les autres]. J'ai installé. Après, tout ce qu'ils racontent dedans, je ne sais pas du tout.

Aurélié : Donc ça, vous ne compreniez pas...

Fanta Diallo : Voilà. Et je me suis dit : « Bon bref ! Vas-y, laisse tomber. Arrête de manger du sucre et des trucs sucrés, etc. » [...] Et c'est pour ça que je n'ai pas suivi.

Entretien avec Fanta Diallo, 28 ans, noire, sans emploi (CAP prêt-à-porter), en situation de handicap, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

Ainsi, l'impossibilité pour Fanta Diallo de se saisir de l'outil numérique l'empêche de suivre son DG comme les autres. La fracture numérique qui peut se donner à voir parmi les femmes suivies pour leur DG à la maternité Lachapelle, en collaboration avec l'hôpital Rabelais, n'occasionne pas de propositions alternatives pour le suivi des glycémies par les professionnelles. Pendant une période, il était proposé aux femmes ne pouvant utiliser l'application numérique de communiquer leurs résultats de glycémies auprès de la secrétaire du service de diabétologie, par téléphone. Mais cette solution n'a pas perduré du fait de son départ non remplacé. L'équipe de diabétologues semble pourtant s'intéresser à la question de l'adhésion des patientes au suivi numérique puisqu'elle a procédé à plusieurs enquêtes sur les femmes « *perdues de vue* », c'est-à-dire ne s'étant pas présentées à « *l'atelier diabète* » ou ne se connectant pas ou plus à l'application malgré plusieurs relances. Néanmoins, aucune réflexion ne semble émerger sur le développement de programmes d'éducation thérapeutique à

destination des femmes enceintes ayant un DG, ni sur la possibilité de ne proposer l'application numérique qu'à celles qui le veulent et le peuvent et de prévoir des solutions alternatives, telles que des consultations en direct ou par téléphone, pour les autres.

Ainsi, les contraintes s'exerçant sur les femmes en situations de précarité et sur certaines femmes de classes populaires laissent entrevoir l'impact des conditions d'existence sur leur travail de gestion de la maladie. La prise en charge centrée sur l'objectif d'observance paraît inadaptée aux réalités sociales de ces femmes qui sont alors peu prises en compte. Qu'en est-il pour les femmes situées à l'autre bout de l'échelle sociale ?

3.2 Les femmes de classe moyenne et aisée : un travail de gestion du DG facilité par une socialisation aux normes médicales

Les femmes expliquent également le travail que représente la gestion des mesures glycémiques à heures régulières et les stratégies mises en place afin d'inscrire ce travail dans leur vie quotidienne.

Pour réaliser le travail de gestion de la maladie du DG dans ce contexte d'exigence d'observance, les femmes de classes moyenne et aisée font face à des contraintes différentes de celles des femmes de classes populaires (stables ou en situation de précarité). Les enjeux résident davantage dans la manière de faire coïncider ce suivi avec leur vie « d'avant » le DG, sans la perturber. Autrement dit, il s'agira de mettre en place le régime alimentaire et la surveillance des glycémies, tout en travaillant, tout en partant en vacances, tout en participant à des événements festifs etc. Avoir une activité professionnelle est régulièrement avancé comme une difficulté centrale par ces femmes dans la gestion de leur maladie : moins de choix dans les repas mais aussi stress, fatigue... L'arrêt de travail est potentiellement proposé aux femmes qui le souhaitent, mais ce n'est pas systématique. Par exemple, Yasmina Ziada (39 ans, 2^{ème} enfant, hôtesse de l'air / exerce en bureau le temps de sa grossesse), et Marie Jourdain (30 ans, 2^{ème} enfant, cadre de santé à l'hôpital), m'expliquent toutes deux que le fait d'avoir eu un arrêt maladie a été très bénéfique pour le suivi de leur DG. En entretien, Marie Jourdain imagine si elle avait dû prendre ses repas au travail, à quel point cela aurait été contraignant pour que ceux-ci soient compatibles avec le régime alimentaire préconisé.

« Alors, soit il faut amener son plat et là, du coup, c'est hyper compliqué parce qu'il faut tout le temps préparer à l'avance. Soit, il y a dans plein d'endroits, on va au restau[-rant] donc ben restau[-rant] là, c'est compliqué. Et même le self... Ben nous, on va au self ou des fois, on va à la cafet[-éria], donc la cafet[-éria], c'est les sandwichs et les wraps ; les pâtes et les salades, les trucs comme ça donc voilà. Si j'avais continué à travailler, qu'il fallait faire avec ça, ça aurait été hyper compliqué »

Entretien avec Marie Jourdain, 30 ans, blanche, cadre de santé à l'hôpital, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

Véronique Fournier va dans le même sens puisqu'elle explique que lorsqu'elle travaillait encore comme infirmière à domicile, elle ne parvenait pas à se nourrir de manière équilibrée, d'autant plus qu'elle avait des nausées importantes durant cette période.

« Avec le travail, je n'ai pas un mode, non plus, d'alimentation équilibrée. Quand on travaille, on part très tôt le matin. Donc à cinq heures et demie, bah, j'avalais deux petits princes parce que c'est tout ce qui passait. [...] c'est vrai qu'après, la pause, c'était plutôt 15 heures / 15 heures 30 pour manger quelque chose. Donc, ça passait. Du coup, ce que je faisais, ce qui passait...[par rapport à ses nausées et vomissements] ce n'étaient que les pâtes, donc, c'était plat de pâtes »

Entretien avec Véronique Fournier, 41 ans, blanche, infirmière, enceinte de son 1^{er} enfant, Maternité du Coudray

Nous avons vu plus haut que le temps représente également une donnée essentielle afin de réaliser le travail alimentaire lié au régime du DG. De sorte que lorsqu'elles ne sont pas en arrêt de travail, ces femmes se retrouvent en difficulté pour supporter cette charge organisationnelle.

Par ailleurs, les femmes de classe moyenne et aisée mettent en avant les moments de partage et de convivialité liés à l'alimentation et qui ont des effets sur le suivi du régime alimentaire préconisé dans le DG. L'importance de la commensalité tient au fait qu'elles sont déjà inscrites dans des réseaux familiaux, amicaux qui leur donnent l'occasion de partager régulièrement des repas avec des personnes extérieures à leur foyer. Bien que les femmes catégorisées de classes populaires ou en situation de précarité aient probablement également des repas partagés et conviviaux, ceci se distingue fortement dans les propos entre les deux groupes, ce qui témoigne que cet aspect n'est pas apparu comme une contrainte première pour ces dernières.

« Voilà, j'ai des anniversaires... Là, ben hier, c'était l'épiphanie avec toute la famille. Bon bah, il y a toujours quelque chose, donc c'est vrai qu'il faut quand même se restreindre soi-même, quoi parce qu'il y en a beaucoup des occasions c'est ça le problème [Rires]! »

Entretien avec Jessica Flamen, 32 ans, blanche, architecte, enceinte de son 1^{er} enfant, Maternité Lachapelle

Les occasions de manger à l'extérieur du foyer pour des événements festifs sont régulièrement évoquées par ces femmes et représentent des moments de tentation qu'elles s'efforcent de gérer au mieux distinguant ainsi commensalité ordinaire et commensalité festive (Fournier 2012 : 45). Cependant, les discours sont largement portés sur la gestion de la contrainte du régime

alimentaire même lors de ces repas festifs et révèlent des dispositions à l'auto-contrainte. Comme le dit Julie Rivière (30 ans, 2^{ème} enfant, infirmière) : « *Je ne fais pas d'écart. Même au restaurant, j'évite les desserts maintenant* ». Cette capacité à l'auto-contrainte les conduit à s'autoriser des écarts qu'elles sauront compenser ensuite. Emilie Petit (34 ans, 2^{ème} enfant, ingénieure) explique par exemple que la période des fêtes de fin d'année a été plus difficile pour suivre le régime alimentaire ainsi que celle où elle a déménagé mais qu'ensuite elle a repris le suivi des recommandations : « *On est installés, voilà. Le frigo est bien rempli. Il y a tous les légumes et tout ce qu'il faut [Rires] pour se faire à manger* ».

Les vacances sont également un critère intervenant spécifiquement dans le travail alimentaire des femmes de classe moyenne et aisée puisque celles-ci avancent que ces moments leur permettent à la fois de manger plus sainement mais également de faire davantage d'activité physique, ce qui régule leurs glycémies.

« Voilà, parce qu'il y a tellement de facteurs qui rentrent en jeu. Bon après, moi, j'ai travaillé jusqu'à la semaine dernière, donc j'étais un peu stressée et tout ça. Et c'est vrai que cet été, j'ai pris un mois et demi de vacances. J'ai vachement dormi, j'ai nagé tous les jours une heure, j'étais quand même détendue. J'ai eu moins de reflux. J'ai mangé beaucoup de légumes, j'étais quand même plus relax ».

Entretien Sarah Benchimol, 48 ans, arabe, Cheffe d'entreprise, enceinte de son 1^{er} enfant, Maternité Lachapelle

Sarah Benchimol n'a pas pris son congé maternité et a travaillé jusqu'à la fin de sa grossesse. Sa comparaison entre les périodes de travail et les périodes de vacances met en avant les bénéfices de ces dernières sur son alimentation, en adéquation avec les recommandations dans le DG, tant sur le plan alimentaire que sur celui de l'activité physique. En effet, pour cette femme, le lien entre stress, sommeil, alimentation et digestion impacte négativement son quotidien tandis que les vacances sont sources d'apaisement et d'un cercle vertueux concernant le suivi du régime alimentaire. Pour d'autres, au contraire, les vacances sont sources d'éloignement des prescriptions alimentaires du fait des repas conviviaux qu'elles peuvent impliquer.

Amanda Bonnemain, sage-femme indienne de 33 ans, reçoit une femme blanche qui attend son 2^{ème} enfant et est à huit mois de grossesse. Celle-ci explique en montrant son carnet de glycémies : « il y a deux semaines de vacances où c'était horrible mais après j'ai essayé de contrôler » / « qui a entouré les valeurs? » / « c'est moi, pour voir... » / « où on en est, oui... Effectivement, faut plus partir en vacances! »

Journal de terrain, Consultation de suivi de grossesse, Maternité du Coudray, 19/11/2015

Cette femme est donc en mesure d'analyser elle-même ses glycémies et explique avoir repris le contrôle de son alimentation après les vacances qui ont perturbé ses taux. Marie Jourdain,

elle, explique que les vacances ont eu un effet négatif dans le sens d'une baisse de ses glycémies trop importante.

« On est parti à la montagne donc je faisais quand même de l'activité et tout ça, et je me suis retrouvée plusieurs fois en postprandial assez basse, parce que je pense que je faisais de l'activité, et que je n'avais pas mangé assez. Donc du coup j'ai changé dans le sens où je me force à manger. Alors moi, je mangeais peu de dessert, en général. Le midi, c'est une entrée, des crudités et des choses comme ça et un plat. Et je ne mangeais pas forcément entre... enfin entrée, légumes, féculents, viande et du fromage et dessert. Et, en fait eux [les soignants], ils préconisent de manger tout ça »

Entretien avec Marie Jourdain, 30 ans, blanche, cadre de santé à l'hôpital, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

Cette capacité à ajuster leurs comportements alimentaires afin de réguler au mieux leurs glycémies en fonction d'évènements de vie comme les vacances est plutôt l'apanage des femmes de classes sociales supérieures. D'ailleurs, ce sont uniquement les femmes de ces catégories qui ont mentionné l'activité physique comme un moyen de réguler leurs taux de glycémie en complément du régime alimentaire.

Marie Jourdain explique à Isabelle Blanc, sage-femme blanche de 52 ans que lorsque son fils de cinq ans est en vacances elle bouge davantage : « donc quand je m'active plus, c'est mieux [ses taux de glycémie] ».

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité Lachapelle, 09/01/2017

L'activité physique, entendu comme un temps pris spécifiquement pour dépenser des calories, repose sur la possibilité qu'elles ont de gérer leur temps de façon plus souple. Comme cette femme qui explique en consultation à la sage-femme qu'elle a pris l'habitude de danser entre vingt et trente minutes après le déjeuner et le dîner pour réguler ses glycémies. Véronique Fournier utilise le même type de stratégie.

« Maintenant, ce que je fais, c'est ça, c'est que je fais des petites courses. J'y vais ponctuellement, il y a un Carrefour Market plus loin, sur l'avenue, ça me fait 20 minutes de marche aller, 20 minutes de retour. En gros, ça me fait une heure d'activité dans la journée [...] Ou la voisine qui emmène sa petite au parc, donc du coup, bah, samedi, je suis allée avec elle. Donc, le parc, c'est pareil, ça fait bien 30 minutes de marche donc c'est bien. Et c'est vrai que le dextro, tout de suite, je suis plutôt basse dès que j'ai de l'activité physique ».

Entretien avec Véronique Fournier, 41 ans, blanche, infirmière, enceinte de son 1^{er} enfant, Maternité du Coudray

Les femmes de classes sociales supérieures peuvent donc faire face à certaines contraintes communes avec les femmes de classes populaires dans la mesure où elles portent comme elles la majeure partie du travail alimentaire au sein de leur foyer, mais leur possibilité d'agir pour aménager les contraintes du suivi de la maladie sont plus grandes. Par exemple, étant moins confrontées au travail non déclaré ou aux contrats de travail précaires, elles peuvent plus facilement bénéficier d'un arrêt de travail.

Bien sûr leur capital économique est également avantageux lorsqu'il s'agit d'augmenter la proportion de légumes dans leur alimentation mais il s'agit également de dispositions sociales fondées sur des dispositions acquises avant la grossesse à se nourrir « sainement » et à avoir recours à une activité physique.

« Voilà, j'ai grandi dans une famille, quand même, où les gens faisaient vraiment attention. Enfin, moi je mangeais énormément de légumes, énormément de poissons... Pas gras. On ne boit pas d'alcool. La cuisine au beurre, je ne sais pas ce que c'est. Donc, ça ne veut pas dire que je ne mange pas de gâteaux, que je ne mange pas de sucre etc. Mais, ce que je veux dire par là, c'est que la base est quand même... Mais après, ça ne veut pas dire que je n'ai pas de diabète quoi ».

Entretien avec Sarah Benchimol, 49 ans, arabe, cheffe d'entreprise, enceinte de son 1^{er} enfant, Maternité Lachapelle

Sarah Benchimol estime avoir une base saine d'alimentation qui lui permet de maîtriser ses apports même s'il lui arrive de consommer des aliments sucrés.

« [...] Mais, sinon je dirais que si on arrive à mettre un petit peu de féculents, 100 grammes comme ce qu'il est recommandé, je ne trouve pas que ce soit vraiment dur. C'est du bon sens, et c'est ce qu'on essaie de faire quand on ne veut pas trop prendre de poids. [...] Je pense qu'il n'y a rien de sorcier puisque, finalement, on ne supprime rien, à part effectivement, un petit peu, les sucreries ».

Entretien avec Emilie Petit, 34 ans, blanche, ingénieure, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

Pour Emilie Petit la maîtrise de l'alimentation correspond également à la maîtrise de son poids.

« Alors moi, j'étais infirmière longtemps, avec les enfants dans les bulles. Donc beaucoup d'enfants sous corticoïdes. Donc du coup, effectivement, on fait [des régimes] sans sel, sans sucre. Donc les conseils, on les donnait. Oui, moi, j'avais une notion, au niveau de l'équilibre alimentaire et puis voilà. Je sais très bien ce qu'il faut manger et ne pas manger. Alors en peu plus, je ne suis pas très sucrée, donc je ne suis pas très chocolat. Donc ça, je ne mangeais pas trop. Et puis, on fait, ben voilà, on fait l'expérience. Le biscuit, ça m'a servi de leçon une fois, donc je me suis dit vraiment... vous connaissez les REM [marque de gâteau], le matin, les casse-croûtes REM-là ».

Entretien avec Marie Jourdain, 30 ans blanche, cadre de santé à l'hôpital, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

Marie Jourdain (30 ans, 2^{ème} enfant, cadre de santé à l'hôpital) s'appuie à la fois sur ses prédispositions à manger de manière équilibrée, sur ses connaissances acquises au cours de son expérience professionnelle en tant qu'infirmière et sur son expérience au cours de la grossesse. Si bien que la mise en œuvre du travail alimentaire pour ces femmes ne les exempte pas d'une certaine charge, ni d'une certaine frustration mais leurs ressources sociales leur permettent de réajuster sans cesse leurs comportements alimentaires afin qu'ils soient conformes aux attendus médicaux. En effet, « *si on retrouve l'importance de cette notion de plaisir, sous des formes différentes, dans tous les milieux sociaux, des variations apparaissent dès lors qu'on regarde le rapport aux normes nutritionnelles, qui sont reçues très différemment selon le milieu social.*

Le rapport à l'alimentation des milieux populaires peut ainsi se trouver en contradiction avec le suivi de ces normes, perçues comme trop nombreuses, contradictoires, et surtout déconnectées des savoirs et des pratiques quotidiennes » (de Saint Pol 2017 : 17).

Certaines femmes de classes sociales supérieures estiment même que le régime préconise des repas trop copieux, pas assez contrôlés en gras. Lors d'un « atelier diabète » à l'Hôpital Rabelais, la diététicienne, Stéphanie Pujol présente différentes solutions d'adaptation à certaines habitudes antérieures à la grossesse.

Stéphanie Pujol, diététicienne blanche de 34 ans s'adresse au quatre femmes présentes : « préférez les fraises à la chantilly plutôt qu'au sucre ». Une femme enceinte qui est psychologue commente : « c'est un choix entre l'obésité et le diabète ! »

Journal de terrain, Atelier diabète, Hôpital Rabelais, 28/06/2016

Karine Kanin emploie également le terme « obésité » pour parler du régime préconisé dans le DG.

« Moi, j'ai fait un régime où j'ai déjà perdu huit kilos. J'ai arrêté le gluten et je ne mange plus de sucre donc ça fait déjà longtemps. Donc là, on me dit d'arrêter le sucre, bon il n'y a pas de problème, j'ai l'habitude hein. Ça doit être difficile pour d'autres personnes... Mais vous me demandez de manger ça, ça et ça [les différentes catégories d'aliments préconisés dans le régime du DG] mais je vais devenir obèse avec votre régime-là ! »

Entretien avec Karine Aknin, 39 ans, blanche, directrice marketing, enceinte de son 2ème enfant, Maternité Lachapelle

Cette femme insiste sur le fait que ce régime ne présente pas de réelle difficulté pour elle puisqu'il correspond en partie à ses habitudes alimentaires d'avant la grossesse en termes de qualité. Pour autant, cela lui semble inadapté en termes de quantité, elle qui procède à un contrôle de son poids et donc de son alimentation sur ce plan. En cherchant à se distinguer des femmes adeptes de sucre, elle se considère comme peu destinataire de ces messages médicaux qui lui sont déjà acquis. Le contrôle du corps constitue alors un marqueur de classe sociale tout autant qu'une lieu possible de distinction (Bourdieu 1979; Darmon 2008).

Pour certaines femmes, la difficulté du régime réside au contraire dans la frustration et la faim qu'il induit (voir supra) ce qu'elles acceptent, au nom du suivi demandé et auquel elles se plient. Clémence Jullian et Isabelle Blanc, deux sages-femmes blanches de respectivement vingt-sept et cinquante-deux ans, que j'ai fréquemment observées aux explorations fonctionnelles de la maternité Lachapelle, demandent régulièrement aux femmes qu'elles reçoivent pour un DG si elles ont faim ; ce que je n'ai pas observé dans la maternité du Coudray où les sages-femmes en charge des explorations fonctionnelles s'occupent également des femmes ayant de l'insuline, ce qui leur laisse moins de place pour un accompagnement plus individualisé des patientes (voir

chapitre 3). Les femmes suivies à la maternité Lachapelle répondent souvent que c'est le cas mais qu'elles se plient malgré tout aux recommandations comme en témoigne les extraits suivants, issus d'observations aux explorations fonctionnelles : « *si j'ai faim mais bon j'ai pas le choix* », « *j'ai eu faim, ça va c'était l'été, mais j'ai eu faim* », « *si, elle dit qu'elle a faim* » (un mari qui traduit pour sa femme), « *j'ai fait des efforts, du coup je mange très peu de féculent, parfois j'ai faim mais je fais autre chose pour pas y penser* ». A ces propos Isabelle Blanc leur conseille de prendre une « collation » comme cela est autorisé dans le régime. L'une des femmes enceintes, Emilie Petit, résume ainsi en entretien : « *parce que normalement, le régime n'est pas censé nous faire perdre d'énergie mais bon, un petit peu quand même quoi !* ».

Ainsi, l'application des recommandations semble facilitée pour ces femmes du fait d'une socialisation aux normes médicales, en particulier alimentaires, mais également et surtout par une possibilité de contrôle et d'ajustements permanents dans leur travail de gestion du DG, leurs conditions de vie leur laissant une plus grande marge de manœuvre en termes de gestion du temps et d'aménagement de leur quotidien.

Néanmoins, au-delà d'une lecture qui voudrait que le rapport à l'alimentation soit passif pour les unes et contrôlé pour les autres, les femmes de classes populaires peuvent se positionner, en toute conscience, en décalage avec ces normes sanitaires, tandis que les femmes de classes sociales supérieures peuvent y être soumises (Régnier et Masullo 2009).

3.3 Le travail de gestion du DG, une contrainte uniquement pour les femmes de classes populaires ?

La notion de contrainte traverse la question de l'alimentation et se trouve renforcée dans le DG où ces normes s'appliquent de manière privilégiée aux femmes, pour elles-mêmes mais aussi pour leurs familles ainsi que leur fœtus et nouveau-né, mais elle prend des formes différentes selon leur appartenance sociale.

Ainsi, les femmes de classes populaires peuvent témoigner d'une certaine liberté prise dans l'application du régime alimentaire en mobilisant des savoirs profanes par exemple. Moussou Doucoure (36 ans, 6^{ème} enfant, sans emploi) et Fanta Diallo (26 ans, 2^{ème} enfant, sans emploi) me disent toutes les deux qu'elles mangent ce que le « *bébé [leur] demande* ». Elles expliquent ainsi que lorsque le fœtus bouge cela signifie qu'il a faim ou que leur sensation de faim est le reflet de celle du fœtus. Elles s'alimentent donc en fonction de l'interprétation de ces signes physiques (Boltanski 1971). Fanta Diallo précise ainsi :

Fanta Diallo : Bon, après moi, toutes les alimentations qu'on m'a parlé, ce que je mange, ce que je ne mange pas, le problème, c'est que moi je mange tout ce que le bébé il demande, en fait [rires]. Par exemple, s'ils disent qu'il ne faut pas manger deux bananes par jour, pfff, bah moi...

Aurélié : Si vous en avez envie, vous les mangez ?

Fanta Diallo : Voilà, c'est ça ! Après, une heure après, je me pique quand même [mesure de la glycémie] pour voir hein mais je mange quand même tout ce que le bébé il demande.

Aurélié : D'accord. Donc, vous n'avez pas vraiment suivi ?

Fanta Diallo : Voilà, voilà. Je me pique quand même mais « mange ça, ne mange pas ça », je n'ai pas calculé, j'ai tout mélangé. Je n'ai pas changé du tout. C'est juste à la fin. À la fin, j'ai changé, je commençais à faire ce qu'ils m'ont demandé, j'ai commencé à faire attention puisque ça m'inquiétait.

Entretien avec Fanta Diallo, 28 ans, noire, sans emploi (CAP prêt-à-porter), en situation de handicap, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

Samia Naciri, elle, s'appuie sur les savoirs religieux pour concevoir son alimentation.

Samia Naciri : On fait 7 dattes comme ça [Rires], je le mets comme ça [mime].

Aurélié : Et vous avez le droit à des dattes ? Ce n'est pas trop sucré ?

Samia Naciri : C'est sucré mais tu fais les quantités. Y a le droit, c'est 5 ou 7. [...] Le prophète, il sait des choses. C'est Allah qui a dit ça. Ils savent des choses... [...] Ce qui n'est pas bon. Ils savent tout ça. Si tu vas partir à un docteur, il va dire la même chose. Il va dire : « Oui, c'est comme ça. Ce n'est pas méchant, il faut manger comme ça, comme ça [elle mime avec les mains des petites quantités], les quantités. Il faut faire 3, 5 ou 7.

Entretien avec Samia Naciri, 38 ans, arabe, sans emploi (employée de pharmacie au Maroc, gardes d'enfants en France), enceinte de son 1^{er} enfant, Maternité Lachapelle

Pour cette femme, le respect des préceptes alimentaires conçus par le prophète de l'Islam est une garantie de bonne santé. Ceci n'est pas en contradiction avec le régime qui lui est préconisé dans le DG car cela s'appuie sur un savoir tout aussi légitime et proche du savoir médical.

Quant à Lydia Lamari, elle s'éloigne également des préconisations par impossibilité de cuisiner des légumes comme elle aime les consommer.

Aurélié : mais vous arrivez à faire comme ils disent, féculents et légumes à chaque fois ?

Lydia Lamari : Non. Parce que j'ai... le problème, c'est que c'est... je, je suis mes envies (Rires). Et je n'aime pas trop, trop, trop les légumes, à côté. On a des tajines avec les légumes comme aubergine, pomme de terre, ensemble [mais pas séparés] ou carrément des carottes, courgettes, pomme de terre, ça on peut faire. Mais des fois, je vois ce que j'ai envie de manger. Et j'ai toujours envie plus de purées, plus de pâtes ou plus de riz.

Entretien avec Lydia Lamari, 30 ans, arabe, sans emploi (employée de pharmacie en Algérie), enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

Les envies de Lydia Lamari sont probablement liées au fait qu'il lui est impossible de cuisiner des tajines dans sa chambre d'hôtel où elle a uniquement une petite plaque électrique et un four à micro-ondes (il y a une cuisine collective, mais elle se trouve à un autre étage) et à son état de grossesse. Comme vu en début de chapitre, celle-ci s'autorise également à consommer du sucre la nuit lorsqu'elle a des angoisses liées à sa situation en France.

Cependant, bien qu'elles ne les reprennent pas nécessairement à leur compte, ces femmes ont assimilé les normes médicales et sanitaires à propos de l'alimentation. Lydia m'explique par exemple : « *dans notre cuisine algérienne, donc il y a presque tout, donc il y a les légumes, il y a... On va dire, c'est pas sucré* ». Samia Naciri me précise en riant que les fêtes de mariage au Maroc « *c'est pas régime !* » et Fanta Diallo précise qu'elle essaie malgré tout de limiter les bananes et qu'elle a remplacé le chocolat sur ses fraises par du citron pour répondre aux préconisations du régime.

Comme plusieurs travaux l'ont montré le fait d'être convaincu des messages de prévention en santé ne suffit pas pour en appliquer le contenu à sa propre vie quotidienne. Que ce soit dans la lutte contre le tabagisme (Peretti-Watel 2006) ou l'objectif de modifications de l'hygiène de vie (alimentation et activité physique) (Poulain 2013), les campagnes de prévention buttent sur la discordance entre appropriation des messages et leur mise en pratiques.

Deux femmes parmi mes enquêtées ont également mis en avant une discordance entre les normes préconisées et leurs habitudes alimentaires héritées de leur culture d'origine. Alimatou Traore (24 ans, 2^{ème} enfant, sans emploi), est malienne et arrivée en France il y a quatre ans et Simeng Zhou (34 ans, 2^{ème} enfant, sans emploi) est chinoise et arrivée en France il y a neuf ans. Toutes deux conçoivent l'alimentation française comme plus saine et plus adaptée afin de ne pas développer de DG ou le réguler correctement, tandis que la façon de se nourrir dans leurs pays d'origine, leur paraît incompatible avec cette maladie. Leurs efforts d'adaptation pour répondre aux préconisations alimentaires s'en trouvent alors complexifiés par cette dimension supplémentaire et les rapports de pouvoir qu'elle implique, ce qui a également été démontré dans le cadre du DT2 (Braud, 2009).

De l'autre côté, si les femmes de classes moyenne et aisée semblent endosser plus facilement les recommandations (voir supra), elles investissent la contrainte du suivi du DG, et en particulier celle liée aux recommandations alimentaires, sous la forme d'une auto-contrainte qui paraît difficile à tenir de bout en bout. Karine Aknin (39 ans, 2^{ème} enfant, directrice marketing) m'explique par exemple qu'elle voulait peser ces aliments « *mais [que] c'était trop en fait* ».

Toutes témoignent du poids que représente la contrainte qu'elles endossent volontiers mais qui peut entrer en dissonance avec les résultats escomptés, engendrant alors de la frustration.

Julie Rivière : Bah là, c'est biscotte, beurre et puis thé là, voilà (Rires). Mais bon, c'est, c'est... ça suffit.

Aurélié : Ça ne fait pas rêver, c'est sûr

Julie Rivière : Ah non, pas du tout. Alors, pour le coup, pas du tout, du tout, du tout ! Surtout qu'au début, quand vraiment c'était encore irrégulier [ses taux de glycémies], je

me disais : « Mais, attends, je bouffe un thé, des biscottes, et ça arrive encore à être élevé [Rires] Je me disais : « mais c'est pas possible, quoi ! ». J'ai dit : « Comment c'est possible, avec juste des biscottes, du beurre et du thé, quoi. Et même pas du sucre dedans, rien du tout quoi ! »

Entretien avec Julie Rivière, 35 ans, noire, infirmière, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité du Coudray

Les dispositions à adopter une attitude préventive face à sa santé comprennent à la fois l'idée que l'on peut maîtriser son destin et que les bénéfices attendus justifient les restrictions mises en place, dispositions qui se retrouvent préférentiellement chez les cadres par rapport aux ouvriers ou employés (Peretti-Watel et al. 2009). Or, pour les femmes rencontrées les résultats attendus ne sont pas toujours à la hauteur des efforts fournis.

Comme le dit Marie Jourdain (30 ans, 2^{ème} enfant, cadre de santé à l'hôpital) : « *mince, j'ai mangé la même chose qu'hier, et [rires] j'ai une glycémie qui est complètement anarchique* ». Valérie Mahé va dans le même sens et ajoute que ce sentiment d'échec et de frustration a un effet contre-productif puisque les émotions générées par ce sentiment d'échec et la fatigue jouent sur les taux de glycémie.

« Mais, j'ai fait hyper gaffe et c'est vrai que c'était un peu déstabilisant de se dire : “ Bah mince, ben ça va toujours pas ou ça ne marche pas ! “ ». Ça fait le yoyo avec les hormones, ça fait le yoyo avec les émotions dès qu'il y a de la fatigue, des machins, des trucs, voilà. Après, c'est vrai que c'est hyper stressant, en fait, pour le coup. C'était le côté : “ Ben, j'ai fait hyper gaffe, je n'ai vraiment rien fait d'à côté et j'ai quand même un taux de merde [chuchote] ! “ »

Entretien avec Valérie Mahé, 41 ans, blanche, enseignante, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

A rebours des discours des professionnelles, les résultats en termes de chiffres de glycémies ne dépendent pas uniquement de la volonté des patientes ni uniquement de l'application parfaite du régime alimentaire. Rosane Braud, dans sa thèse de sociologie portant sur le DT2, rappelle qu'il existe un certain nombre de paramètres pouvant affecter le taux de glycémie. Voici ceux que l'on peut retenir concernant le DG : « *a) la consommation d'amidon ou de sucre simple non compensée par une activité physique et/ou l'effet hypoglycémiant des traitements médicamenteux [...]; b) un état de stress enclenchant la production de cortisol qui contrecarre l'action de l'insuline encore produite par le pancréas [...]; c) une infection ou un autre trouble de santé qui vient modifier les mécanismes de régulations de la glycémie (un rhume, une grippe [...])* » (Braud, 2017 : 313, ndbp 299).

Le stress est un facteur d'ailleurs bien repéré par les femmes, à la fois dans le déclenchement de la maladie mais aussi dans sa régulation, ce qui a été démontré par certaines recherches médicales (Sultan, Hartemann-Heurtier et Grimaldi 2003).

« Donc j'ai essayé de faire des efforts et puis donc j'ai perdu quand même quelques kilos, après bon au niveau personnel, en fait familial, j'ai eu un décès dans la famille donc je sais pas si justement ça peut, enfin je pense que le diabète c'est beaucoup lié aux émotions avec moi. Parce que vu que voilà je me contrôle six fois par jour [petit rire] j'arrive un peu à savoir, enfin à long terme comment ça se passe. [...] Et ça c'est frustrant et c'est vraiment embêtant [...] Et justement parfois ça nous donne envie de dire : “ bah à quoi ça sert de faire un régime et vraiment de se fatiguer et de se sentir tellement frustrée et puis... “ »

Entretien avec Amal Saïd, 26 ans, arabe, sans emploi (diplômée en économie et gestion d'entreprise), enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

Or, si l'on peut comprendre que les soignantes de maternité, peu formées à ce type de connaissances sur une pathologie qui ne relèvent pas de leur champ de compétence, n'informent pas les femmes ayant un DG de ces différents facteurs affectant la glycémie ; ceci est moins compréhensible de la part des équipes de diabétologie et encore plus de la part de l'équipe de l'hôpital Rabelais qui met en place les « ateliers diabète » et prend en charge les femmes concernées dès le diagnostic posé. Ce type d'informations aurait en effet le bénéfice d'éviter des sentiments d'incompréhension et d'agacement chez ces femmes.

« Par exemple ce matin, j'étais à 1,30 [limite autorisée à 1,20 g/L] après le p'tit-déj, bon ce n'est pas rouge, hein [ce chiffre est surligné en orange dans l'application, signifiant qu'il est “ moyen “]. Et j'ai mangé un Krisprolls et un yaourt, quoi, donc... [ton dépité] Bon des fois, on pète les plombs quoi, j'en ai marre ! [Rires] »

Entretien avec Jessica Flamen, 32 ans, blanche, architecte, enceinte de son 1^{er} enfant, Maternité Lachapelle

Réciproquement, l'obtention de taux de glycémies correspondant aux normes attendues est vécue comme une récompense des efforts fournis. Comme le dit Véronique Fournier (41 ans, 1^{er} enfant, infirmière) : « *et puis après, quand on voit aussi que ça fonctionne, je pense que le résultat étant là, bon bah, ça encourage* ».

En revanche, nous l'avons vu, au-delà des dispositions de classe, l'expérience acquise au cours d'une grossesse précédente avec DG constitue également une ressource expérientielle d'allègement de la contrainte (voir supra).

In fine, les conditions d'existence des femmes développant un DG les expose à des formes de contraintes différenciées. Si les conditions matérielles, en termes de revenus, de conditions de logement et d'accès à une couverture sociale constituent des contraintes concrètes complexifiant le travail de gestion de la maladie pour les femmes en situation de précarité ; à l'autre bout de l'échelle sociale, les femmes de classe moyenne et aisée endossent également cette contrainte, sous la forme d'une auto-contrainte générant une possible frustration affectant leur rapport à l'exigence d'observance.

Conclusion

L'appropriation de l'exigence d'observance par les femmes développant un DG consiste non seulement à reconfigurer la temporalité de leur vie quotidienne qui doit s'organiser autour de la régularité des repas et de l'autosurveillance glycémique, mais aussi à gérer les effets corporels de la maladie et du régime alimentaire tout en tenant compte des modifications digestives liées à la grossesse. La recherche d'équilibre entre le suivi des préconisations médicales et le maintien de leur santé physique les conduit à procéder à des ajustements permanents dont l'éloignement des recommandations peut faire partie.

Par ailleurs, l'observance qui est attendue des femmes développant un DG repose sur une double logique de responsabilisation en tant que futures mères : d'une part le travail alimentaire qui est attendu dans le DG vise à leur faire adopter des comportements sains pour leur santé mais aussi celle de leur fœtus et de toute la famille ; d'autre part, le contrôle de la maladie (via le contrôle des glycémies) doit permettre de garantir la bonne santé, voire la vie-même, de leur fœtus. Cette pression conduit les femmes à mettre en œuvre un travail de mise à distance de l'anxiété générée par les discours médicaux centrés sur les risques de la maladie, visant à maintenir leur santé mentale, cette fois.

Enfin, la contrainte d'observance est endossée différemment selon leur position sociale et leurs conditions matérielles d'existence au moment de la grossesse. Celle-ci prend en particulier des formes différentes selon les dispositions des femmes en termes d'autocontrainte. Comme le résume Vincent Schlegel à propos du DT2 : « *c'est la nature de la contrainte qui s'exerce sur elle [la personne atteinte de maladie chronique] qui a changé, du fait qu'elle se retrouve aujourd'hui cristallisée sous la forme de dispositions à l'autocontrôle* » (Schlegel, 2020 : 471-472).

Or, le travail de gestion de la maladie élaboré par les femmes développant un DG est invisibilisé pour deux raisons. D'une part, le temps court de la maladie induit qu'elle échappe à une réflexion sur les processus d'adaptation mis en place par les patientes tel que c'est le cas dans le DT2 et d'autre part, le caractère évident de l'endossement de ce travail par les femmes en limite la prise en compte par les soignantes. De sorte que l'exigence d'observance se déploie sans nécessairement tenir compte des réalités sociales des femmes développant un DG, voire de manière inadaptée à celles-ci.

Après avoir vu comment les soignantes analysent les comportements d'observance des patientes (chapitre 4) et comment celles-ci s'approprient l'exigence d'observance (chapitre 5),

nous allons voir maintenant dans quelle mesure les femmes développant un DG peuvent négocier leur prise en charge aux différentes étapes de la trajectoire de la maladie.

Chapitre 6 – Négocier la contrainte d’observance : de l’autocensure à la mise en scène de l’adhésion

Je vais examiner dans ce dernier chapitre quelles sont les marges de manœuvre des femmes enceintes ayant un DG pour contourner la surveillance médicale lorsque celle-ci est vécue comme inappropriée, à toutes les étapes du suivi.

Le modèle de « l’ordre négocié » élaboré par les sociologues interactionnistes a permis d’analyser l’ensemble des négociations qui ont lieu entre les différents acteurs intervenant dans la trajectoire de la maladie d’un·e malade (soignant·es, malades, entourage) et de considérer de ce fait la relation médecin-malade comme toujours ouverte et en possible reconfiguration (Strauss 1992). Cette approche me permet ici d’examiner les possibles actions que les femmes développant un DG peuvent entreprendre auprès des professionnelles pour négocier la contrainte d’observance. Autrement dit, peuvent-elles échapper à la contrainte d’observance impulsée par les soignantes qui pèse sur elles ? En particulier, j’analyserai les expressions de réticences ou de désaccords exprimés par les femmes vis-à-vis de l’accompagnement jugé souhaitable par le corps médical et les réactions des professionnelles face à ces oppositions. Concomitamment, j’analyserai quelles sont des conditions de possibilité pour que des espaces d’expression de l’opposition se dessinent ? Refuser l’accompagnement demande-t-il des savoirs, savoir-faire et savoir-être chez les femmes et sont-ils situés socialement ? Les expressions de ces mises en question du pouvoir médical sont-elles toujours traitées de la même façon par les professionnels ?

Nous allons voir que les marges de manœuvre des femmes enceintes concernant la prise en charge de leur DG sont minces – mais pas inexistantes. Je montrerai en particulier que, dans un contexte de relation de soins marquée par un certain paternalisme médical entendu ici comme l’expression d’une asymétrie entre soignantes et soignées dans laquelle les femmes sont soumises aux préconisations des professionnelles de santé qui seraient les seules à pouvoir définir ce qui est bon pour leur santé (voir chapitre 3), la place de la parole des femmes enceintes développant un DG y est circonscrite à ce qui est entendable pour les soignantes. Néanmoins, je m’attacherai à analyser les doutes et critiques exprimés par les femmes enceintes développant un DG, à toutes les étapes de leur suivi médical. Cependant, la plupart d’entre eux sont exprimés uniquement au cours des entretiens sociologiques et très peu adviennent au cours des interactions avec les professionnelles, ce qui témoigne de la difficulté des femmes à exprimer leur opposition aux savoirs médicaux. Plus encore, même lorsque des négociations sont initiées

par les femmes, très peu aboutissent dans le sens voulu par ces dernières qui s'en remettent toujours en dernier recours aux préconisations médicales. Cela est particulièrement vrai en fin de grossesse, lorsqu'une décision de déclenchement de l'accouchement est préconisée.

Dans une chronologie qui suit les différentes étapes de la trajectoire de la maladie, je m'intéresserai, dans une première partie, aux situations de négociations des femmes portant sur le dépistage et le diagnostic de DG. Dans une deuxième partie, j'analyserai les jeux de pouvoirs autour de la contrainte d'observance concernant la mise en place du régime alimentaire et de la surveillance glycémique. Dans une dernière partie, j'examinerai les négociations portant sur les décisions de traitement du DG par insuline et de déclenchement de l'accouchement.

1. Les négociations autour du dépistage et du diagnostic de DG : échapper à la contrainte une fois qu'elle s'annonce ?

Dans un premier temps, je vais explorer les formes de négociations possibles autour du dépistage et du diagnostic de DG. Il s'agit de montrer qu'être diagnostiquées positives au DG implique pour les femmes enceintes d'importantes contraintes (voir chapitre 5) dont elles prennent rapidement la mesure et qu'elles critiquent ou tentent d'éviter, au travers de ces négociations. En effet, si une seule de mes enquêtées a, tenant tête aux préconisations des soignantes, refusé la prise en charge de son DG, plusieurs autres femmes ont remis en question le diagnostic, soit en s'appuyant sur leurs expériences, soit en s'emparant des contradictions au sein du corps médical en termes de définition du DG. Les données montrent cependant que ces tentatives de négociations ne vont jamais dans le sens d'une annulation d'un diagnostic : les soignantes préfèrent systématiquement que les femmes débutent le suivi recommandé, faute d'alternative possible à leurs yeux.

1.1 Négocier les modalités du dépistage du DG

La prescription du dépistage du DG est délivrée par les sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes des deux maternités étudiées à l'ensemble des femmes enceintes (voir chapitre 2). Il repose sur un bilan sanguin appelée HGPO¹⁰⁸ qui doit être réalisé dans un laboratoire entre cinq et six mois de grossesse et prévoit l'ingestion d'une grande quantité de sucre sous la forme d'un sirop. Les observations des temps de prescription du test montrent que les soignantes le présentent de manière relativement similaire. Elles expliquent que celui-ci sert à rechercher la

¹⁰⁸ Rappelons ici que l'HGPO ou Hyperglycémie Provoquée Orale correspond à un bilan sanguin, réalisé entre le cinquième et sixième mois de grossesse, qui mesure la glycémie à jeun, puis une heure et deux heures après l'ingestion de 75 grammes de sucre sous la forme d'un liquide sirupeux.

présence ou non d'un DG, les dates auxquelles il faut le réaliser, le déroulement du test lui-même et comment le diagnostic sera posé (selon quels seuils et comment le résultat sera communiqué du laboratoire aux soignantes de maternité). Ce temps est donc relativement routinisé et les professionnelles avertissent d'emblée les femmes sur le caractère désagréable de ce test.

La sage-femme Justine Sojka (blanche, 26 ans) explique le déroulement du test de dépistage du DG à la patiente (blanche, 36 ans, 1^{er} enfant) qu'elle reçoit et qui est enceinte de cinq mois : « faut prévoir de rester 2 heures 30 au labo[-ratoire], c'est pas très agréable le sucre à boire vous allez voir, parfois ça passe pas très bien »

Journal de terrain, Consultation de suivi de grossesse, Maternité Lachapelle, 22/06/16

Le fait que le test par HGPO soit difficile à supporter physiquement est précisé aux patientes de façon récurrente. Les soignantes m'expliquent ainsi qu'en règle générale, une femme sur trois ne le « *supporte pas* », du fait de malaises ou de vomissements. Ces informations sont également connues des femmes enceintes, soit par expérience lors d'une grossesse précédente, soit par le témoignage de personnes de leur entourage.

Amandine Fallen, gynécologue-obstétricienne (blanche, 37 ans), prescrit le dépistage du DG à une de ses patientes (noire, enceinte de cinq mois) : « Alors je vais vous donner un p'tit test à faire pour savoir si vous avez du diabète gestationnel » / « Ah c'est le truc du sucre là ? » / « Oui, très sympathique ! » [Ton ironique]. Ensuite, la médecin explique le déroulement du test : il faut être à jeun depuis minuit la veille, il y aura trois prises de sang avec prise de sucre, il faut prévoir la matinée.

Journal de terrain, Consultation de suivi de grossesse, Maternité Lachapelle, 21/02/2017

Une autre patiente décrit le test comme « *horrible* », puis ajoute « *et encore on a de la chance maintenant on nous met un goût, j'ai eu un goût orange !* » (4^{ème} enfant, a déjà eu un DG, Maternité du Coudray). Une autre dit d'emblée en début de consultation : « *y a juste un p'tit problème avec le test HGPO, j'ai vomi la première fois, j'ai fait un malaise...* ». Elle explique ensuite qu'elle a essayé de le faire trois fois, sans succès et qu'elle a entamé un régime alimentaire de sa propre initiative car elle a du sucre dans les urines ce qui lui fait craindre un DG. Celle-ci demande à la sage-femme de refaire le test de dépistage et la sage-femme lui propose de réaliser une glycémie à jeun et post-prandiale, c'est-à-dire une mesure de la glycémie sans avoir mangé depuis la veille au soir, puis une autre deux heures après un repas (1^{er} enfant, Maternité Lachapelle).

Ainsi, l'enquête montre que malgré l'inconfort qu'il provoque, les femmes adhèrent largement à ce dépistage. Bien que son caractère fortement désagréable soit également admis par les professionnelles (d'après les retours d'expérience de leurs patientes mais aussi d'après leur propre expérience pour celles qui ont connu une grossesse), le suivi du protocole prend le dessus

et l'alternative à l'HGPO par une glycémie à jeun et post-prandiale n'est proposée qu'en cas « d'échec » du dépistage, autrement dit quand celui-ci n'a pas pu être réalisé du fait de malaises ou de vomissements interrompant le test en cour de route. En revanche, une fois le diagnostic de DG posé, les femmes concernées émettent de nombreux doutes quant à sa pertinence.

1.2 Négocier le diagnostic

Les entretiens et les observations ont permis de recueillir les nombreux doutes des femmes à l'égard du bien-fondé de leur diagnostic de DG. L'enquête révèle cependant que ces doutes ne sont pas pris en compte par les professionnelles, faute d'alternatives médicales entre un diagnostic positif ou négatif. En effet, celles-ci ne remettent pas en question la définition des seuils diagnostic repris dans les protocoles de soins (voir annexes 8 et 9) et s'appuyant sur les préconisations internationales (voir chapitre 2).

Les femmes expriment leurs doutes auprès des premières soignantes qu'elles rencontrent après avoir eu connaissance de leur diagnostic : à savoir les diététiciennes, dans la maternité du Coudray et dans la maternité Lachapelle, ce sont soit les diabétologues de l'hôpital Rabelais lorsqu'elles sont rapidement reçues pour « *l'atelier diabète* », soit les sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes de la maternité, si elles les revoient en consultation avant « *l'atelier diabète* ». Les discours des femmes enceintes s'appuient sur différents arguments à commencer par une discordance entre le diagnostic posé par les médecins de ville (généralistes ou gynécologues-obstétricien·nes) et les professionnelles de maternité, les premiers n'interprétant pas les résultats du test selon les mêmes seuils que les secondes.

La gynécologue-obstétricienne (blanche, une trentaine d'années) reçoit une femme enceinte (arabe, 24 ans) pour son premier rendez-vous à la maternité. Celle-ci attend son 3^{ème} enfant et a déjà eu un suivi de DG avec prise d'insuline pour sa précédente grossesse mais elle explique que cette fois-ci son médecin généraliste lui a dit que tout était « normal » : « En fait, au début comme j'étais suivie en ville, elle [sa médecin] m'a pas donné de régime ni rien ». Elle explique alors que ce sont les infirmières de la maternité qui lui ont dit de faire le régime lorsqu'elle est venue pour s'inscrire et faire la prise de sang de début de grossesse car elles ont noté que son taux de glycémie à jeun prélevé en début de grossesse était au-dessus de la norme indiquée.

Journal de terrain, Consultation de suivi de grossesse, Maternité du Coudray, 16/11/2015

J'ai pu observer plusieurs situations similaires dans les deux maternités étudiées. Cela a pour effet d'introduire de la confusion et de l'incertitude pour les femmes concernées. Comme le dit Karine Aknin (39 ans, 2^{ème} enfant, directrice marketing) : « *Il faudrait que ce soit harmonisé parce que, on a l'impression de faire un truc mais de ne pas vraiment devoir faire le truc* ». Anna Pénouel (39 ans, 2^{ème} enfant, professeure d'hébreu) m'explique également que la gynécologue-obstétricienne qui la suivie en ville au début de sa grossesse n'a pas diagnostiqué

de DG : « *Pendant quelques mois, j'ai vécu... Je ne me rappelle plus combien de temps mais je me suis dit : "Super, je n'ai pas de diabète" ».*

Il existe ainsi un flou entre les groupes professionnels au sujet des seuils de diagnostic à prendre en compte pour le DG, les médecins de ville n'étant pas nécessairement au fait des recommandations en vigueur et de leur application dans les maternités. Les femmes se saisissent alors de ce défaut d'harmonisation et se réapproprient les discours médicaux pour négocier un non-suivi du DG, ou tout au moins y échapper dans un premier temps.

Ensuite, plusieurs tentatives de négociations reposent sur les seuils qui caractérisent les tests de dépistage du DG. Un résultat juste à la limite ou très peu au-dessus de la norme indiquée est susceptible d'engendrer un processus de négociation par les femmes concernées. Une femme demande à Anne Meunier, diabétologue, lors de sa consultation individuelle qui a lieu durant « *l'atelier diabète* » : « *Même si c'est juste un peu au-dessus, on doit faire tout ça ?* ». Dans le même sens, une autre femme enceinte, Julie Rivière, me confie ses doutes à propos de son résultat.

« Ah, par contre, si, si, parce qu'à 0,1, c'était...! [Rires] Donc, c'était à zéro... toujours le petit zéro [...] On m'a diagnostiqué le diabète gestationnel, je dis : " Bah, ah mince ! " [Rires]. Je suis sûre, j'aurais marché [Rires], le zéro aurait disparu. Et après, je me suis posé la question de savoir si effectivement ben, est-ce que ça équivaut, par exemple, moi, je sais qu'on dit 12 heures à jeun, je fais 12 heures. Mais, si par exemple, pour la première [grossesse], je travaillais encore de nuit donc voilà, c'était tout un truc mais j'avais fait à jeun mais peut-être pas 12 heures mais peut-être 11 heures ou un truc comme ça, donc est-ce que on est tous égaux sur le diagnostic ? »

Entretien avec Julie Rivière, 35 ans, noire, infirmière, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité du Coudray

Julie Rivière convoque ici d'autres facteurs tels que l'activité physique ou la durée de période de jeûne, pouvant avoir un effet sur le résultat du test. De manière analogue, plusieurs femmes ont précisé que bien qu'elles aient été à jeun avant de faire le test, elles avaient eu des repas particulièrement copieux ou riches en sucre la veille au soir, ce qui a pu jouer, selon elles, sur les résultats. Karine Aknin (39 ans, 2^{ème} enfant, directrice marketing) dit avoir « *mangé comme une folle* » et une autre femme dit en consultation qu'elle pense ne pas avoir de DG car la veille du test, elle était avec des amis et avait mangé « *des chips et du coca toute la soirée* ». Une autre encore dit qu'elle avait « *fait n'importe quoi* » la veille du test alors que par la suite, même lorsqu'elle mange une glace, ses glycémies restent dans les normes attendues. Ces femmes recourent à différentes informations quant à leur parcours de soin individuel et cherchent de la cohérence avec le diagnostic de DG qui a été posé.

Les remises en question du diagnostic du DG par ces femmes tiennent d'une part au fait de devoir mettre en œuvre une surveillance contraignante qui serait éventuellement infondée suite à une « erreur » de diagnostic, et d'autre part aux doutes quant aux bénéfiques-mêmes de cette prise en charge, en particulier pour celles qui s'appuient sur une expérience précédente de DG (voir chapitre 5). Les réponses des soignantes face à ces doutes sur le diagnostic mettent en avant la nécessité, pour elles, de déterminer clairement un diagnostic afin d'orienter leurs pratiques de soins.

La sage-femme Assia Bida (arabe, une trentaine d'années) reçoit une femme enceinte (blanche, 1^{er} enfant) ayant un DG qui est également infirmière en réanimation néonatale dans le même hôpital que la maternité. Elle explique à la sage-femme « Bah je pense que j'ai pas de diabète en fait ». La Sage-femme admet que parfois c'est le cas mais qu'il « faut une norme » et qu'« une fois qu'on a vu, on ne peut pas faire comme s'il y avait rien ».

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité du Coudray, 06/04/2016

Autrement dit, il s'agit pour les professionnelles de pouvoir déterminer de manière dichotomique si oui ou non elles enclenchent le protocole de prise en charge de la maladie. Elles admettent que la fixation d'un seuil peut être arbitraire, mais ne remettent pas pour autant en cause le suivi préconisé en termes de régime alimentaire et de surveillance pluriquotidienne des glycémies. Dans la situation suivante, Anna Pénouel ne réalise pas sa surveillance glycémique de manière régulière car elle n'est pas convaincue du diagnostic de DG qui lui a été attribué :

Anna Pénouel (39 ans, blanche), enceinte de son deuxième enfant et à quasiment sept mois de grossesse, a rendez-vous pour sa consultation avec la sage-femme Capucine Rossignol (blanche, une trentaine d'années) qu'elle connaît déjà. Après avoir raconté que son fils aîné est malade et qu'il ne dort pas bien la nuit ce qui la fatigue énormément, elle explique à la sage-femme à propos de son DG: « J'ai pas suivi depuis un certain temps et je fais pas très attention parce que j'ai l'impression [...] dans ma tête, j'me dis " j'ai pas de diabète " » / « Oui mais nous dans notre tête, on se dit pas ça [rires] ! Et c'est pas comme ça que ça se passe dans la vraie vie ». Anna Pénouel argumente en disant qu'on ne lui a pas fait le test du diabète mais seulement une glycémie à jeun car elle avait un antécédent de DG et que celle-ci n'était pas très élevée. « J'ai du mal à suivre [...] surtout que je me dis que c'est peut-être pas justifié ». La sage-femme s'adresse à moi et me dit qu'elle a pris la suite d'une sage-femme libérale qui a commencé le suivi en ville (celle-ci est une ancienne sage-femme de la maternité Lachapelle) et qu'elle avait écrit sur le dossier de Mme Pénouel : « DG/régime » [DG sous régime] ; cela lui semble donc difficile d'aller contre son diagnostic. La sage-femme demande ensuite à la patiente quel bilan a permis de faire le diagnostic. Elles regardent ensemble et la sage-femme dit : « peu importe, c'est 0,92 pour considérer qu'il faut surveiller, on tortille pas parce que sinon si on se dit à chaque fois c'est peut-être bon, elle [telle patiente] ça va etc. » / « parce que quand je me pique à jeun c'est toujours normal ». Elles cherchent ensuite à se connecter à Diabbest et pendant ce temps-là, Capucine Rossignol note dans le dossier (en soulignant en rose) : « diabète : pas de surveillance, difficile avec 1^{er} enfant à gérer, pas d'échanges avec Pr Joseph depuis plusieurs jours ». Plus tard, après que l'application numérique se soit ouverte sur le téléphone de la patiente, la sage-femme regarde les taux de glycémies en me prenant à témoin et dit : « on n'a pas grand-chose à se mettre sous la dent, mais les seules post-prandiales que vous avez, c'est pas mirobolant ! A jeun c'est

très bien » / « oui à jeun c'est très bien et après bah ça dépend de ce que je mange » / « oui c'est typique du diabète gestationnel, j'ai envie de vous dire [rires] ! » / « oui mais pour mon premier, j'avais de l'insuline même si je mangeais bien [selon les recommandations] ».

Journal de terrain, Consultation de suivi de grossesse, Maternité Lachapelle, 18/10/2016

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent Anna Pénouel remet en question la prise en charge du DG qu'elle a vécue comme contraignante lors de sa première grossesse et qu'elle juge *a posteriori* comme excessive et même délétère pour la santé de son nouveau-né. En effet, celui-ci est né avec un poids inférieur à la normale ce qu'elle associe au fait d'avoir mis en œuvre un régime alimentaire trop drastique (rappelons ici que l'un des risques principaux du DG énoncés par les soignantes est un poids supérieur à quatre kilos pour une naissance à terme et son nouveau-né pesait autour de deux kilos cinq cents). Or, cette femme associe le faible poids de son fils au fait qu'il ait ensuite souffert d'un reflux gastrique important et qu'il ne fasse toujours pas « *ses nuits* ». Sa capacité à le dire à cette sage-femme, avec qui par ailleurs elle a de bonnes relations, s'appuie sur son expérience précédente mais également sur des dispositions sociales qui font qu'elle n'apparaît pas comme une patiente inconsciente ou passive dans sa prise en charge. Elle mobilise ainsi différents arguments d'ordre médical en insistant sur le fait que ses glycémies à jeun sont toujours normales et que lors de sa première grossesse, le régime alimentaire suivi n'avait pas empêché la nécessité d'une prise d'insuline. Capucine Rossignol, elle, avance le principe de précaution comme justification pour tenir compte malgré tout de ce diagnostic. Cependant, Isabelle Blanc, sage-femme blanche de cinquante-deux ans, qui reçoit Anna Pénouel un peu plus tard aux explorations fonctionnelles me reparle de son cas en entretien en disant : « *tu vois, elle, je peux comprendre qu'elle revienne de ce qu'on lui a fait la première fois [lors de son 1^{er} DG]* ». Ces dispositions sociales à l'argumentation et le fait qu'elle soit perçue comme une femme blanche de classe sociale supérieure, expliquent la plus grande tolérance et la compréhension des professionnelles face à sa situation. Cependant, leur objectif reste celui de l'observance.

Ces doutes quant au diagnostic posé de DG se donnent d'ailleurs à voir particulièrement parmi les femmes de classes sociales supérieures appartenant elles-mêmes ou ayant un membre de leur entourage exerçant dans le domaine médical. Certaines vont encore plus loin et remettent en cause le protocole médical adopté en termes de modalité de dépistage et de seuil pour poser le diagnostic.

Emilie Petit : Mais, en fait, c'est assez marrant puisque j'ai ma belle-sœur qui est sage-femme. Elle travaille à Grenoble, en clinique, et en fait, elle était un petit peu surprise par la manière dont j'ai été suivie ici.

Aurélie : Oui, c'est intéressant. Elle trouvait que c'était trop ?

Emilie Petit : Oui, que c'était un petit peu excessif, en fait. Elle, ce qu'elle me disait, c'est que les glycémies, ils les faisaient à 2 heures, mais pas à 1 h 30 après le repas. Et puis, elle trouvait un petit peu surprenant, oui, qu'on me mette sous [insuline]... Déjà qu'on m'ait fait le test diabète. Et effectivement, ce qu'elle m'avait expliqué, c'est qu'avant, ce n'était pas obligatoire pour toutes les femmes. C'était un peu à l'appréciation, on va dire, du gynécologue qui suivait la patiente. Donc, c'est devenu récemment systématique. Et apparemment, elle, elle disait qu'ils ne le faisaient pas systématiquement encore, à toutes les femmes le test diabétologique, qu'ils le faisaient uniquement en fonction des facteurs de risque etc. Donc, elle est un petit peu surprise de la manière dont j'étais suivie.

Entretien avec Emilie Petit, 34 ans, blanche, ingénieure, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

En croisant les informations avec sa belle-sœur, sage-femme dans une autre région de France, Émilie Petit fait ici référence aux débats scientifiques autour des modalités de dépistage du DG qui impriment des pratiques différenciées localement (voir chapitre 2) mais aussi au protocole de surveillance quotidienne des glycémies. L'accès à ce type de comparaison amène cette femme enceinte à douter de la prise en charge recommandée dans la maternité Lachapelle. Anna Pénouel mobilise également des informations recueillies auprès de son entourage sur les pratiques de dépistage pour questionner le suivi proposé.

Anna Pénouel : [...] Et on m'avait dit : « Ce n'est pas possible ! Les premiers mois [de grossesse], il n'y a pas de diabète. Ce n'est pas vraiment un diabète. Donc, vérifie, peut-être il y a un problème avec l'appareil. » Bon.

Aurélié : C'est qui « on », qui est-ce qui vous a dit ça ?

Anna Pénouel : Une autre amie qui elle aussi a un diabète de grossesse et qui, sa cousine est pédiatre. Donc elle [la pédiatre] lui a dit ça que [ce n'était pas possible d'avoir un diabète en début de grossesse] ... Là, elle m'a fait rentrer des choses dans la tête, comme quoi les médecins sont très alarmistes et il ne faut pas stresser. Avant ça passait jusqu'à 100 [taux de glycémie maximum accepté pour le diagnostic]. Aujourd'hui, on baisse le taux et voilà, je me suis dit...

Entretien avec Anna Pénouel, 39 ans, blanche, professeure d'hébreu, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

Les informations obtenues auprès de la cousine de son amie, qui est pédiatre, viennent conforter son positionnement critique vis-à-vis du diagnostic et de la prise en charge du DG et sont présentées comme plus légitimes que celles qu'elle a reçues auprès des soignantes de la maternité. Karine Aknin, elle, va jusqu'à décider de refaire le test afin de vérifier le diagnostic

Karine Aknin : Et là, je me suis dit : « Ouais, contacter Rabelais, ouais quand même, je n'ai pas des taux... dingues et puis, j'avais mangé comme une grosse folle le premier test, avec mes cinq, six tranches de pains. Je veux refaire le test ». C'est là que j'ai refait le test.

Aurélié : Ah, grâce à l'ordonnance de votre père [qui est médecin] ?

Karine Aknin : Voilà. Et du coup, je l'ai renvoyé à Bensoussan [professeur de gynécologie-obstétrique qui la suit pour sa grossesse en privé¹⁰⁹ au sein de la maternité

¹⁰⁹ Dans certaines maternités publiques, comme celle de Lachapelle, il existe une possibilité d'être suivie en « privé » pour sa grossesse, avec certain·es gynécologues-obstétricien·nes qui suivent alors les patientes du début à la fin et sont présent·es pour leur accouchement, contre paiement en direct [je garde ici l'écriture inclusive car

Lachapelle] et son assistante m'a dit : « Ben, en fait, vu les taux, pas besoin de contacter Rabelais, finalement ». [...] Mais bon, moi, en attendant, en gros, je préférerais ne pas me prendre la tête avec un truc, pour ma fin de grossesse si j'étais à la limite, quoi.

Entretien avec Karine Aknin, 39 ans, blanche, directrice marketing, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

Afin d'échapper aux contraintes du suivi médical découlant du diagnostic Karine Aknin mobilise également son réseau médical pour en vérifier la cohérence via la réalisation d'un second test. Elle est finalement diagnostiquée positive au DG car le professeur Bensoussan avait mal interprété son résultat lorsqu'elle l'avait contacté – via son assistante –, et il revient dessus lorsqu'il la reçoit en consultation. Pourtant, elle reste ambivalente face à ce diagnostic qui lui semble contraignant mais qu'elle accepte par soumission à l'autorité médicale : « *donc je me dis que si ça se trouve, je n'aurais pas eu besoin. Mais, d'un côté, je suis obligée de faire confiance à la médecine là, et je n'ai pas le choix* ».

Une autre femme suivie à la maternité Lachapelle n'a pas pu se rendre à « *l'atelier diabète* » car aucune date ne correspondait à ses impératifs professionnels et personnels (rendez-vous hebdomadaire pour son fils chez l'orthophoniste), elle est donc reçue par la diététicienne de la maternité, par défaut¹¹⁰. Il y a également eu une discordance entre le diagnostic posé par sa médecin généraliste et par les professionnelles de la maternité que la femme reconnaît comme experts en ce domaine : « *comme vous dites, c'est vous qui savez mieux* ». Elle tente malgré tout auprès de la diététicienne de négocier une réévaluation de son diagnostic de DG : « *on peut pas faire la diététique [le régime alimentaire] et refaire la prise de sang ?* », possibilité qui est écartée par la diététicienne qui lui rappelle alors, non sans humour, les risques pour le bébé : « *le bébé, il est comme dans un supermarché au rayon bonbons* ».

Malgré l'investissement de ces femmes pour contester le diagnostic, et même lorsque celles-ci bénéficient d'une certaine légitimité aux yeux des soignantes, elles finissent par reconnaître le savoir des soignantes comme faisant « autorité » (Jordan 1978). En effet, toutes les femmes rencontrées qui ont souhaité réévaluer leur diagnostic de DG et la nécessité de sa prise en charge médicale ont finalement concilié avec l'avis contraire des soignantes, faute de réussir à trouver

ces suivis sont réalisés par des professeur·es qui sont majoritairement représentés par des hommes, contrairement au reste du personnel de maternité, ce qui reflète l'ordre social genré des services hospitaliers de manière générale]. Les consultations ont lieu dans l'enceinte de la maternité mais ces patientes sont malgré tout amenées à rencontrer les autres professionnelles du service pour les échographies, les explorations fonctionnelles etc.

¹¹⁰ Dans la prise en charge classique toutes les femmes enceintes ayant un diagnostic positif de DG sont adressées à l'hôpital Rabelais pour « *l'atelier diabète* » où elles rencontrent diabétologues, diététiciennes et infirmières. Cependant, il y a aussi une consultation de diététiciennes au sein de la maternité Lachapelle pour les femmes qui le demandent ou que les soignantes orientent pour des raisons relevant de la diététique sans qu'il n'y ait de DG.

un accord avec elles. Une seule de mes enquêtées ayant reçu un diagnostic de DG a refusé la prise en charge dans son ensemble.

1.3 Refuser la prise en charge : le cas de Malika Azem

Malika Azem est âgée de trente-quatre ans et attend son troisième enfant. Elle est née en Algérie d'une mère française et d'un père algérien et travaillait comme conseillère en assurance. Elle ne travaille plus actuellement, tandis que son mari est salarié comme chauffagiste. Elle est de confession musulmane et porte le hijab. Lors de son suivi de grossesse Amanda Bonnemain, sage-femme indienne de trente-trois ans, lui prescrit le test de dépistage du DG. Malika Azem ne le réalise pas et se présente à la consultation suivante, sans les résultats.

Amanda Bonnemain lui demande : « comment ça va depuis la dernière fois ? ». Malika Azem explique rapidement qu'elle n'a pas réalisé le test du DG en justifiant ce choix : « J'ai décidé de ne pas le faire, j'ai eu trop de soucis [...] il y a eu des décès dans ma famille pendant ma grossesse, j'ai pas envie d'avoir de sensations désagréables [...] c'est normal, vous faites votre travail, mais moi... ». Amanda Bonnemain la coupe : « Non, je ne suis pas d'accord, je ne peux pas faire correctement mon travail, si vous ne faites pas la toxo[-plasmose], je ne peux pas savoir si vous avez la toxo... Je ne suis pas d'accord, et si vous ne faisiez pas les échos [échographies] ? » / « C'est pas pareil, c'est obligatoire » / « Pour moi c'est la même chose, le diabète aussi c'est obligatoire » / « Non, c'est pas obligatoire » / « C'est pas raisonnable, vous me dites que vous prenez 25 kilos à chaque grossesse... Et si vous ne venez pas aux consultations ? » / « Ben, je viendrai pour accoucher, le bébé doit sortir ! ».

Au bout de quelques minutes, la sage-femme passe à autre chose (« Bon d'accord, d'accord ») et enchaîne sur la suite de la consultation. Après l'examen clinique, la sage-femme revient à son bureau et réfléchit en parlant à voix haute : « De toute façon c'est trop tard pour le test OMS [réfléchit] : « Ce que je vous propose... Elle est à 12 kilos [pour elle-même]. Si je vous propose de faire une glycémie à jeun et une glycémie après un petit déjeuner, vous le feriez ? » / « Oui ! » / « Parce que ça m'inquiète vous êtes déjà à 12 kilos, on est là pour ça » / « Mais je vous ai dit, je prends 25 kilos à chaque grossesse » / « Oui mais je voudrais pas que ça se complique [...] On a le droit de prendre 15 kilos maximum pendant la grossesse, donc il vous reste 3 kilos de marge... Parce que plus on a de bébés, plus ils grossissent dans le ventre » / « Oui mais ils sortent bien » / « Si vous le dites » / « Le 2^{ème} [accouchement] on m'a même dit de ne pas pousser » / « Ben tant mieux pour vous j'ai envie de dire ».

Journal de terrain, Consultation de suivi de grossesse Maternité du Coudray, 17/11/2015

Face à la résistance de la patiente face à son discours sur les risques du DG et sur le caractère obligatoire du suivi médical de grossesse, la sage-femme négocie la réalisation d'une glycémie à jeun et post-prandiale en alternative à l'HGPO (test OMS). Malika Azem accepte, bon gré mal gré, cette proposition mais lorsque le résultat revient anormal, elle refuse la totalité du suivi médical recommandé. Ainsi, malgré le diagnostic positif, elle n'a pas souhaité avoir de consultation avec la diététicienne et a refusé de réaliser la surveillance glycémique ainsi que le déclenchement de l'accouchement (voir paragraphe sur le déclenchement infra). Dans son dossier médical informatisé Anaïs Urena, sage-femme blanche d'environ vingt-cinq ans, qui

vient de la recevoir aux explorations fonctionnelles à huit mois et demi de grossesse, note ainsi : « *Diabète non pris en charge. Pas de régime ni de surveillance dextros. Choix de la patiente. Bien informée des risques obstétricaux. Déclenchement refusé* ». Le jour de l'accouchement, il est noté : « *Diabète gestationnel dépisté à 30 SA [six mois et demi de grossesse] prise en charge refusée par la patiente malgré plusieurs tentatives d'explications* ». Ainsi, le choix de Malika Azem est considéré comme peu acceptable au regard des informations médicales qu'elle a reçues.

J'ai examiné dans le chapitre précédent les processus de catégorisation raciale et de classe sociale élaborés par les différentes professionnelles à l'égard de cette patiente pour expliquer son refus de soin. Il semble ici que ce refus soit la seule option pour obtenir un allègement de la prise en charge. D'ailleurs Malika Azem me dit en entretien qu'il y aurait pu avoir une solution intermédiaire. Car si elle dit : « *j'ai pris la décision de continuer à manger normalement, je mange normalement, je ne me prive pas* », elle précise également : « *“ok, vous voulez pas le faire mais je vous donne un conseil : limitez le sucre“*. *Ça j'aurais aimé l'entendre* » et ajoute plus tard « *ça aurait germé dans ma tête, l'être humain est quand même pas si braqué que ça* ». Il semble ainsi qu'une fois son refus de soin exprimé, elle n'a bénéficié d'aucune information sur la maladie et les recommandations alimentaires qui en découlent (je n'ai pas assisté à l'ensemble de ses consultations pour vérifier ce point). Néanmoins, elle revient plusieurs fois sur les conditions de travail des soignantes pouvant expliquer ce manque d'investissement : « *ils ont sûrement pas le temps* ». Malika Azem se montre à la fois déçue et résignée quant à ses attentes dans sa relation avec les soignantes. Ne se sentant pas considérée (elle dit : « *on sait qu'il y a d'autres patients derrière nous* »), elle opte pour une franche contestation du suivi et des pratiques soignantes : « *je comprends qu'ils aient des formations, des indications mais faut lever le pied, je suis quand même pas la première à refuser la prise en charge* ».

Il apparaît que les négociations autour du diagnostic de DG et de la prise en charge qu'il enclenche, ne puissent aboutir que sous la forme d'une opposition absolue, ce qui comporte le risque d'être « étiquetée » comme « mauvaise » patiente, inconsciente des risques encourus. De sorte, que dans les rapports de pouvoir qui se donnent à voir entre soignantes et soignées autour de la prise en charge du DG, les possibilités d'allègements de la contrainte d'observance ne peuvent se faire qu'au prix de stratégies de contournements et d'évitement de la part des femmes enceintes concernées.

2. Stratégies d'évitement et de contournement de la contrainte d'observance

Une fois le diagnostic posé, les données ne montrent pas de négociations directes autour de la surveillance glycémique telle qu'elle est préconisée, c'est-à-dire que les femmes enceintes développant un DG ne demandent pas d'elles-mêmes à alléger la surveillance. De la même façon, le suivi du régime alimentaire préconisé pour réguler le DG n'est pas négocié dans les interactions avec les soignantes. D'une part, les patientes ont intériorisé le peu de poids de leur parole dans leurs tentatives de négociation au moment du diagnostic. D'autre part, les soignantes ne présentent pas ces aspects comme négociables étant donné le caractère figé du protocole de soin qui est similaire dans les deux maternités excepté pour le nombre de glycémies quotidiennes à réaliser (quatre par jour dans la maternité du Coudray et six par jour dans la maternité Lachapelle). L'observance est donc attendue sur les deux points que sont le régime alimentaire qui constitue le traitement de première intention de la maladie, et la surveillance des glycémies qui doit permettre de savoir si le régime est suffisant ou s'il y a besoin d'ajouter des injections d'insuline.

En dehors du régime alimentaire et de l'insuline, très peu d'alternatives sont proposées afin de réguler les glycémies. Par exemple, l'activité physique est abordée de manière aléatoire par les soignantes au fur et à mesure du suivi mais pas de façon systématique. Nous avons vu que cet aspect était plutôt amené par les femmes et davantage par celles appartenant aux classes sociales supérieures (voir chapitre 5). Des recommandations peuvent être formulées par les professionnelles dans les situations de prise de poids jugée excessive ou de déséquilibre des glycémies, mais cela reste anecdotique. Cela peut s'expliquer par une perception de l'activité physique reconfigurée dans le cadre de la grossesse où les professionnelles délivrent le message d'être « actives » tout en restant prudentes. Mais cela peut également s'expliquer par la supposition par les soignantes que les femmes ne sont pas familières de ces pratiques. En effet, dans la maternité du Coudray où les professionnelles perçoivent les femmes enceintes qu'elles reçoivent comme étant particulièrement touchées par le surpoids et l'obésité (voir chapitre 4), celles-ci ne proposent que très peu aux femmes de pratiquer une activité physique.

Mais en dépit de cette absence de négociation, toutes les femmes ayant reçu un diagnostic de DG ne se conforment pas de manière constante à la prise en charge. Certaines femmes prennent des libertés, plutôt en dehors du regard médical, que ce soit au sujet des mesures de glycémies ou concernant le suivi du régime alimentaire. Les soignées développent alors des stratégies allant de l'autocensure, à la fuite en passant par la mise en scène de leur adhésion.

2.1 L'autocensure des femmes enceintes dans la relation de soins autour du DG

J'ai montré auparavant qu'en dépit du fait que les discours autoritaires et de suspicion à l'égard des femmes enceintes sont plus présents dans la maternité du Coudray et s'inscrivent dans des rapports sociaux entre groupes majoritaires et groupes sociaux minorisés, ils n'en sont pas moins présents dans la maternité parisienne car ils s'appuient également sur des rapports sociaux de genre visant à responsabiliser les futures mères (voir chapitre 4). En miroir, l'ensemble des femmes enceintes développant un DG, quelle que soit leur position dans l'espace social, s'autocensurent.

Premièrement, cette autocensure concerne leurs difficultés dans la réalisation du régime ou de la surveillance des glycémies. Autrement dit, elles ne s'expriment pas autant qu'elles le souhaiteraient (elles ne posent pas toutes leurs questions, elles gardent pour elles leurs doutes, etc.), face à des soignantes qu'elles identifient comme détentrices du savoir autour de la maladie.

Cette autocensure s'explique d'abord par le fait qu'elles ont bien en tête les enjeux de temporalité et de flux de patientes à accompagner à l'hôpital. Comme le dit Malika Azem (34 ans, 3^{ème} enfant, sans emploi) : « *on sait qu'il y a d'autres patients derrière nous* ». Gaëlle Firmin perçoit des contraintes similaires lors des consultations. Celle-ci n'a pas osé questionner les soignantes à propos de malaises dus à des hypoglycémies et lui ont fait loupé deux rendez-vous aux explorations fonctionnelles.

Gaëlle Firmin : [...] Il aurait fallu effectivement que j'explique, que je dise : « j'ai eu un malaise, je pouvais pas conduire ». Après une fois, comment dire, à l'accueil [elle explique ses malaises] : « oui je pouvais pas conduire donc fallait que j'attende que mon ami sorte de son rendez-vous pour m'emmener à mon rendez-vous » donc, on m'a dit : « mais vous pouviez prendre les transports en commun », donc même prendre les transports en commun, je voulais pas risquer de... [...] Et je ne savais pas en fait que, dans le diabète gestationnel, je pouvais être dans cet état.

Aurélié : [...] Vous aviez l'impression que c'était pas trop possible à l'hôpital de parler de ces malaises ?

Gaëlle Firmin : Non c'est pas ça ! C'est à dire que j'ai pas trouvé nécessaire qu'il fallait en parler ou bien relever, parce qu'on était dans un créneau où vous venez, on vous pique, on fait ci, tac, tac, tac. Voilà, la machine est déjà bien structurée, bien rodée [...] Et on m'a pas expliqué que je pourrais me retrouver dans tel contexte, donc si vous êtes dans tel contexte, comment réagir, quoi faire, même si vous devez faire votre glycémie deux heures après avoir mangé, n'hésitez pas à prendre votre glycémie, parce qu'il se pourrait que vous vous trouviez dans une phase où vous êtes dans cet état-là, donc faites-ci, faites-ça... Ça n'a pas été présenté de cette façon. [...] Je sais que j'ai mon carnet, tac, j'ai écrit ce qui n'allait pas. Après voilà, j'ai pas creusé, j'ai juste dit : « bon là j'ai fait un excès j'ai mangé plus de féculent, plus de pâtes ou quoi que ce soit, j'ai pas pris de pain mais par contre j'ai pris... »

Entretien avec Gaëlle Firmin, 37 ans, noire, gestionnaire de production dans l'aéronautique, enceinte de son 1er enfant, Maternité Lachapelle

Dans le cas de Gaëlle Firmin, celle-ci s'autocensure et ne trouve pas de moment propice durant la consultation avec la sage-femme pour évoquer les malaises qui l'empêchent de se déplacer jusqu'à la maternité. Non seulement la réaction de la professionnelle qui la reçoit à l'accueil peut l'avoir découragée de le faire, mais en plus, elle semble avoir compris que la consultation est orchestrée selon un déroulement systématique qui laisse peu de place en dehors de ces séquences routinières (dont fait partie le contrôle du carnet de glycémies et des écarts au régime alimentaire). Elle exprime également avoir manqué d'informations sur la possibilité de faire des hypoglycémies et les désagréments que ça pouvait engendrer (voir chapitre 5).

Ensuite, cette autocensure concerne les savoirs théoriques et expérientiels (Jouet, Flora et Vergnas 2011) que possèdent les femmes enceintes développant un DG. En effet, j'ai montré que les femmes mettent en place un travail alimentaire conséquent au cours du suivi du DG et que celui-ci est peu pris en compte par les professionnelles (voir chapitre 5). Or, les sages-femmes, les gynécologues-obstétriciennes, ainsi que les diabétologues, Anne Meunier et le Professeur Joseph (qui suivent les glycémies à distance via l'application), s'enquièreent auprès des femmes des aliments susceptibles de faire monter leurs glycémies mais ne les questionnent pas sur les adaptations du régime à leur vie quotidienne ou les stratégies mises en place, en dehors de l'alimentation, pour contribuer à réguler leurs glycémies (activité physique, adaptation des doses d'insuline). Dans les interactions en direct, les questions usuelles de politesse du type : « *comment allez-vous ?* » ou encore « *comment se passe votre diabète ?* », sont posées de manière systématique et n'invitent pas nécessairement à entrer dans les détails. Concernant les échanges via la messagerie de l'application, les femmes sont incitées à noter uniquement ce qu'elle mange (surtout lorsque les glycémies sont élevées) ou les raisons pour lesquelles elles n'ont pas effectué une ou plusieurs mesures de glycémie. Il s'agit avant tout, pour les soignantes, de récolter des éléments permettant de contrôler leur observance.

Pourtant, les femmes rencontrées ont relaté leurs expériences et leurs stratégies d'adaptation aux recommandations diététiques données par les soignantes lors des consultations. Par exemple, Ines Taïeb (33 ans, 2^{ème} enfant, professeure de maths) m'explique qu'elle ne limite pas le nombre de fruits qu'elle consomme dans une journée (comme cela est indiqué dans le régime qui préconise deux fruits par jour maximum) mais qu'elle tri les fruits selon leur taux de sucre : « *Il y a des fruits qu'il faut vraiment éviter, comme le raisin, parce que c'est trop sucré* ». Yasmina Ziada (39 ans, 2^{ème} enfant, hôtesse de l'air), elle, attend de faire sa glycémie deux heures après le repas pour manger son yaourt aux fruits. Fanta Diallo (28 ans, 2^{ème} enfant, sans emploi) ajoute du citron sur ses fruits à la place du chocolat afin de réguler sa glycémie.

Les femmes observent également, ce qui dans leur alimentation, à titre individuel, fait ou non monter leurs glycémies, ce qui peut contredire les indications alimentaires données par les diététiciennes. Jessica Flamen me parle du maïs et Emilie Petit du riz.

« Moi, par exemple, le maïs, ça me faisait monter à fond. Plus que les pâtes, quoi, par exemple »

Entretien avec Jessica Flamen, 32 ans, blanche, architecte, enceinte de son 1^{er} enfant, Maternité Lachapelle

« C'est que les sucres lents, ont pratiquement plus d'impacts que les sucres rapides. J'ai l'impression que si je mange une belle portion de riz à midi, bah ça va me faire monter ma glycémie. Et si je me m'autorise une petite part de pâtisserie comme j'ai pu faire, parce qu'il y avait des restes ben, ça me fait moins monter ma glycémie, pratiquement, que la portion de riz. Donc voilà après, je ne connais pas tout [Rires] le détail et le fonctionnement derrière mais [...] Enfin, quand je mange une petite pâtisserie ou un petit plaisir... Après, effectivement, c'est une petite quantité, parce que je sais qu'il ne faut pas le faire voilà, donc je m'autorise une petite part »

Entretien avec Emilie Petit, 34 ans, blanche, ingénieure, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

Jessica Flamen et Emilie Petit remarquent toutes les deux que certains aliments font davantage monter leurs glycémies que les féculents ce qui se fonde sur leur expérience quotidienne et non sur un savoir théorique acquis auprès des soignantes. Si Emilie Petit hésite entre la légitimité à accorder au savoir médical et celle qu'elle peut attribuer à son savoir expérientiel, elle décide finalement de « s'autoriser » une part de gâteau de temps en temps. Véronique Fournier (41 ans, 1^{er} enfant, infirmière), elle, précise que n'ayant pas trouvé de réponse précise auprès de la diététicienne concernant la consommation de quiche dans le régime recommandé pour le DG, elle fait l'expérience elle-même et découvre que ça n'affecte pas son taux de glycémie. C'est tout un ensemble de savoirs à la fois théoriques et expérientiels dont les femmes m'ont fait part au cours des entretiens qu'elles passent sous silence dans les interactions avec les soignantes.

En effet, lorsque ces savoirs contredisent les discours des soignantes, les femmes enceintes interrogées n'estiment pas nécessaire de s'exprimer car elles ont intériorisé l'idée de leur incompétence médicale.

« La marque Harrys... Après, je ne suis pas une nutritionniste ni une diététicienne, mais je sais que c'est bourré de sucre, en fait, ces trucs-là. Et Spécial K aussi. Après bon, je dis : "bon, ok, il n'y a pas de soucis" donc je suis [les recommandations] »

Entretien avec Yasmina Ziada, 39 ans, arabe, hôtesse de l'air, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité du Coudray

Cette soumission au savoir médical et cette autocensure sont perceptibles à tous les niveaux de la stratification sociale. Néanmoins, seules certaines femmes pourront et à certaines conditions chercher à sortir de cette asymétrie de la relation quand d'autres se soumettent et se censurent

davantage, que ce soit à propos de leur expérience de la maladie ou de critiques éventuelles vis-à-vis du suivi médical proposé, les deux ayant un impact sur leurs comportements d'observance.

2.2 Confiance et suspicion ou le jeu de dupe du suivi du DG

Le chapitre 3 a permis de montrer que la surveillance médicale du DG implique une surveillance de l'observance des femmes enceintes par les sages-femmes, gynécologues-obstétriciennes et diabétologues (de l'hôpital Rabelais). Cette surveillance s'appuie en partie sur les traces concrètes produites par les femmes, au travers du carnet de glycémies ou de l'application numérique mais également via leur parole (en direct ou sur les messages laissés sur le tchat de l'application), concernant le suivi du régime alimentaire ou leur assiduité dans les mesures de glycémies. Or, comme le dit Nathalie Lefebvre, les soignantes n'ont pas de prise sur le bon respect par les femmes du régime alimentaire.

« Faire un régime, certaines, c'est toujours difficile de savoir si elles font vraiment bien le régime... Parce qu'on n'est pas là quand elles mangent. Et voilà. Et qu'elles pourraient nous dire n'importe quoi. Ça, ce n'est pas facile, mais ça, de toute façon, ça se voit sur les dextros aussi »

Entretien avec Nathalie Lefebvre, gynécologue-obstétricienne, blanche, 2 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Au cours du chapitre 3, j'ai pu montrer que la surveillance de l'observance du régime alimentaire par les soignantes passe par la recherche de cohérence entre la parole des femmes et la mesure technologique de leurs glycémies, mais aussi par leur prise de poids (elle aussi mesurable). Dans les cas de « déséquilibre du DG », soit de glycémies au-dessus des normes, ou de situations identifiées de non-observance, il apparaît un enjeu de recherche de traces de ce qui se passe en dehors des murs de l'hôpital, via la parole des femmes, qui se focalise sur la manière dont elles s'alimentent à la maison. Si du point de vue des professionnelles, les femmes sont la plupart du temps « *honnêtes* », cette confiance leur paraît imposée par le contexte. Non seulement, la façon dont les femmes racontent suivre le régime n'est pas vérifiable directement par les sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes, mais en plus, dans certains cas elles n'ont pas accès aux glycémies soit parce que les patientes n'ont pas apporté leur carnet de glycémie (maternité du Coudray), soit parce que l'accès à l'application numérique n'est pas possible du fait d'une mauvaise qualité de connexion à internet dans l'hôpital (maternité Lachapelle).

« Mais parce que je ne prends pas le temps, et puis, c'est compliqué en consult'[ation] de se connecter [à l'application], pour voir leur carnet, parce qu'en fait c'est ... Je devrais hein, on devrait y jeter un coup d'œil, mais je leur demande et je leur fais confiance. La plupart du temps, elles sont assez honnêtes. Elles disent quand ça marche bien, elles disent quand ça ne marche pas, elles disent quand elles ne le font pas... voilà. Après parfois, tu les captés un peu quand elles ont pris trois kilos »

Extrait d'entretien avec Amandine Fallen, Gynécologue-obstétricienne, blanche, 7 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Amandine Fallen signifie ici que la confiance qu'elle choisit d'accorder à ses patientes s'explique également par le fait que cela soulage les tâches qu'elle doit accomplir au cours de sa consultation. Le réseau internet fonctionnant très mal au sein du service, cela prend du temps et parfois il n'est pas possible d'accéder à l'application. Se reposer sur « l'honnêteté » des femmes lui permet de réaliser son travail de manière plus fluide et d'appliquer une surveillance plus distante (elle s'appuie également sur le fait que la surveillance des glycémies est réalisée de manière hebdomadaire par les diabétologues de l'hôpital Rabelais via l'application Diabbest). Parallèlement, elle mobilise d'autres signes cliniques pour vérifier la fiabilité de la parole des femmes. Elle mentionne les « *trois kilos* » pris par les femmes mais aussi les « *gros bébé* », qui contredisent ce que les femmes peuvent rapporter. Elle me dit, en imitant celles-ci : « *“Oui, oui, j'ai fait ci, j'ai fait ça !”, et puis en fait, non* ».

En outre, dans le cas de la maternité Lachapelle, le fait que le suivi soit divisé entre deux hôpitaux différents pour lesquels il n'y a pas de dossier médical partagé, rend la circulation des données médicales de chaque femme enceinte tributaire de ce qu'elle veut bien partager avec les professionnelles de chaque service. Dans les deux extraits suivants, deux professionnelles, sage-femme et diabétologue, situées d'un côté et de l'autre de la prise en charge (hôpital Rabelais et maternité Lachapelle), signalent toutes deux le manque d'accessibilité aux données médicales qui circulent entre les deux hôpitaux.

« Mais nous, le problème aussi, c'est ça, c'est que comme on n'a pas accès au... On fait confiance aux mamans sur le poids des bébés. Puisqu'en fait, on leur demande. Dès qu'on voit que les glycémies ne sont pas géniales, moi, je leur demande toujours où en est le poids du bébé, quel était le résultat de la dernière écho[-graphie]. Après, si la maman, elle ne veut pas me dire qu'il y a un macrosome [fœtus dont le poids estimé est supérieur à la normale] elle ne me dit pas, quoi. »

Entretien avec Anne Meunier, diabétologue, blanche, 2 ans d'expérience, Hôpital Rabelais

« Bah non, il n'y a pas de transmission entre les trois parties en fait, c'est la patiente qui fait le relai entre les deux [entre l'hôpital Rabelais et la maternité Lachapelle]. Alors, elles sont mignonnes nos patientes mais déjà d'une part, elles ont pas forcément une vie médicale, enfin elles sont pas forcément du milieu. Et deuxièmement, on sait aussi que des fois elles peuvent dire un peu qu'est-ce qu'elles veulent quoi [petit rire] ! Donc si elles disent au diabéto[-logue] : « oui, oui, on m'a dit que tout allait bien » / « c'est pas

vraiment vrai madame ! » Mais bon...Tu vois ? Mais du coup ça suppose de leur faire confiance, et ça suppose de leur avoir tout expliqué avant. »

Entretien avec Céline Roy, sage-femme, blanche, 9 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Anne Meunier, comme Céline Roy, mettent en avant le fait qu'elles dépendent de la parole des femmes pour accéder aux informations de leur dossier médical. Céline Roy sous-entend également que faire partie du « *milieu* » médical est un gage de confiance supplémentaire envers les patientes.

La confiance accordée par les soignantes aux femmes enceintes est donc relative mais le soupçon est malgré tout souvent perceptible. Faire parler les femmes à propos de ce qui se passe en dehors de l'hôpital constitue donc un véritable enjeu dans la mesure où cela leur permet d'évaluer l'observance mais aussi de juger en cas de non-observance si les motifs des patientes sont valables ou non. Par exemple, le fait d'admettre leurs manquements au suivi permet aux femmes enceintes de bénéficier d'une certaine indulgence des professionnelles, dans une logique de l'adage populaire selon lequel « faute avouée, faute à moitié pardonnée ».

« Non, et puis, elles le disent spontanément. Alors, il y en a qui avouent aussi faire des écarts. Très souvent, quand elles font des écarts, elles avouent, elles le reconnaissent et voilà. Et donc là, je relativise et je leur dis : “ Bah ce n'est pas grave, ça peut arriver “ »

Entretien avec Amandine Fallen, Gynécologue-obstétricienne, blanche, 7 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

L'emploi du terme « *avouer* » par Amandine Fallen met en lumière une relation fondée sur la recherche de la faute, dans une forme dissymétrique et infantilisante. Les soignantes jouent alors le rôle de l'éducatrice qui absout, tolère ou réprimande la faute.

Vanessa Vijay : Donc, ce n'est pas un déséquilibre qui arrive alors qu'elles essaient de bien suivre, c'est un déséquilibre parce qu'il y a des écarts de régime quoi. Donc, si elles faisaient des efforts...

Aurélié : Elles te le disent ça, en général ?

Vanessa Vijay : Ouais, elles me le disent parce qu'il n'y a pas de... Enfin, j'essaie de ne pas avoir de tabou... Que je ne suis pas là pour les flicker, en fait. Donc, du coup, une fois que tu... elles ont compris que tu n'es pas dans le mode, je vais vous donner un... [mauvais point ou une sanction]

Entretien avec Vanessa Vijay, Gynécologue-obstétricienne, indienne, 2 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Tout en se plaçant dans une posture bienveillante, cette gynécologue-obstétricienne adopte malgré tout un ton réprobateur en évoquant les femmes qui ne suivent pas correctement le régime alimentaire préconisé, ce qui relève de leur responsabilité, selon elle. Ces deux gynécologues-obstétriciennes de la maternité Lachapelle se montrent indulgentes à condition que les femmes admettent leurs erreurs, ce qui valide le discours médical sur le bien-fondé du

régime et de la surveillance. Mais elles se montrent également plus tolérantes parce qu'elles reçoivent les femmes en consultation de suivi de grossesse et non pour des consultations dédiées au DG.

Pour les sages-femmes exerçant aux explorations fonctionnelles, ceci est différent car leurs missions consistent à surveiller l'équilibre de la maladie et son retentissement sur le bien-être fœtal. Celles-ci se montrent alors plus désarçonnées lorsqu'elles n'ont pas accès au tableau de glycémies des patientes, même si elles savent que la surveillance se poursuit en parallèle par l'application.

Aurélié Leroux, sage-femme blanche d'une trentaine d'années, reçoit une femme de 31 ans, arabe, qui attend son 3^{ème} enfant et est enceinte de huit mois et demi. Elle pose d'abord les questions habituelles autour de la grossesse puis aborde le diabète : « c'est sous régime ? » / « oui » / « et ça va ? » / « oui » / « vous faites combien de fois par jour ? » / « six fois par jour » / « Vous avez les résultats avec vous ? » / « non ». Puis la sage-femme cherche à se connecter à l'application mais il n'y a pas de réseau, elle redemande trois ou quatre fois à la patiente si « c'est bien » [les chiffres de glycémies] « je les avais déjà pas vues la dernière fois, donc je vous fais confiance mais... [elle semble contrariée] ».

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité Lachapelle, 27/01/17

Cette sage-femme, comme ses collègues exerçant également aux explorations fonctionnelles, recherche d'autres signes pour se rassurer en termes de conséquences de la maladie sur la grossesse. Concernant la femme enceinte ci-dessus, après avoir effectué l'échographie et vérifié que l'impact du diabète n'est pas perceptible au niveau du fœtus puisque celui-ci a un poids estimé dans les normes attendues, Aurélié Leroux tolère finalement l'absence de traces chiffrées des glycémies. L'objectif de faire parler les femmes est donc central pour les soignantes afin d'exercer leurs missions de surveillance. Ces incitations des professionnelles à l'aveu des femmes fonctionnent comme des « *micro-physiques du pouvoir* » dans la mesure où elles visent à désigner qui est dans la norme et qui en dévie, et est supposé amener les femmes à corriger par elles-mêmes leurs comportements d'observance (Foucault 1975; Foucault 1976).

Ensuite, un facteur local semble entrer en ligne compte. A ce titre, les professionnelles de la maternité du Coudray accordent plus difficilement leur confiance aux femmes enceintes par rapport aux soignantes de la maternité Lachapelle. En effet, plusieurs sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes de la maternité du Val-de-Marne ont mentionné des pratiques de mensonges de la part des femmes développant un DG.

Amanda Bonnemain : Mais, celles qui te mitonnent, qui te disent n'importe quoi, qui essaient de t'embobiner en disant : « Oui, je l'ai fait hier, elle était à telle [valeur]... Ou j'ai perdu le... » Ah ça aussi, elles te le disent !

Aurélié : J'ai perdu le carnet ?

Amanda Bonnemain : J'ai perdu l'appareil ! Alors : « j'étais chez ma sœur, je l'ai laissé » / « Oui, bon, ben écoutez Madame... ». Et là, là, tu es mauvaise [insiste sur un ton de colère]. Là, je deviens mauvaise. [...] Tu peux être honnête et me dire : « Voilà, cette semaine, j'étais avec mes gosses, c'était les vacances, on a mangé de la glace. » Je ne sais pas quoi, enfin.

Entretien avec Amanda Bonnemain, sage-femme, indienne, 8 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Pour cette sage-femme, l'aveu de la faute est donc largement préférable au mensonge. De fait, cette sage-femme n'est pas la seule à identifier un groupe de femmes qui tentent d'échapper radicalement à leur regard par une stratégie de mensonge. D'après ces soignantes, certaines femmes cherchent à se soustraire à leurs éventuelles remontrances, à tel point qu'elles fourniraient de faux chiffres de glycémies.

Aurélié : Tu en as déjà eu des patientes qui disaient : « Non, mais moi, j'ai très bien compris ce que vous m'avez dit mais je ne le fais pas » ?

Sophie Marsac : Non, c'est rare qu'elles le fassent. Elles évitent, elles mentent un peu [Rires].

Aurélié : En fait, elles ne le disent pas frontalement ?

Sophie Marsac : Ouais, elles ne disent pas frontalement. [...] Alors après, il y a celles qui grugent aussi, celles qui inventent des glycémies [Rires]

Aurélié : Des glycémies dans leur carnet ? Comment tu le sais ?

Sophie Marsac : [Rires] Parce que ce sont toutes les mêmes [les glycémies]. Et puis, c'est recopié quand même assez... [Rires] « Tiens, j'ai mon cours aujourd'hui, j'ai mon examen, vite ! » [Imite une patiente fictive et mime le geste d'écrire]. Ouais, tu as une ou deux grugeuses. Parce qu'elles veulent nous faire plaisir, je pense. [...] En fait, elles le font, des fois, elles le font pour nous et ça, ce n'est pas du tout bien enfin... [...] Donc là, je leur explique : « vous ne le faites pas pour moi. Ce n'est pas ça le principe du suivi [Rires]. Ce n'est pas pour me faire plaisir. » [...] Ou c'est celles qui s'excusent : « je suis désolée » / « mais ce n'est même pas la peine de vous excuser », je dis : « C'est pour vous... Ce n'est pas à moi qu'il faut s'excuser... »

Entretien avec Sophie Marsac, sage-femme, blanche, 12 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Pour Sophie Marsac, il s'agit d'un processus de fuite de la part des femmes visant à éviter d'exprimer ouvertement un refus de suivre leur DG tel que recommandé. Pourtant, cette lecture contient une perception infantilisante des femmes car si cette sage-femme admet que l'expression directe d'un désaccord soit difficile pour les femmes et conçoit, par-là, la persistance d'une certaine asymétrie dans la relation de soins¹¹¹, ces stratégies d'évitement demeurent injustifiées à ses yeux. Selon elle, dans une vision positiviste, les femmes enceintes développant un DG devraient être convaincues du bien-fondé de la prise en charge médicale, ce qui devrait suffire à les conduire à mettre en pratique des recommandations. Or, j'ai montré dans le chapitre précédent à quel point ces recommandations impliquent un travail de gestion

¹¹¹ Dans les autres chapitres, nous avons vu que cette professionnelle s'est exprimée à plusieurs reprises sur le fait de considérer les patientes développant un DG comme des personnes libres de leurs choix, qu'il faut davantage motiver que sermonner.

de la maladie complexe qui peut être en inadéquation avec leur réalités d'existence. Cette sage-femme évoque un possible rapport de pouvoir conduisant les patientes à la fuite mais cette dimension est rapidement évacuée en déniaut aux femmes enceintes la possibilité de mobiliser des stratégies rationnelles perçues comme désavouant le savoir médical.

Marion Brun, gynécologue-obstétricienne dans la même maternité, décrit également ce type de comportement sous le registre du mensonge de la part des patientes :

Marion Brun : Et puis, parfois, il y en a qui écrivent des chiffres sans faire leurs dextros.

Aurélié : Ah oui ?

Marion Brun : Bah oui. Oui [Rires]. Il y en a qui écrivent des chiffres et quand tu vois que c'est toujours parfait, parfait, parfait, et que c'est peu crédible, ben parfois, il suffit de regarder dans l'appareil pour se rendre compte qu'en fait...

Entretien avec Marion Brun, gynécologue-obstétricienne, blanche, 6 mois d'expérience, Maternité du Coudray.

Comme Sophie Marsac, Marion Brun repère les « *grugeuses* » en analysant les chiffres de glycémies comme étant « *peu crédibles* » car trop « *parfaits* » et en comparant les chiffres notés sur le carnet à ceux mémorisés dans le lecteur de glycémies. Amanda Bonnemain, sage-femme indienne de 33 ans, me dit employer la même stratégie de repérage en exigeant des femmes qu'elles lui montrent les chiffres du carnet mais aussi ceux de l'appareil afin de les comparer lorsqu'elle a un doute. Il y a donc un triple niveau de contrôle, du moins fiable au plus fiable : l'écoute de la parole des femmes, la vérification de leurs notes manuscrites, et le contrôle de la mémoire de l'appareil technologique.

Cet enjeu autour des « *grugeuses* » n'est pas aussi présent dans la maternité Lachapelle. Cela est probablement dû au fait que, parmi les soignantes, Anne Meunier et le professeur Joseph, diabétologues de l'hôpital Rabelais, sont les seules concernées au premier plan et de manière régulière par la surveillance des glycémies dans l'application numérique. Les sages-femmes exerçant aux explorations fonctionnelles, elles, ne vérifient pas systématiquement les chiffres par manque de connexion internet mais aussi parce qu'elles se reposent sur le suivi réalisé de manière hebdomadaire par les diabétologues (voir supra). Or, la lecture des glycémies via l'application, en dehors de la présence de la patiente, évite certainement en partie l'atmosphère de suspicion qui peut régner dans les interactions en direct. En outre, j'ai analysé que la perception de la population qui fréquente la maternité du Coudray par les professionnelles met en avant une distance sociale entre soignantes et soignées qui implique des représentations stéréotypées et des pratiques autoritaires accrues (voir chapitre 3 et 4). Or, les femmes suivies à la maternité du Coudray sont également perçues comme peu fiables par les soignantes. Pour comprendre ce phénomène, on peut s'appuyer ici sur les analyses de Selina Redman et ses

collègues qui ont étudié en 1991 les pratiques de médecins australiens dans le diagnostic des troubles psychiques et psychiatriques et dont les conclusions sont reprises par Anne Paillet : « *les représentations des médecins seraient en outre marquées par d'autres stéréotypes, touchant cette fois-ci au degré de crédibilité à accorder aux patients : les médecins tendraient à aborder les patients qu'ils codent comme étant de milieu social modeste, et/ou comme étant noirs ou hispaniques, ainsi que les femmes, comme tendanciellement moins cultivés, moins intelligents et moins honnêtes, et donc moins fiables dans leurs récits de symptômes et d'antécédents et dans leurs demandes* » (Paillet 2016 : 178). Depuis, d'autres enquêtes ont également montré que le degré de fiabilité accordé aux patient·es, varie selon leur appartenance sociale perçue par les professionnel·les de santé. Par exemple, dans sa recherche portant sur la procréation médicalement assistée et les décisions d'interruption de grossesse pour motif médical, Dominique Memmi identifie que les patientes de classe populaire sont jugées comme moins fiables. L'autrice décrit des rapports de pouvoir entre médecins et patientes « *appliqués à se surveiller l'un l'autre, armés de vigilance quant à l'indocilité des uns et les abus de pouvoir potentiels des autres* » (Memmi 2003 : 246).

Concernant le DG, les données montrent des pratiques de surveillance, non pas mutuelles mais plutôt à l'initiative des soignantes¹¹² et une suspicion quant aux comportements d'observance des femmes enceintes développant un DG et à leurs récits sur ces comportements d'observance. En effet, le chapitre 4 a permis de montrer que certaines caractéristiques sociales des femmes enceintes pèsent négativement sur la fiabilité accordée à leurs comportements d'observance par les soignantes : l'absence de profession et/ou le faible niveau d'éducation, leur corpulence ou encore leur ethnicité ; et que cela est plus prégnant dans la maternité du Coudray que dans la maternité Lachapelle. Or, les femmes étiquetées comme étant les moins observantes sont aussi celles sur lesquelles pèsent davantage le soupçon du mensonge.

C'est le cas de Simeng Zhou, 34 ans, qui ne travaille plus actuellement (elle exerçait comme serveuse dans un restaurant et son contrat s'est achevé avant la début de sa grossesse) et attend son deuxième enfant. Celle-ci est originaire de Chine et parle très peu le français. Suite à la consultation aux explorations fonctionnelles à sept mois et demi de grossesse, la sage-femme Assia Bida note ainsi dans son dossier : « *la patiente dit ne plus avoir de pile pour son accu check¹¹³ et donc ne fait plus sa surveillance. Apporter le carnet pour le montrer aux infirmières car ce jour la patiente n'a ni son carnet de surveillance, ni surveillé son DG depuis ? RDV*

¹¹² Les femmes enceintes développant un DG n'apparaissent pas à l'affût des abus de pouvoir des soignantes mais se placent dans une posture d'évitement de la contrainte et de la surveillance par des stratégies de fuite et d'autocensure qui sont analysées dans le point suivant du chapitre.

¹¹³ Accu Check est une marque de lecteur de glycémies.

redonné le 20/02/2016 pour bien vérifier la surveillance du DG ». Cette patiente est porteuse d'un certain nombre de caractéristiques sociales pouvant la faire désigner comme « mauvaise » candidate à l'observance par les soignantes et comme peu fiable. La formulation « *la patiente dit* » laisse en effet entrevoir le doute de la sage-femme quant à la véracité de ses propos mais aussi concernant ses capacités d'observance. De sorte que les catégories sociales sous-jacentes aux représentations des soignantes sur les femmes susceptibles d'être peu ou pas observantes se recoupent avec celles leur faisant accorder plus ou moins de crédibilité à leurs discours sur leurs pratiques.

Réciproquement, certaines femmes ne se verront pas suspectées de mentir ou de contourner la prise en charge, du fait de caractéristiques sociales valorisées. Par exemple, Assia Bida, sage-femme arabe d'une trentaine d'années, me relate le cas d'une patiente qu'elle vient de recevoir aux explorations fonctionnelles :

« Il y en a une que tu viens de louer, elle était pas mal ». Elle m'explique que celle-ci a eu un diagnostic de DG tardif, à huit mois de grossesse, suite à une mesure de glycémie à domicile qui était élevée [motif de cette mesure non connu] et le contrôle par une glycémie à jeun réalisée au laboratoire. La sage-femme me dit : « je lui ai réexpliqué les choses et je la revois dans une semaine [...] mais bon elle avait mangé un bol de riz la veille de sa prise de sang, je pense qu'un bol de riz le soir à 20 heures fini à je ne sais pas quelle heure [peut avoir perturbé le résultat] [...] Mais elle était mignonne, elle comprend bien, elle veut faire des efforts, donc on va voir mais bon ». Ensuite, elle me demande si je pense que le dentifrice peut perturber la glycémie à jeun. Lorsque je lui demande pourquoi elle cherche des raisons d'invalider le diagnostic pour cette dame, elle me répond : « ben elle était mignonne ».

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité du Coudray, 06/04/2016

Par le terme « *mignonne* » répété deux fois, cette sage-femme désigne une patiente qui non seulement témoigne de son adhésion au suivi médical mais est aussi perçue comme capable de le réaliser (« *elle comprend bien* »). Celle-ci bénéficie en plus d'une possible remise en question du diagnostic, d'autant que celui-ci arrive tard au cours de la grossesse.

De la même façon, Isabelle Blanc, sage-femme blanche de cinquante-deux ans, excuse Émilie Petit (34 ans, 2^{ème} enfant, ingénieure) de son observance perçue comme insatisfaisante par une autre sage-femme.

Sur l'agenda informatif, le motif de consultation aux explorations fonctionnelles a été noté ainsi par une sage-femme : « diabète mal équilibré, doit prendre rdv avec Rabelais +++ pour une mise sous insuline. Ne fait pas toujours ses dextros, doit reprendre le régime +++ ». Au cours de la consultation, Émilie Petit détaille, à la demande de la sage-femme, ses glycémies : « si j'enlève tous les féculents c'est bon mais dès qu'il y a un bout de pain ou un peu de féculent, je suis à 1,40/1,50 ». Isabelle Blanc lui dit de manière détachée : « si vous pouvez faire attention les quelques jours avant [l'accouchement], ce serait bien ». Après son départ, je demande à la sage-femme ce qu'elle pense de cette patiente : « pour toi elle est bien suivie ou pas, tu en penses quoi ? » / « bah non parce que là c'est pas trop de son fait » / « oui mais ça n'avait pas l'air de convenir à la dernière

sage-femme qui l'a vue » / « Bah elle a l'air de savoir de quoi elle parle. Peut-être que la semaine dernière avec les fêtes elle s'est un peu lâchée ».

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité Lachapelle, 04/01/2017

Ces différentes situations nous renseignent sur le fait que ce qui joue dans la relation entre soignantes et soignées ne tient pas tant aux comportements d'observance des femmes elles-mêmes qu'aux discours que ces femmes tiennent à leurs propos. Autrement dit, c'est le plus ou moins grand degré d'auto-contrôle dont sont capables les femmes, pas seulement dans leurs pratiques mais aussi dans leurs discours sur leurs pratiques, c'est-à-dire la manière dont elle se conforment à la posture de bonne élève, volontaire et disciplinée, qui est attendue d'elles ; qui leur permettra d'échapper à un étiquetage négatif quant à leurs comportements d'observance. Or, ceci s'appuie sur des dispositions inégalement situées socialement.

Enfin, voici une dernière illustration des attributs et des postures qui permettent à des femmes enceintes d'être perçues comme de « bonnes » patientes et d'échapper à un jugement négatif de la part des soignantes concernant leur observance.

La sage-femme, Anaïs Urena (blanche, environ 25 ans), reçoit une patiente noire, enceinte de quatre mois, qui attend son troisième enfant et qui a fait du DG à chacune de ses grossesses. Celle-ci est aide-soignante dans le même hôpital et se présente en tenue hospitalière à son rendez-vous. « Alors, on se voit pour le diabète, c'est ça ? » / « oui » / « ça va mieux alors ? » / « oui j'essaie de faire attention, j'essaie ». La sage-femme examine ensuite son carnet de glycémie et dit : « bon ben c'est très bien ». La sage-femme lui demande comment ça s'est passé pour les grossesses précédentes et celle-ci explique qu'elle a eu une grossesse avec un diabète sous insuline et l'autre uniquement sous régime et que la fois où elle a eu de l'insuline : « je n'ai pas du tout suivi le régime, je n'ai rien fait, je ne venais pas ». Anaïs Urena lui demande si elle a des questions sur le DG et celle-ci répond : « non je sais tout. Mon père est diabétique, j'en ai fait trois, mes sœurs quand elles sont enceintes, elles ont du diabète ». La sage-femme lui annonce : « si tout se passe bien vous ne me reverrez pas [...] après si vous connaissez bien, si vous voyez que ça se déséquilibre, vous m'appellez, on se cale un rendez-vous » [elle lui donne le numéro de téléphone des explorations fonctionnelles]. La patiente demande : « je continue à faire les dextros tous les jours par contre ? » / « vous pouvez les faire un jour sur deux si ça vous arrange...par contre le régime c'est tous les jours ! ».

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité du Coudray, 25/02/2016

Treize jours plus tard, je croise cette patiente en salle d'attente des urgences et je prends de ses nouvelles. Elle me dit que concernant son DG, elle s'est relâchée ces derniers temps : « je ne fais plus rien ». Elle m'explique ensuite qu'elle inscrit de faux chiffres sur son carnet car du fait de son expérience en tant qu'aide-soignante mais aussi grâce à ses DG précédents, elle sait comment faire pour que cela passe totalement inaperçu.

Journal de terrain, Salle d'attente des urgences, Maternité du Coudray, 10/03/2016

Dix jours plus tard, je croise Nathalie Lefebvre qui a reçu cette patiente en consultation la veille et qui me dit que tout va bien lorsque je prends des nouvelles.

Journal de terrain, Couloir du service, Maternité du Coudray, 30/03/2016

Ainsi, cette femme enceinte échappe à la suspicion des professionnelles car elle met doublement en scène une posture de « sachante » : en tant professionnelle de santé d'une part et du fait de son expérience familiale du diabète d'autre part. Tandis que ses origines raciales auraient pu la discréditer aux yeux des soignantes, et alors qu'elle ne réalise ni le régime ni la surveillance glycémique, cette femme a la capacité, du fait de son statut professionnel, d'adopter la posture attendue par le corps médical : celle de la patiente sensible au risque, informée et consciencieuse dans son traitement. Cela fait d'elle une « super menteuse », qui passe pourtant complètement sous les radars des soignantes. Ces analyses corroborent les résultats de Rosane Braud à propos du DT2, qui résume ainsi à propos des négociations initiées par les patient·es catégorisé·es comme « migrant·es » : « *la négociation a été possible au prix d'un jeu de pouvoir appelant à prendre le visage du patient actif et adhérent à la thérapie, c'est-à-dire, en jouant le jeu des identités imposées par la relation de soin. Cette transfiguration a néanmoins un coût que tous les soignés ne peuvent pas payer* » (Braud 2017 : 410).

In fine, pour les professionnelles, essentiellement les sage-femmes, gynécologues-obstétriciennes et diabétologues, la mise en œuvre de la surveillance de l'observance se déploie autour d'enjeux de recherche de traces et de preuves des pratiques des patientes à l'extérieur de l'hôpital, et de traque du mensonge, mettant au centre la parole des femmes et la fiabilité de cette parole. Or, du côté des femmes enceintes développant un DG, seules celles qui peuvent jouer le jeu de l'adhésion échapperont à l'étiquetage négatif de leur inobservance.

Je vais maintenant exposer en détail quelles dispositions sociales conduisent les femmes à adopter des postures d'évitement de la contrainte par autocensure ou de mise en scène de leur d'adhésion (réelle ou non). En effet, ces processus se rejouent de manière particulière pour les femmes conscientes de porter un stigmat, au regard de leur ethnicité ou de leur corpulence et qui vont, au moyen de la parole entreprendre de contourner ce stigmat.

3. Gestion du stigmat : entre autocensure, processus de distinction et soumission au regard médical

Les données montrent que certaines femmes craignent d'être stigmatisées au regard de leurs comportements d'observance, c'est-à-dire d'être considérées comme des patientes inconscientes, négligentes ou passives concernant leur suivi du DG et que ceci se recoupe avec des processus de catégorisations raciales, de classe ou en termes de corpulence, de la part de soignantes. Je m'appuie ici sur la conceptualisation du stigmat tel que défini par Erving Goffman, à savoir « *un attribut qui jette un discrédit profond* » (Goffman 1975 : 13) dans un cadre de relation donnée distinguant les « *normaux* » des personnes « *affligée[s] d'un*

stigmaté » (Goffman 1975 : 15). Les femmes conscientes de l'éventualité d'être stigmatisées au regard de leurs comportements d'observance du fait d'attributs les discréditant aux yeux des soignantes, vont donc mettre en place quatre types de postures différentes pour éviter ce stigmaté, ce qui se décline différemment selon leurs dispositions sociales. Celles appartenant à des groupes sociaux minorisés dans la relation avec les soignantes vont opter pour une fuite et une autocensure sur leurs défauts d'observance tandis que celles qui appartiennent aux classes sociales supérieures vont chercher à se distinguer en valorisant leurs compétences d'observance non perçues par les soignantes. Un troisième groupe parmi les femmes minorisées sur le plan de la race s'estime chanceux de ne pas être stigmatisé et met en avant les efforts fournis malgré des comportements d'observance aléatoires. Enfin certaines femmes optent pour une normalisation de leurs comportements d'observance dans une posture de soumission aux normes médicales, quitte à dénigrer leur appartenance culturelle.

3.1 S'autocensurer sur les manquements d'observance

Pour illustrer la gestion du stigmaté dans la relation de soin par les femmes minorisées sur le plan racial, je vais analyser en détail la situation de Ghyslaine Boloki. Pour rappel, voici les conditions de vie de cette femme au moment où je la rencontre pour notre entretien.

Encadré 7, situation de Ghyslaine Boloki

Ghyslaine Boloki est née et a vécu en France avant d'aller vivre au Congo à l'âge adulte, pays dont sont originaires ses deux parents et où elle réside depuis huit ans. Elle est cheffe d'entreprise au Congo et a un niveau universitaire. Sa mère est diplomate et son père est directeur de recherche. Celui-ci vit en France mais ils ne sont pas en contact, sa mère vit entre la France, l'Ouganda et la Côte d'Ivoire, elles sont régulièrement en contact par téléphone et internet. Elle est revenue en France, accompagnée de sa fille de 18 ans, alors qu'elle est enceinte de deux mois et demi. Elle désire bénéficier du système de soin français, d'autant plus qu'elle est également porteuse d'une maladie chronique invalidante, la myasthénie.

Son mari est resté au Congo avec leur deux autres filles. Lorsqu'elle arrive en région parisienne en début de grossesse elle n'a ni revenu ni ouverture de droits à la sécurité sociale¹¹⁴. Elle perçoit un peu d'argent de son mari mais cela reste très limité puisqu'elle dit « *compter ses sous* » pour se nourrir. Elle a la possibilité d'être hébergée par des membres de sa famille ou des amis mais cela reste instable (elle change de lieu trois fois au cours de sa grossesse) et fondé sur un système tacite de rétribution financière. Finalement elle parvient à s'installer de manière pérenne dans le sous-sol d'amis mais cela l'éloigne considérablement de la maternité.

Ghyslaine Boloki fait le choix de ne pas évoquer les difficultés administratives auxquelles elle fait face et qui font qu'en l'absence de sécurité sociale, elle ne peut se procurer son lecteur de

¹¹⁴ Théoriquement, étant française, elle a toujours son numéro de sécurité sociale mais n'ayant pas cotisé depuis plusieurs années, ses droits ne sont plus ouverts et elle ne cotise pas à la caisse des étrangers au Congo. Elle entame les démarches nécessaires à la régularisation de sa situation et rencontre une assistante sociale pour cela, mais cela prend plusieurs mois. De fait, ses droits seront ouverts juste au moment de la naissance de son enfant.

glycémie. Elle précise que c'est surtout avec les professionnelles en haut de la hiérarchie hospitalière qu'elle s'autocensure puisqu'elle me dit qu'elle « *bavarde généralement bien avec les infirmiers, les aides-soignantes* ». Lors de son hospitalisation en neurologie pour le suivi de sa myasthénie, qui a lieu durant la période où elle doit réaliser le test de dépistage du DG, elle sollicite les infirmières du service pour le réaliser mais n'en parle pas à la neurologue qui la suit¹¹⁵. De la même façon, au sein de la maternité du Coudray, elle a identifié la psychologue de la maternité et l'assistante sociale comme étant des alliées autour de sa situation, du fait de leur rôle spécifique, tandis que les sages-femmes et les médecins de la maternité ne seront jamais au courant de sa situation. Elle dit qu'elle ne tient pas à susciter de pitié sur son cas mais aussi qu'elle souhaite éviter tout jugement sur son rapport au suivi de son DG.

Ghyslaine Boloki : Mais sinon j'ai complètement conscience de l'importance d'un suivi du diabète. Ma mère a une diabète, elle a commencé sous insuline, maintenant elle a plus besoin d'en prendre, mais je vois comment elle se... [...] Donc je comprends tout à fait ça et puis c'est une maladie qui est aussi bien du côté de mon père que du côté de ma mère, c'est à tous les niveaux, c'est mes grands-parents, c'est mes oncles et tantes, c'est mes cousins, donc je sais complètement ce que c'est le diabète, donc j'ai conscience de l'importance. [...]

Auréli : Vous me dites ça parce que vous avez l'impression qu'on pouvait en douter ?

Ghyslaine Boloki : Ouais on pourrait croire que c'est peut-être quelqu'un qui vient d'Afrique donc elle a pas vraiment conscience de ce qu'il en est, ou c'est quelqu'un qui n'a pas forcément fait d'études... Voilà. Non, vous n'avez pas à faire à quelqu'un qui n'a pas conscience de ce que c'est, c'est juste que, je pouvais pas [insiste] !

Entretien avec Ghyslaine Boloki, 43 ans, noire, sans emploi en France (cheffe d'entreprise au Congo), enceinte de son 3^{ème} enfant, Maternité du Coudray

Dans ce cas, la crainte d'être stigmatisée au regard de son comportement dans le suivi de son DG l'amène à ne rien divulguer de sa situation aux sages-femmes qui la suivent, non identifiées comme des soutiens possibles. Ceci met bien en évidence la perception qu'elle a des attentes d'observance des professionnelles de santé et des processus de catégorisations raciales et sociales qui les sous-tendent. La gestion du stigmate mise en place par Ghyslaine Boloki vise à garder la face dans une société qu'elle perçoit comme racialisée, dans et au-delà de l'hôpital.

« Au début, le truc du départ, c'est : “ je vais pas emmerder mon monde avec ma situation “. Mais après, vous vous dites “ mais à force de rien dire “... Parce que pendant que je suis à la maternité, et ben en France, y a des gens de tous les milieux, vous êtes à l'hôpital et juste avant vous y a une Africaine, ou une femme de l'Est qui passe, qui parle pas très bien français et les dames [les soignantes] sont en train d'essayer de lui expliquer et à un moment c'est : “ ah oui mais cette dame vous voyez machin, mais faut qu'elle comprenne que machin chose “ [elle imite les soignantes employant un ton réprobateur]. Vous entendez ça et vous vous dites : “ bon voilà, je risque de tomber dans cet amalgame “. Parce que malheureusement vous arrivez après “ Charlie “ et puis y a eu le truc du 13 novembre machin chose [elle relate les attentats terroristes ayant eu lieu à Paris à cette période], donc voilà, vous arrivez dans ce truc... Mais je dois être honnête on me l'a

¹¹⁵ Le fait de réaliser le test dans le service de neurologie lui évite de se rendre dans un laboratoire de ville où elle aurait dû avancer les frais.

jamais fait sentir à du Coudray, on m'a toujours bien reçue, on a toujours été très gentil avec moi »

Entretien avec Ghyslaine Boloki, 43 ans, noire, sans emploi en France (cheffe d'entreprise au Congo), enceinte de son 3^{ème} enfant, Maternité du Coudray

Les arguments avancés par Ghyslaine Boloki consistent donc à écarter tout soupçon quant à son comportement dans le suivi de son DG. Cependant, cela produit l'effet inverse puisque dans son dossier médical, une sage-femme note ainsi : « 14h30 : j'appelle la patiente pour savoir si elle a pu trouver un appareil à dextro → n'a pas fait les démarches ce jour → ne sait comment elle peut se procurer un appareil → doit revenir demain en début de matinée à jeun pour faire cycle glycémique aux CEF [explorations fonctionnelles] petit-déjeuner et déjeuner. Accouchement à 38 SA [semaines d'aménorrhée = huit mois et demi de grossesse] pour mauvaise compliance de la patiente et suspicion de macrosomie (EPF [estimation de poids fœtal à l'échographie] à 38 SA). Appel de l'HDJ [hôpital de jour] diabéto [-logie] (X3) injoignable ». La distorsion entre le discours de Ghyslaine Boloki sur sa préoccupation pour suivre son DG et son étiquetage par la sage-femme comme patiente « mauvaise complian[t]e » est visible également dans les moyens mis en œuvre par cette femme pour acquérir un lecteur de glycémie (appareil à dextros). Comme expliqué au chapitre précédent, seule la psychologue lui propose d'acquérir un lecteur auprès de la pharmacie de l'hôpital mais il n'y en a plus à ce moment-là. Devant cette impossibilité, Ghyslaine Boloki m'explique qu'elle a contacté plusieurs membres de sa famille diabétiques pour savoir s'ils avaient un appareil à lui donner. Elle est également allée sur le site Leboncoin pour en acheter un à moindre coût mais il y en avait pas non plus.

« Dans ma tête je me dis : “heureusement que j'ai pas pu le faire en octobre l'examen [le test de dépistage], parce que ça m'aurait stressée de rester si longtemps sans trouver de solution “ »

Entretien avec Ghyslaine Boloki, 43 ans, noire, sans emploi en France (cheffe d'entreprise au Congo), enceinte de son 3^{ème} enfant, Maternité du Coudray

J'ai déjà détaillé dans le chapitre 5 les situations de Ghyslaine Boloki et Malaya Abao, qui sont toutes les deux concernées par une absence de couverture sociale au moment de leur grossesse, pour montrer que leur travail de gestion de la maladie s'en trouve considérablement alourdi et que les soignantes n'en prennent pas la mesure. Il s'agit ici de montrer que celles-ci omettent spécifiquement leurs difficultés dans les interactions avec les professionnelles ce qui contribue à renforcer l'absence d'investissement des soignantes quant à leurs réalités sociales mais également le stigmatisme dont elles sont porteuses en tant que « mauvaise » observante.

Si Ghyslaine Boloki explique très précisément qu'il s'agit d'une stratégie d'évitement de la stigmatisation raciale ; Malaya Abao, elle, ne se réfère pas à ce type de stratégie. Néanmoins, en pratique, elle n'explique sa situation qu'au sage-femme Sébastien Fougeray (blanc, environ trente ans), sous son insistance et devant son agacement lorsqu'il comprend qu'elle n'a toujours pas démarré la surveillance de ses glycémies. Elle n'en touche pas mot lors de la consultation précédente avec l'autre sage-femme qui l'a reçue, Isabelle Blanc (blanche, 52 ans), ni à l'hôpital Rabelais, lorsqu'elle y est reçue pour « *l'atelier diabète* ». Comme je l'ai expliqué, celle-ci va finalement laisser passer plusieurs semaines avant d'avoir le budget pour acheter le matériel (lecteur de glycémies, stylo pour se piquer, bandelettes pour absorber la goutte de sang), ce qui lui revient à environ cent euros. Ceci s'inscrit dans un contexte de nouvelle morale hospitalière « *où l'accès au service est finalement réservé aux personnes dont on a l'assurance qu'elles seront solvables* » (Izambert 2016 : 101). Ces pratiques de tri, sur des critères administratifs, n'échappent pas aux patientes concernées qui préfèrent alors taire leurs situations.

Du côté des professionnelles, certaines perçoivent bien que les femmes ne souhaitent pas toujours s'étendre sur leurs difficultés sociales.

« Voilà, parce qu'elles [les patientes] te racontent pas tout, hein. Elles ne te disent pas tout, hein. Parfois, c'est difficile d'avoir les infos et parfois, c'est au détour d'autre chose que tu découvres que mince. [...] C'est difficile en 20 minutes de faire cracher des choses. [...] Il y a une patiente avec qui tu te dis : “ Bon, ben voilà, elle, elle va en parler spontanément “. Et d'autres, tu sens que waouh, il y a quelque chose, mais il y a un rideau de fer que tu ne peux pas soulever quoi. »

Entretien avec Amanda Bonnemain, sage-femme, indienne, 8 ans d'expérience,
Maternité du Coudray

Dans cet extrait, on perçoit la forte résistance à laquelle la sage-femme est confrontée pour faire advenir la parole des femmes sur leurs difficultés sociales, ce qui la met visiblement en difficulté. Ces formulations témoignent de l'importance à ses yeux d'accéder aux informations concernant tout ce qui pourrait faire obstacle au suivi du DG (voir supra) mais ne prend pas en compte les phénomènes de honte et de rapports de pouvoir qui peuvent se jouer dans ces situations.

Si on reprend la situation de Gaëlle Firmin, femme noire de trente-sept ans, gestionnaire de production dans l'aéronautique qui attend son premier enfant et qui n'a pas trouvé d'espace pour expliquer ses absences en consultation du fait de ses malaises hypoglycémiques, les mêmes logiques sont présentes. Elle a conscience que ce motif ne paraît pas recevable pour les soignantes (au vu de la réponse qu'elle reçoit à l'accueil) et préfère ne pas se justifier. Or, alors que Raphaëlle Giraud, sage-femme blanche d'une trentaine d'années, attend Gaëlle Firmin en consultation aux explorations fonctionnelles, je lui demande son avis sur les absences de celle-

ci aux rendez-vous (c'est le deuxième rendez-vous manqué). Celle-ci me répond : « *je pense qu'elle s'en fout* ».

De sorte que les plaintes physiques comme les difficultés matérielles pour suivre leur DG sont mises de côté par les femmes enceintes lorsqu'elles les perçoivent comme à risque de ternir leur image concernant leur investissement dans le suivi de la maladie. Ceci comporte le risque que les professionnelles passent complètement à côté des difficultés sociales des patientes lorsque celles-ci ne les explicitent pas, et qu'elles se replient alors sur des préjugés selon lesquels ces femmes seraient indifférentes ou irresponsables vis-à-vis de leur suivi, renforçant le stigmatisme que celles-ci cherchaient justement à éviter.

Ces processus peuvent également se doubler d'un processus de stigmatisation portant sur la corpulence des femmes catégorisées en surpoids ou en obésité, conduisant également les femmes à se censurer. Julie Rivière, femme noire de trente ans, enceinte de son 2^{ème} enfant, compare sa première et sa seconde grossesse pour décrire le sentiment d'un jugement sur son poids ressenti de la part de plusieurs professionnelles. Elle me relate d'abord l'expérience lors d'une échographie de grossesse pour laquelle la soignante a noté « *conditions difficiles* » dans son dossier pour signifier que l'échographie a été complexe à réaliser du fait de son poids, ce qu'elle a mal vécu. Puis elle m'explique que la sage-femme des explorations fonctionnelles ainsi que la diététicienne qu'elle a rencontrée lors de son hospitalisation de jour en diabétologie, pour le démarrage de l'insuline, ont toutes deux émis des commentaires qu'elle a perçus comme stigmatisants au regard de son poids.

« Quand j'ai ramené mon carnet avec mes chiffres [à la sage-femme des explorations fonctionnelles], on m'a dit : “ Mais, vous faites vraiment un régime ? “ ou des choses comme ça , “ Mais oui, enfin, je le fais vraiment, ça ne m'amuse pas, quoi ! “ Donc voilà [Rires]. Oui. Donc là, c'est ces petites phrases qui font que...[...] Moi aussi, quand je les vois [les chiffres de glycémies], je me dis : “ Non [Rires], j'aimerais bien qu'ils soient bien, [Rires] “ Donc, non, mais c'est ces petites phrases. Et même pareil avec la nutritionniste quand j'étais allée la voir, celle de diabéto[-logie] du coup, tout de suite, on sent le jugement : “ Mais, vous regardez les chiffres des paquets ? “ Moi, j'avais envie de lui répondre que non, quand je fais les courses avec ma fille, je n'ai vraiment pas le temps de regarder tous les emballages, pour regarder le nombre de glucides pour savoir si c'est bon ou pas. Parce qu'elle me dit “ vous prenez quel édulcorant ? “, Alors, moi, je ne me rappelle plus, j'ai pris le premier truc connu, c'est-à-dire Canderel »

Entretien avec Julie Rivière, 35 ans, noire, infirmière, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité du Coudray

Julie Rivière se sent accusée ou suspectée de ne pas faire assez d'efforts pour réaliser le régime alimentaire préconisé dans le DG. L'entretien sociologique constitue alors un espace pour dire ce qui n'a pas pu être dit auprès des professionnelles. Celle-ci m'explique ainsi ses limites quant aux attendus formulés par cette diététicienne. On retrouve ici une injonction à évaluer la

composition des aliments qui n'est pas formulée à l'égard des autres femmes, ce que Julie Rivière n'est pas en mesure de faire même si elle ne le dit pas à la soignante en question. La lecture uniquement centrée sur le régime alimentaire pour expliquer les hausses de glycémies (alors qu'il existe plusieurs facteurs affectant les glycémies, voir chapitre 5) augmente encore la pression sur cette femme.

Ces processus d'omission du côté des malades et de défaut d'information du côté des soignant·es sont des mécanismes classiques dans la relation de soin qui révèlent des inégalités d'accès à l'information pour les malades (Fainzang 2014). Cependant, l'autocensure des femmes enceintes développant un DG face aux soignantes révèle ici d'autres mécanismes de domination, reposant cette-fois sur des processus de catégorisations sociales et des rapport sociaux inégalitaires entre soignantes et soignées. Tandis que celles-ci souhaiteraient passer inaperçues et taire leur impossibilité d'être observantes, les préjugés sociaux et raciaux des soignantes à leur égard se cristallisent sur leur manque d'assiduité, considérée comme de la désinvolture ou de l'irresponsabilité. Autrement dit, l'autocensure des femmes enceintes ayant un DG par crainte d'être stigmatisées au regard de leur comportements d'observance, renforce le ou les stigmates dont elles sont porteuses.

3.2 Se distinguer en valorisant ses compétences d'observance

Au contraire, les femmes minorisées sur le plan de la race mais issues de classes sociales supérieures vont opter pour une stratégie de mise en avant de leurs compétences d'observance, en se distinguant des femmes appartenant au groupe ethnique auquel elles sont assignées par les soignantes.

Ainsi, Yasmina Ziada (39 ans, 2^{ème} enfant, hôtesse de l'air) et Sarah Benchimol (48 ans, 1^{er} enfant, cheffe d'entreprise) rejettent toutes deux l'assignation ethnique et culturelle que les soignantes opèrent à leur propos. Yasmina Ziada propose une lecture individuelle de son DG face à la lecture génétique qu'elle a perçue dans les échanges avec la sage-femme.

Yasmina Ziada : Non, la médecin me disait de faire attention vu que j'étais d'origine maghrébine, je serais certainement diabétique dans ma vie.

Aurélié : Ah oui ?

Yasmina Ziada : Oui [souponir]

Aurélié : Ah, elle a relié ça à l'origine ?

Yasmina Ziada : Oui. Oui, comme très souvent en fait. En fait, quand vous êtes d'origine maghrébine, vous vous bâfrez de baklava et de loukoum, en fait [Rires].

Aurélié : Ah oui ! [Rires] Ce n'est pas la première fois vous entendiez ça ?

Yasmina Ziada : Non, non, non. Alors, en l'occurrence cette médecin, cette interne-là, j'étais là : « non mais... Enfin, je suis hôtesse de l'air, en fait, à la base. Je prends soin de moi, je fais du sport, j'ai besoin de passer dans l'allée, quand même » [rires] [...] Oui, oui, parce que je lui ai dit que beaucoup de personnes dans ma famille était diabétique. Mais, je ne pense pas que ce soit génétique, c'est leur façon de se nourrir, en fait. Mon

père buvait, donc oui forcément, il va être diabétique. Ma tante se nourrissait de sucre. Ses repas, le soir, c'était coca, fruit, chocolat. Enfin, il n'y avait que du... [sucre] [ton amusé] Donc, voilà. Moi, ce n'est pas comme ça que je mange. [...] Parce que dans ces pays-là, le sucre, c'était comme de l'or, en fait. Le miel, c'était plus que de l'or et ça peut, encore maintenant, être aussi cher que l'or. Donc, quelque chose de sucré, c'est comme un cadeau, en fait. Donc, quand vous voulez faire plaisir à quelqu'un, c'est du sucré que vous donnez. Quand vous faites du thé, vous le faites très sucré, donc... Non, mais moi, je n'ai pas vécu comme ça, en fait. [...]

Aurélié : Vous n'avez pas les mêmes habitudes ?

Yasmina Ziada : Non, non, non. Non, non, non. Après, moi petite, je me souviens que je mangeais beaucoup de sucre, mais après, en grandissant non.

Entretien avec Yasmina Ziada, 39 ans, arabe, hôtesse de l'air, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité du Coudray

Dans cet extrait Yasmina Ziada écarte les arguments génétiques familiaux pour expliquer l'apparition de son DG ou du DT2 dont souffrent plusieurs membres de sa famille, et recentre l'explication sur des questions d'alimentation. Elle mobilise à la fois des logiques culturelles mais également des pratiques alimentaires individuelles pour expliquer ces cas de DT2. Ce faisant, elle se distingue des pratiques de sa famille, et met en œuvre des « *techniques de soi* », au sens de Foucault, c'est-à-dire « *des pratiques réfléchies et volontaires par lesquelles les hommes, non seulement se fixent des règles de conduite, mais cherchent à se transformer eux-mêmes, à se modifier dans leur être singulier, et à faire de leur vie une œuvre qui porte certaines valeurs esthétiques et réponde à certains critères de style* » (Foucault 1983 : 5). Ces techniques de soi sont ici mobilisées dans une stratégie de distinction face à des soignantes qui l'assimile à un groupe social ethnicisé qu'elle désigne comme « nord-africaine » ou « arabisante ».

Yasmina Ziada : Non, parce que, il y a un truc que j'ai bien pris en compte, c'est que, il y a une grande communauté nord-africaine ou arabisante ici. Où les femmes ne font pas attention. D'après ce que j'ai compris.

Aurélié : Hum, hum. C'est ce qu'on vous a suggéré ?

Yasmina Ziada : Oui, oui, oui. Oui, non... oui, on me le dit sans me le dire, en fait. Et puis, je l'ai vu aussi. On a, je suis partie faire un monitoring [...] [elle parle d'une autre patiente qui a un DG et avec qui elle a échangé] elle, elle a regardé pareil que moi : « Qui sera le meilleur pâtissier »¹¹⁶, moi je n'ai pas craqué. J'ai mangé cinq amandes et elle, elle s'est mangé un gâteau. [...] Elle a craqué. Et elle prenait un petit peu à la légère, en fait, son diabète. Et donc, c'est ce que je me suis dit. Et puis la sage-femme qui vient à la maison, elle me dit : « vous ne pouvez pas vous imaginer le nombre... », et en plus elle est d'origine maghrébine donc elle me l'a dit.

Entretien avec Yasmina Ziada, 39 ans, arabe, hôtesse de l'air, enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité du Coudray

Ce processus de distinction permet à Yasmina Ziada d'éviter tout amalgame entre ses propres pratiques alimentaires et celles des femmes minorisées et racisées qui, de son point de vue et

¹¹⁶ Emission de télévision qui fait concourir différentes candidates sur des épreuves de pâtisserie.

en adéquation avec l'analyse des soignantes, se montrent inconscientes dans le suivi de leur DG.

Sarah Benchimol cherche également, à se distinguer de l'analyse ethnicisante que le professeur en gynécologie-obstétrique qui la suit en privé pour sa grossesse suggère pour expliquer son DG. J'ai déjà explicité cette situation dans le chapitre 4 mais pour rappel, cette femme mobilise des arguments d'autorité en mentionnant son père médecin pour justifier qu'elle n'a pas de facteurs de risques familiaux de DG alors que le professeur qui la suit pour sa grossesse lui a suggéré que son DG était directement lié à ses origines « *maghrébines* ».

A la différence de Yasmina Ziada, Sarah Benchimol exprime ouvertement le rejet de cette explication fondée sur son appartenance ethnique, arguments à l'appui, tout au moins auprès des sages-femmes mais pas auprès du professeur en gynécologie-obstétrique qui la suit. Dans ces deux situations la conscience du stigmaté lié à leur racisation par les soignantes, amène ces femmes à mettre en avant leurs compétences d'observance dans le DG, notamment en ce qui concerne leurs pratiques alimentaires. Pour cela, elles mobilisent des ressources liées à leur statut social telle que leur profession, ou celui de leur famille – ici membre du corps médical. Ces garanties sont proposées dans les interactions avec les soignantes afin de les absoudre de tout soupçon de non-observance. Ce faisant, elles renforcent l'idée d'une hiérarchie entre différentes cultures alimentaires et se placent du côté d'une alimentation à visée thérapeutique et de contrôle de soi.

3.3 Se distinguer en valorisant ses efforts d'observance

Samia Naciri (38 ans, 1^{er} enfant, sans emploi) et Lydia Lamari (30 ans, 2^{ème} enfant, sans emploi) au contraire de Ghyslaine Boloki et Malaya Abao, n'hésitent pas à exprimer auprès de leur sage-femme, les freins, liés à leurs situations sociales, qu'elles rencontrent pour mettre en place le suivi demandé. Le contexte de leur suivi de grossesse les incite sûrement à s'épancher davantage. En effet, elles sont toutes les deux suivies par une sage-femme de la PMI de Paris (Protection maternelle et infantile), Caroline Martin, qui exerce au sein de la maternité Lachapelle deux matinées par semaine. Cette professionnelle dépend d'un dispositif dédié aux femmes enceintes perçues comme vulnérables (Virole-Zajde 2018), ce qui implique en particulier que les femmes ne changent pas de professionnelle en cours de suivi, que les temps de consultations sont plus longs et qu'un suivi complémentaire à domicile par la sage-femme et une puéricultrice peut être proposé. Il y a une familiarité d'emblée perceptible dans les échanges entre cette sage-femme et les deux femmes en question qui laisse comprendre que la professionnelle en sait long sur leurs contextes de vie.

C'est la dernière consultation de grossesse de Samia Naciri (arabe, 38 ans, 1^{er} enfant) avec la sage-femme de PMI qui la suit depuis le début, Caroline Martin (blanche, une cinquantaine d'années). En effet, Mme Naciri est à huit mois et demi de grossesse et elle sera suivie ensuite aux explorations fonctionnelles. La belle-mère de Mme Naciri est présente. La sage-femme et la patiente se connaissent bien, une certaine familiarité est perceptible, notamment dans le tutoiement de Samia Naciri envers la sage-femme et les rires partagés à plusieurs reprises. A propos du diabète, Samia Naciri explique qu'elle a oublié son carnet : « j'ai oublié à la maison », et en guise d'explications elle ajoute : « je bouge beaucoup, je fais des courses », elle dit cela en bâillant. La sage-femme lui demande si elle va faire la sieste et celle-ci répond qu'elle ne sait pas si elle aura le temps. L'échange s'éloigne complètement du diabète et la sage-femme n'y revient que plus tard. La sage-femme s'intéresse aux préparatifs pour l'arrivée du bébé au domicile de sa patiente et lui demande si sa collègue puéricultrice est venue à la maison comme prévu. C'est au moment de passer à l'examen clinique et de peser Mme Naciri qu'elle lui demande si le régime se passe bien, de façon très rapide. A la fin de la consultation la sage-femme lui dit de lui envoyer un message « quand il est né hein ! » [Ton enthousiaste], elle ajoute qu'elle viendra la voir dans sa chambre après la naissance, peut-être accompagnée de la puéricultrice. Mme Naciri répond : « ça fait plaisir ! » [Avec un grand sourire]. Au moment de se quitter, la sage-femme glisse : « bon, vous continuez le régime hein ! » / « oui il faut ! ».

Journal de terrain, Consultation de suivi de grossesse, Maternité Lachapelle, 20/09/16

Le contexte de fin de grossesse et le relais par les explorations fonctionnelles rendent probablement la surveillance du DG et de l'observance de Samia Naciri par la sage-femme, moins central. En entretien, Mme Naciri insiste pour me dire qu'elle n'a jamais caché à sa sage-femme les difficultés techniques qu'elle avait pour utiliser l'application Diabbest. Au-delà de cette relation de confiance avec Caroline Martin, elle n'hésite pas non plus à expliquer sa situation à la sage-femme des explorations fonctionnelles, Isabelle Blanc (blanche, 52 ans), qui, pourtant, la reçoit pour la première fois. Elle lui dit ainsi : « *je n'ai pas d'ordinateur, je n'ai pas de téléphone* ».

Samia Naciri comme Lydia Lamari sont extrêmement reconnaissantes des soins qu'elles reçoivent. Contrairement à Ghyslaine Boloki qui craint le stigmate de la femme « *africaine inconsciente* » et qui, tout en disant qu'on ne lui a pas fait sentir à la maternité, signale qu'elle a relevé des remarques négatives des soignantes à propos d'autres patientes ; ces deux femmes respectivement née en Algérie et au Maroc, soulignent la bienveillance et l'absence de jugement des professionnelles. Leurs difficultés matérielles dues à leurs trajectoires migratoires mais aussi sociales sont pensées au cœur du dispositif de PMI qui est ici décentralisé au sein du service de maternité (le même système existe dans la maternité du Coudray).

« Oui, je lui dis franchement. Ah oui, je ne mens pas, je lui dis si j'ai pris un jus, j'ai mangé du chocolat. Non, je lui dis c'est sûr, mais elle m'encourage tout le temps elle dit : “ Bravo, vous êtes... Merci pour votre sérieux “ Je lui dis : “ Je ne suis pas sérieuse du tout [Rires] “ »

Entretien avec Lydia Lamari, 30 ans, arabe, sans emploi en France (employée de pharmacie en Algérie), enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

Ces encouragements de la sage-femme soutiennent Lydia Lamari dans les efforts qu'elle met en place au quotidien. Elle explique également qu'elle a communiqué précisément avec Anne Meunier, la diabétologue, via l'application pour ajuster au mieux ses doses d'insuline car celle-ci faisait des malaises hypoglycémiques. Malgré des situations sociales complexes pour ces deux femmes et un suivi du régime et/ou des glycémies chaotiques par moment, elles sont valorisées par la bonne volonté dont elles font preuve, par les soignantes (voir chapitre 4). En exprimant leur forte reconnaissance pour des traitements perçus, presque miraculeusement, comme égalitaires, ces femmes laissent entrevoir, en creux, la possibilité toujours présente de se voir disqualifier.

« Mon mari, au début, à chaque fois qu'il venait [en France], il voyait comment on traitait Adam [leur fils souffrant d'une insuffisance rénale], il commençait à pleurer, carrément ! Il disait " pourquoi elles sont gentilles comme ça alors qu'elles le connaissent pas, qu'on est des musulmans ? " En plus de ça, il y avait le soucis là, c'était au moment des attentats, de : " je suis Charlie ", malgré ils savent que ça vient de musulmans, alors que nous, on est contre ça [insiste] »

Entretien avec Lydia Lamari, 30 ans, arabe, sans emploi en France (employée de pharmacie en Algérie), enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité Lachapelle

Lydia Lamari insiste ainsi sur la bienveillance du personnel hospitalier dans une société où elle et son mari se savent minorisés en tant que musulmans. Samia Naciri, elle, explique le sentiment de dette qu'elle ressent à l'égard des soignantes.

Aurélié : Vous n'avez jamais eu de problèmes, de tensions, avec qui que ce soit à l'hôpital ?

Samia Naciri : Non, non. Non, toujours bien. Vraiment, ils sont généreux, ils t'accueillent, ils ont fait le travail bien comme il faut.

Aurélié : Même quand vous n'avez pas rempli toutes les cases du carnet ou que vous n'avez pas pu envoyer à Rabelais [par l'application] ? Est-ce qu'on vous a fait des reproches pour ça ?

Samia Naciri : Non, pas encore. Pas encore [rires] !

Aurélié : Vous avez un peu peur de vous faire disputer, quand même [rires] ?

Samia Naciri : [Rires] Oui, c'est ça, c'est ça ! Ils vont dire : « où êtes-vous ? [Rires] On fait tout pour vous, et toi, tu, tu... [tu ne fais pas ce qu'on te demande]! »

Entretien avec Samia Naciri, 38 ans, arabe, sans emploi (employée de pharmacie au Maroc, gardes d'enfants en France), enceinte de son 1^{er} enfant, Maternité Lachapelle

Ainsi, pour ces deux femmes, il ne s'agit pas de négocier le suivi médical demandé mais de préserver la confiance des soignantes malgré leurs manquements à celui-ci, en mettant en avant leurs efforts et en omettant rien de ceux-ci. Leur étiquetage comme patientes non-observantes n'en est pas forcément évité. Caroline Martin me dit ainsi à propos de Samia Naciri : « *elle répond une fois sur deux au téléphone* » et « *elle vient quand elle veut [aux rendez-vous]* ». Ainsi, si les manquements d'observance de ces deux femmes sont tolérés par la sage-femme de PMI, ils n'en sont pas moins condamnés.

3.4 Se conformer aux attentes des professionnelles, dans les discours

Enfin un dernier groupe de femmes minorisées sur le plan linguistique et cognitif se conforment aux attentes des soignantes, du moins dans les discours, tout en n'y parvenant pas totalement. Ces femmes ont intériorisé la domination médicale et ne remettent ni le suivi du DG, ni les comportements ou postures des professionnelles, en question mais ne sont pas non plus en mesure d'adopter la figure de la patiente active ou pleine de bonne volonté. C'est le cas d'Alimatou Traore (24 ans, 2^{ème} enfant, sans emploi), de Simeng Zhou (34 ans, 2^{ème} enfant, sans emploi) et de Moussou Doucoure (36 ans, 6^{ème} enfant, sans emploi) suivies à la maternité du Coudray ; et de Fanta Diallo (28 ans, 2^{ème} enfant, sans emploi), suivie à la maternité Lachapelle.

J'ai expliqué au chapitre précédent que Moussou Doucoure ne parvient pas à faire fonctionner le lecteur de glycémie du fait de difficultés de compréhension. Celle-ci est de nationalité malienne et arrivée en France il y a dix-neuf ans, à l'âge de dix-sept ans ; elle n'a pas été scolarisée et ne sait ni lire ni écrire. Ses enfants adolescents l'aident dans l'usage du lecteur mais ne parviennent pas non plus à le faire fonctionner (voir chapitre 5). Cette femme se fait alors rappelée à l'ordre par les infirmières de consultation qui lui disent qu'elle aurait dû venir signaler le problème plus tôt.

Moussou Doucoure : La dame elle a dit « faut faire », après moi j'ai pas fait [rires]

Aurélie : [rires] Parce que vous, qu'est-ce que vous aviez pas fait ?

Fille de Mme Doucoure : Parce que en fait ma mère elle savait pas, elle ne connaissait pas [...]

Aurélie : Et qui est-ce qui vous avait dit « faut faire » ?

Fille de Mme Doucoure : Une infirmière

Aurélie : Parce que vous vous aviez pas fait quoi, les piqûres ?

Moussou Doucoure : Oui parce que moi j'ai dit c'est loin, je peux pas marcher, j'ai mal au ventre

Fille de Mme Doucoure : Elles [les infirmières] ont dit que si la machine marche pas, faut y aller pour prendre une nouvelle machine, faut aller là-bas

Aurélie : Ah oui, aller voir les infirmières de consultations. Mais vous lui avez dit que c'était loin et que c'était difficile?

Moussou Doucoure : Oui parce que moi je peux pas marcher, la côte là [il y a un important dénivelé entre la gare RER et son domicile]

Aurélie : Oui je vois, je viens de la faire ! Et donc qu'est-ce qu'elles ont dit quand vous leur avez dit ça ?

Moussou Doucoure : Elle a dit : « c'est pas sérieux, pourquoi tu n'es pas venue ? » [Rires]

Aurélie : Elle vous a un peu grondée quoi ! Ça vous a énervée ou ...?

Moussou Doucoure : Non, non non ! [Insiste]

Aurélie : Et pourquoi elle vous a grondée ?

Moussou Doucoure : Parce qu'elle a dit si j'ai pas venue, je sais pas il y a quoi

Fille de Mme Doucoure : Elle a dit qu'on peut pas savoir ce qu'elle a, et pour la santé du bébé...

Entretien avec Moussou Doucoure, 36 ans, noire, sans emploi (employée de ménage avant), a accouché de son 6^{ème} enfant, Maternité du Coudray

Ainsi, Moussou Doucoure met en avant ses difficultés de compréhension mais surtout de déplacements jusqu'à la maternité pour expliquer qu'elle ne se soit pas présentée avec son lecteur dysfonctionnel auprès des infirmières. Si cela ne semble pas l'embarrasser de ne pas répondre aux attentes des professionnelles, elle ne remet pour autant pas en question leur posture visant à la surveiller sur le plan médical, ce qu'elle juge légitime.

Simeng Zhou (34 ans, 2^{ème} enfant, sans emploi), elle, me parle en détail lors de notre entretien, de ses difficultés à suivre les glycémies et le régime alimentaire préconisé dans le DG. Face à une observance chaotique, les sages-femmes l'interrogent, lors des consultations, sur ce qu'elle mange pour comprendre ce qui fait monter les glycémies, mais ne la questionnent pas sur la gestion de son alimentation au quotidien ni sur les raisons de ses oublis de mesure glycémique. Ceci n'est abordé ni par Simeng Zhou, ni par les soignantes. En entretien, Simeng Zhou reconnaît également autorité aux soignantes. Tout en m'expliquant qu'en Chine les nouveau-nés de poids supérieur à quatre kilos « *c'est normal* », elle admet qu'elle doit changer son alimentation pour la faire correspondre au régime préconisé dans le DG afin d'éviter une macrosomie.

Fanta Diallo, femme noire de 28 ans qui attend son 2^{ème} enfant, elle, ne peut pas se rendre à « *l'atelier diabète* » de l'hôpital Rabelais du fait d'un handicap physique et de l'absence de prise en charge d'un transport médicalisé pour s'y rendre ; ni réaliser son suivi glycémique via l'application numérique car elle ne se sent pas à l'aise avec ce type d'outils. Seule la sage-femme des explorations fonctionnelles, Isabelle Blanc (blanche, 52 ans) lui propose en toute fin de grossesse d'utiliser une feuille de papier pour noter ses glycémies. Cette femme m'explique avoir été déçue qu'on ne lui propose pas cette solution plus tôt dans la grossesse. Pour autant, elle ne remet pas son suivi en question ni les questions éventuelles des professionnelles sur son « origine » qu'elle ne perçoit pas comme un risque de stigmatisation mais au contraire un bénéfice pour sa santé : « *mais, comme je sais que parfois, ils [les professionnel·les de santé] parlent des origines des patients, parfois les patients, ça les énerve. [...] Non, mais moi, les trucs comme ça, ça m'intéresse pas, ça m'embête pas. C'est juste, ça m'intéresse, ça veut dire qu'on veut m'aider, quoi* ».

Alimatou Traore est née au Mali et arrivée en France il y a quatre ans. Lors de notre entretien elle a accouché depuis quelques semaines de son 2^{ème} enfant. Elle évoque des difficultés quant au suivi du régime alimentaire mais dit qu'elle « *n'a pas le choix* ». Tout en ne pouvant pas s'y conformer totalement, ces femmes adhèrent aux normes médicales proposées quitte à disqualifier leurs propres pratiques, notamment sur le plan alimentaire.

Aurélie : Pourquoi ce ne serait pas bon [les plats africains pour le diabète] ?

Alimatou Traore : Parce que nous les africains on mange trop ! [...] C'est la quantité hein, parce que vous, vous mangez, vous connaissez ce que vous mangez et puis vous connaissez vos quantités. Bon nous on mange, on regarde pas la quantité, on mange, on mange... [...]

Aurélie : Quand vous dites « vous », c'est les français, c'est ça ?

Alimatou Traore : Hum, hum [acquiesce]

Aurélie : Vous pensez qu'ils [les Français] regardent plus, ils font plus attention quoi ?

Alimatou Traore : Ah oh [s'exclame sur le ton de l'évidence] ! Ils font plus attention mais nous on mange, que manger, manger, c'est pas bien.

Entretien avec Alimatou Traore, 24 ans, noire, sans emploi (titulaire d'un baccalauréat au Mali), enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité du Coudray

Ainsi Alimatou Traore précise que c'est la quantité plus que la qualité nutritionnelle qui est en jeu dans les différences qu'elle perçoit entre alimentation « française » et alimentation « africaine ». Elle inscrit cela dans une hiérarchie des savoirs, en avançant que les « français » « connaissent » ce qu'ils mangent. Simeng Zhou, elle, se réfère davantage à la nature des aliments qui sont fréquemment consommés en Chine telle que la farine ou le riz et qui seraient inappropriés au régime diabétique. Celle-ci a déjà fait un DG lors de sa précédente grossesse et reprend à son compte les discours des professionnelles de santé qu'elle a rencontrées. Elle relate ainsi son expérience passée.

Simeng Zhou : C'était gros [le fœtus à l'échographie]. Médecin très fâché ! [Rires]

Aurélie : C'est vrai ?

Simeng Zhou : Oui elle était fâchée [rires] : « j'ai dit vous : “ il ne faut pas manger du riz, si vous avez faim, il faut manger un peu, comme ça “ [mime une petite quantité avec la main] » [...] J'avais trop faim, je mange pas bien. [Parle en mandarin à son amie]

Amie-Traductrice : Elle n'est pas habituée aux repas français, alors du coup elle a envie de manger chinois [rires].

Simeng Zhou : Elle a dit [à] moi juste mange salade [son amie précise qu'elle veut dire légumes], la viande, voilà. Alors j'ai dit : « je n'aime pas ça ».

Entretien avec Simeng Zhou, 34 ans, chinoise, sans emploi (serveuse en restauration avant), enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité du Coudray

Plus tard au cours de notre entretien, elle compare sa première expérience de régime pour le DG avec son expérience actuelle.

Amie-Traductrice : Mais là elle est plus sage

Aurélie : Et pourquoi vous étiez plus sage alors cette fois-ci ? Parce que vous me disiez tout à l'heure que vous connaissiez mieux les habitudes françaises ?

Simeng Zhou : Ouais, maintenant... [parle en mandarin]

Amie-Traductrice : Oui maintenant elle est habituée aux repas français

Simeng Zhou : Habituée, oui, aux repas français, parce que je travaille dans le restaurant chinois et pareil il y a salade [légumes], là ça va mieux, c'est bien [rires] !

Entretien avec Simeng Zhou, 34 ans, chinoise, sans emploi (serveuse en restauration avant), enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité du Coudray

Simeng Zhou a donc adopté le discours médical et le modèle d'alimentation occidentale qui prévaut dans les préconisations pour le DG. Le façonnement de ses pratiques alimentaires au

contact des soignantes de maternité n'est sans doute pas uniforme mais la hiérarchie entre une alimentation qui serait « bonne » pour la santé et l'autre non, structure ses représentations.

Alimatou Traore et Simeng Zhou conçoivent donc l'alimentation française comme plus saine et plus adaptée afin de ne pas développer ou de réguler correctement un DG, tandis que la façon de se nourrir dans leurs pays d'origine, le Mali et la Chine, leur paraît incompatible avec cette maladie. Ces deux femmes vont donc dans le même sens que les soignantes et se perçoivent elles-mêmes comme pétries de « mauvaises » habitudes alimentaires héritées de leur pays d'origine et incompatibles avec le régime préconisé dans le DG.

Ainsi, les consultations médicales de suivi du DG, que ce soit les consultations de suivi de grossesse, de diététique, de diabétologie ou aux explorations fonctionnelles, ne laissent que peu de place pour des échanges avec les femmes sur leurs éventuelles difficultés, ainsi que sur leurs expériences et leurs savoirs développés au cours de leur trajectoire de la maladie. Non seulement le dépistage systématique du DG engendre un nombre important de cas et l'organisation des consultations, dans une institution sous tension, renforce l'exigence d'observance (voir chapitre 2). Ensuite, la logique d'observance qui prédomine dans la prise en charge du DG implique des processus de contrainte et d'infantilisation des femmes, qui tout en les responsabilisant vis-à-vis de leur santé et celle de leur fœtus (voir chapitre 3), ne les conduisent pas à s'émanciper mais plutôt à se censurer, surtout pour celles qui au-delà de ne pas pouvoir, ou de ne pas vouloir suivre les recommandations, ne peuvent jouer le jeu de l'adhésion. Ces processus de censure et de soumission dans la relation de soins mettent en lumière une asymétrie sous-tendue par un jeu dans les pouvoirs de dire et de faire dire.

Après avoir vu comment les femmes enceintes, selon leurs dispositions sociales, tentent d'échapper au suivi en remettant en question le diagnostic de DG puis comment, une fois le suivi enclenché, les soignantes et soignées s'adonnent à un jeu de pouvoir qui empêche ces dernières d'être actrices de leur parcours de soin ; nous allons voir quelles sont les possibilités de négocier la mise en place de l'insuline et du déclenchement de l'accouchement.

4. Les marges de manœuvres des femmes enceintes face à la prescription d'insuline et aux décisions de déclenchement de l'accouchement : une sanction en cas de non-observance ?

Deux types de décisions médicales peuvent être prises dans les situations de DG évalués comme « déséquilibrés » et les situations d'observance jugée insuffisante au regard des attentes de soignantes. Selon le terme de la grossesse, il s'agira de prescrire de l'insuline ou de programmer

un déclenchement de l'accouchement, à partir de huit mois et demi de grossesse. Ces deux interventions médicales constituent donc des réponses au trouble biologique tout autant qu'une réponse, prenant quasiment la forme d'une sanction, aux comportements de non-observance.

4.1 Les négociations autour de la prescription d'insuline

Le passage à l'insuline est préconisé par les soignantes¹¹⁷ lorsque le DG est considéré comme mal « *équilibré* », autrement dit quand les glycémies sont évaluées comme trop fréquemment au-dessus des normes attendues.

« Parce que je pense que celle qui est bien observante et puis qui a des dextros pathos [pathologiques], bon, voilà, après, on les passe sous insuline, voilà, sans se dire... Parce qu'après, si on se retrouve avec des valeurs qui sont pathos mais que la dame te dit : " Ah bah ouais, j'ai fait vraiment plein d'écarts ". Tu dis : " Ben, si vous ne faisiez pas d'écart, est-ce que ça serait bien ? Parce que sinon, ça veut dire que je vous mets sous insuline ". Donc ce n'est quand même pas rien parce que faut faire l'insuline aux repas et tout ça. Enfin, il faut faxer une demande de diabéto [HDJ en diabétologie]. Il faut aller chez la diabéto[-logue], enfin, c'est... Les conséquences ne sont pas les mêmes, et puis même pour notre prise en charge à nous, ce n'est pas pareil après. Il y a la sage-femme [à domicile], les explos [explorations fonctionnelles], plus ou moins matu [maturation du col de l'utérus = déclenchement de l'accouchement] ».

Entretien avec Louise Bouquet, sage-femme, blanche, 8 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Du point de vue des soignantes de la maternité du Coudray, la prescription d'insuline est perçue comme une surcharge de travail car cela nécessite d'adresser les femmes au service de diabétologie au moyen d'un fax ou d'un appel téléphonique suite auquel les patientes sont convoquées pour une hospitalisation de jour (HDJ). Nous avons vu également que, pour les sages-femmes, l'évitement de l'insuline leur permet de rester dans leur domaine de compétence (voir chapitre 3). Cependant l'introduction d'insuline peut aussi fonctionner comme une menace afin de convaincre les femmes de réajuster leur observance au régime alimentaire et à la surveillance glycémique. La sage-femme Anna Fauvel, note ainsi dans le dossier de Simeng Zhou (34 ans, 2^{ème} enfant, sans emploi) : « *nombreuses valeurs pathos [pathologiques] mais mange des amandes et des arachides ++ avant le dextro post-prandial. On se redonne 3 jours avec régime strict. RDV diabétologue à demander vendredi si pas d'amélioration* ».

Assia Bida recadre aussi fermement une femme dont le suivi glycémique est chaotique en lui brandissant la possibilité d'un passage à l'insuline.

¹¹⁷ Pour rappel, dans la maternité du Coudray, ce sont les sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes qui s'adressent au service de diabétologie (par téléphone ou par fax) lorsqu'elles estiment qu'il y a besoin d'insuline. Pour les femmes suivies dans la maternité Lachapelle, ce sont les diabétologues de l'hôpital Rabelais qui prennent cette décision au regard de leur contrôle hebdomadaire des glycémies sur l'application Diabbest.

Assia Bida, sage-femme arabe d'une trentaine d'années, reçoit une femme enceinte de six mois et demi, arabe, qui ne parle pas français et est venue avec son mari pour effectuer la traduction. La sage-femme explique au mari, en faisant un schéma, les moments où elle doit se piquer pour mesurer sa glycémie : « là j'ai pas toujours 4 fois ». Le mari parle de la fatigue de sa femme, ce à quoi la sage-femme répond : « je sais que parfois elles sont fatiguées, elles oublient, mais il faut essayer [...] même si elle mange un p'tit peu [...] de mettre le téléphone qui sonne par exemple [...] parce que nous les sages-femmes, quand c'est comme ça, on ne sait pas quoi faire. [...] Alors il faut qu'elle fasse plus attention parce que sinon on va être obligé de mettre l'insuline, un médicament ». A plusieurs reprises le monsieur opine ou répète les mots de la sage-femme. La sage-femme poursuit : « je vais la revoir la semaine prochaine, je veux qu'il y ait 4 fois [4 glycémies par jour] tous les jours, zéro oubli, elle met le téléphone, elle fait ce qu'elle veut mais je ne veux pas d'oubli. Sinon on va être obligé de l'envoyer aux diabéto[-logues] et là ils vont l'hospitaliser pour mettre l'insuline »

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité du Coudray, 06/04/2016

Les difficultés mises en avant par le mari de la patiente pour expliquer son manque d'observance ne sont pas reçues comme des excuses l'exonérant de la surveillance glycémique : la sage-femme en reste aux exigences initiales. La possibilité de devoir introduire de l'insuline est supposée faire levier afin que la patiente fasse davantage d'efforts.

Pourtant, même quand l'insuline est prescrite, les sages-femmes continuent d'insister sur le respect de la diététique et la régularité de la surveillance des glycémies.

Isabelle Blanc, sage-femme blanche de 52 ans, reçoit une patiente noire, enceinte de son 1^{er} enfant et qui doit s'administrer de l'insuline depuis six jours alors qu'elle est à sept mois et demi de grossesse. La sage-femme l'interroge sur les doses d'insuline qui lui ont été prescrites par les diabétologues de l'hôpital Rabelais et la patiente signale que ses taux de glycémie sont plus élevés depuis qu'elle prend l'insuline. La sage-femme l'interroge alors sur « comment elle fait le régime » et celle-ci explique qu'elle a ajouté un fruit. La sage-femme commente : « oui bah c'est ça. Il faut continuer le régime parce que c'est pour aider le pancréas mais ce sont des petites doses [d'insuline] » / « je pensais que je pouvais prendre mon petit fruit vu que j'avais de l'insuline ». En conclusion, la sage-femme insiste à nouveau : « Alors lâchez pas les efforts hein, les sucres rapides à bannir ».

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité Lachapelle, 21/09/2016

Dans cet échange, Isabelle Blanc n'évoque pas la possibilité d'augmenter les doses d'insuline et réitère les préconisations alimentaires classiques du DG. L'insuline constitue donc une manière de prendre en charge la non-observance des femmes enceintes ayant un DG de deux manières. Comme je l'ai déjà développé dans le chapitre 4, ceci peut être une solution dont les soignantes se saisissent pour les femmes dont les habitudes alimentaires et/ou les difficultés économiques et matérielles sont perçues comme incompatibles avec le suivi du régime alimentaire ; mais cela peut également prendre la forme d'une menace ou d'une sanction visant à leur faire reprendre le suivi plus rigoureusement.

Du côté des femmes enceintes, la prise d'insuline peut à la fois constituer un soulagement quant au suivi du régime mais cela peut également représenter une contrainte en termes d'organisation

temporelle et matérielle et aussi de douleur physique. Simeng Zhou (34 ans, 2^{ème} enfant, sans emploi) explique par exemple qu'elle a eu de l'insuline lors de sa première grossesse et que cela l'a énormément gênée à cause de la douleur des injections. Alimatou Traore m'explique qu'elle a été accompagnée par une infirmière à domicile pour ses injections.

Alimatou Traore : J'ai eu Insuline. Y avait une dame qui passe chaque [jour à] 18 heures avant de manger, elle me pique. Elle m'a montré aussi, le jour qu'elle [ne] peut pas venir, moi-même je me pique.

Aurélié : C'était où que vous piquiez ?

Alimatou Traore : Ici. Soit ici [elle me montre plusieurs endroits précis sur sa cuisse]. Chaque jour. Même si elle manque [même quand l'infirmière ne peut pas venir].

Aurélié : C'était que le soir ?

Alimatou Traore : Oui c'était que le soir. Mais deux !

Aurélié : Deux différentes, une rapide et une lente, c'est ça ?

Alimatou Traore : Oui, c'est ça

Entretien avec Alimatou Traore, 24 ans, noire, sans emploi (titulaire d'un baccalauréat au Mali), enceinte de son 2^{ème} enfant, Maternité du Coudray

Plusieurs patientes ont également exprimé de vives réticences par rapport aux effets de l'insuline sur leur fœtus. Autrement dit, l'injection de ce médicament est loin d'être anodine pour elles. Cependant, je n'ai observé qu'une seule situation de négociation autour de la prescription d'insuline puisqu'elle est largement acceptée par les femmes. Sarah Benchimol est la seule enquêtée à avoir exprimé clairement que selon elle, elle n'avait pas besoin d'insuline.

Isabelle Blanc, sage-femme blanche de 52 ans, reçoit Sarah Benchimol, femme arabe de 48 ans, qui est enceinte de huit mois et attend son premier enfant : « Là on vous voit tous les trois jours, qu'est ce qui se passe ? » / « bah c'est toujours cette histoire de diabète » / « vous vous piquez toujours pas ? » / « si, si, je me pique » / « ah ! Et alors qu'est-ce que ça donne c'est équilibré ? » / « oui ». Isabelle Blanc regarde sur l'application et dit : « bah pas trop ». Sarah Benchimol explique : « c'est jusqu'à 1,40 on m'a dit, même les normes du laboratoire... » / « pour moi si je regarde, c'est un diabète déséquilibré » / « j'vais pas prendre de l'insuline maintenant » / « ça c'est le diabétologue qui décide » / « il m'a contactée [le professeur Joseph de l'hôpital Rabelais], je vais pas prendre de l'insuline maintenant, j'ai un cousin qui est un grand diabétologue, il m'a dit que là [en fin de grossesse] c'était pas la peine » / « y a un peu deux écoles, ceux qui disent que c'est bien que ce soit équilibré autour de l'accouchement et ceux qui disent, vous accouchez bientôt, c'est pas la peine ».

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité Lachapelle, 03/11/16

Sarah Benchimol mobilise donc son réseau personnel ayant des fonctions médicales afin de négocier de manière directe la nécessité de prendre de l'insuline. Il s'agit pour elle d'éviter cette contrainte et de montrer qu'il n'y a pas de bénéfices pour sa santé étant donné l'imminence de l'accouchement. Pour appuyer ses arguments, elle remet également en question les seuils fixés de glycémies pour l'évaluation de l'équilibre de son DG. La sage-femme ne s'engage pas dans la négociation car ce n'est pas elle qui prend la décision de la prescription d'insuline mais le professeur Joseph qui suit Sarah Benchimol via l'application. Celle-ci admet néanmoins dans

son échange avec la patiente que cette prescription est discutable (« *y a un peu deux écoles* » dit-elle) bien qu'elle condamne le comportement de cette femme lors de notre entretien : « *quand elle a su que c'était déséquilibré et quand tu lui disais, elle s'en foutait* ». Ce refus des injections d'insuline par Sarah Benchimol n'est possible qu'en mobilisant des arguments recevables sur le plan médical.

4.2 Les négociations du déclenchement de l'accouchement

Les indications médicales du déclenchement de la naissance pour les femmes développant un DG reposent sur l'équilibre des glycémies mais aussi sur les éventuels signes indirects de « *déséquilibre* » telle qu'une estimation de poids fœtal supérieure à la normale (macrosomie) ou une augmentation de liquide amniotique, évaluées à l'échographie. De la même façon que l'insuline, la décision d'un déclenchement de l'accouchement constitue une menace en cas de non-observance de la surveillance glycémique et/ou du régime alimentaire par les femmes.

« À 38 [semaines d'aménorrhée = huit mois et demi de grossesse], quand on voit que c'est n'importe quoi et que... Moi, je leur redis : “ Ecoutez, on va se mettre dans une situation où on vous déclenche, ça risque de ne pas marcher, vous allez avoir une césarienne. Donc, vous revenez dans trois jours, je veux que le carnet, tout soit noté et vous faites vos doses [d'insuline] “. Et parfois, il y en a qu'on arrive à recadrer un peu, voilà ».

Entretien avec Nathalie Lefebvre, gynécologue-obstétricienne, blanche, 2 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Plus encore, arrivé à un certain stade de la grossesse, cette menace est facilement mise en pratique si bien que le déclenchement de l'accouchement correspond à une modalité de prise en charge des défauts d'observance, valable dans les deux maternité étudiées.

« Enfin, c'est le souci, c'est qu'il y a un moment où une fois que tu as tout expliqué bien, que tu leur as dit deux fois les risques et pourquoi il faut surveiller, et si elles ne respectent pas ce que tu leur dis, moi, il y a un moment, je leur dis : “ Je ne ferais rien de plus, quoi “. Tu vois, je ne vais pas les fliquer... Et du coup, c'est celles-ci qu'on est amené à surveiller de près aux explos [explorations fonctionnelles] à la fin et à déclencher sous prétexte qu'elles ont pas observé et bien respecté ».

Entretien avec Nathalie Lefebvre, gynécologue-obstétricienne, blanche, 2 ans d'expérience, Maternité du Coudray

« Ah bah oui un diabète qui est déséquilibré, qui n'est pas surveillé, le médecin va me dire : “ à 39 [semaines d'aménorrhée = huit mois et demi de grossesse] tu déclenches hein ! “ Parce que comme on sait pas, y a un risque, donc on y va ! [...] Parce qu'ils ont peur, ils se disent : “ il [le fœtus] a subi des glycémies comme ça... [mime avec les mains des mouvements en dents de scie] “ »

Entretien avec Isabelle Blanc, sage-femme, blanche, 25 ans d'expérience, Maternité Lachapelle

Cette pratique de déclenchement dans les cas de DG « non surveillés » ne fait l'objet d'aucune recommandations médicales. Dans les recommandations pour la pratique clinique (RPC) nationales, les indications de déclenchement dans le cadre d'un DG mentionnent le déséquilibre de la maladie, c'est-à-dire les glycémies au-dessus des normes ou les signes échographiques (macrosomie ou excès de liquide amniotique) mais elles ne font pas référence à l'absence de surveillance : « *en cas de diabète gestationnel bien équilibré et sans retentissement fœtal, il n'y pas d'argument qui justifie une conduite à tenir différente de celle d'une grossesse normale* » (Garabedian et Deruelle 2010). D'une part, l'évaluation de « *l'équilibre* » de la maladie et des conséquences sur le fœtus laisse une part d'appréciation individuelle non négligeable : à partir de combien de glycémies au-dessus des normes considère-t-on que le DG est « *déséquilibré* » et à partir de quelle estimation de poids fœtale ? Autant de questions qui font que les décisions sont discutées au cas par cas (ceci est également valable pour les DG traités par insuline si ce n'est que les décisions de déclenchement tiennent également compte des doses d'insuline administrées). D'autre part, le glissement d'une indication de déclenchement de l'accouchement pour DG « non-équilibré » à celle d'un déclenchement pour DG « non-surveillé » ne s'appuie que sur l'idée de gérer l'incertitude en l'absence de données biologiques objectivables de « *l'équilibre* » de la maladie. Ce qui peut susciter des désaccords chez certaines soignantes.

« Alors, moi, je ne suis pas du tout d'accord ! C'est quand même hyper invasif, hyper... A la limite, ils hospitalisent, ils font un cycle glycémique [plusieurs mesures de glycémies au cours d'une journée], ils voient si c'est la cata[-strophe] ou pas tu vois. Ah non, mais vraiment ça me choque de faire ça »

Entretien avec Sophie Marsac, sage-femme, blanche, 8 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Pourtant les observations montrent que cette pratique est largement mise en œuvre et la plupart des soignantes adhèrent à cette logique de prévention des risques poussée à son paroxysme.

Dans la maternité du Coudray neuf femmes sur les onze pour lesquelles j'ai eu accès à ces données, se sont vu proposer un déclenchement de l'accouchement. Parmi ces neuf femmes, une s'est vu proposer un déclenchement pour une tout autre raison que le DG, quatre parce que la maladie était considérée comme « *déséquilibrée* », trois parce qu'elle n'était pas assez « surveillée » (Ghyslaine Boloki, Moussou Doucoure et Malika Azem) et une pour les deux raisons (Simeng Zhou).

Dans la maternité Lachapelle, j'ai pu accéder uniquement aux dossiers informatiques (et non papiers) au sein desquels les données sur les indications de déclenchements n'étaient pas toujours clairement renseignées. J'ai malgré tout pu constater que sept femmes sur les douze

pour lesquelles j'ai pu consulter ce dossier ont été déclenchées ou césarisées après huit mois de grossesse. Aucune parmi celles dont l'observance avait été évaluée comme aléatoire ou insuffisante au cours de la grossesse ne s'est *a priori* vu proposer de déclenchement pour DG « non-surveillé ». Certaines n'en ont pas eu l'occasion car elles ont démarré leur accouchement spontanément avant ou tout juste à huit mois de grossesse (Malaya Abao, Samia Naciri) ou ont eu une césarienne programmée pour un autre motif (handicap pour Fanta Diallo ; âge élevé pour Sarah Benchimol). Ines Taïeb, elle, a été déclenchée pour une autre pathologie de la grossesse en lien avec le DG. Je n'ai pas pu avoir l'information concernant Lydia Lamari son dossier n'étant pas suffisamment renseigné. En revanche, Anna Pénouel n'a pas eu de proposition de déclenchement malgré une surveillance de glycémies irrégulière puisque son dossier indique qu'elle s'est mise en travail spontanément à quasiment neuf mois.

Il est donc remarquable que les déclenchements pour DG « non-surveillés » concernent davantage les femmes de la maternité du Coudray, notamment celles situées dans le bas de l'échelle sociale et n'ayant pas pu échapper à l'évaluation de leurs comportements d'observance comme inadaptés malgré des stratégies d'autocensure (Ghyslaine Boloki) ou de soumission (Moussou Doucoure et Simeng Zhou). Seule Maliaka Azem a refusé fermement le déclenchement comme le reste de la surveillance.

Ghyslaine Boloki m'explique ainsi comment la décision de déclenchement a été prise la concernant.

« J'ai dit : " vu que je sais que, de mon côté, je n'aurai pas de solutions, j'ai décidé de pas m'inquiéter ". Et c'est là que l'inquiétude maintenant se téléporte sur eux, sur le côté soignant et c'est là qu'on me dit " bon il va falloir qu'on déclenche parce qu'on peut pas vous laisser dans l'incertitude, en plus de tout ce que vous avez [comme pathologies], on peut pas rajouter un diabète par-dessus ". Donc cette sage-femme en a parlé à sa supérieure, elle est sortie, elle est partie une bonne demi-heure et en revenant, c'est là qu'elle m'annonce : " bon pour éviter trop de tracasseries na, na, na, je pense qu'il est mieux, de toutes façons c'est ce que vous vouliez, on va pouvoir vous déclencher mais on le fera le 13 " »

Entretien avec Ghyslaine Boloki, 43 ans, noire, sans emploi en France (cheffe d'entreprise au Congo), enceinte de son 3^{ème} enfant, Maternité du Coudray

Ainsi, une fois le fœtus considéré comme à terme, la logique médicale veut que le bénéfice de le faire naître soit supérieur au risque de laisser la grossesse se poursuivre et ce, même lorsque aucune complication de la maladie n'est confirmée.

Isabelle Banc, sage-femme blanche de 52 ans, reçoit une femme chinoise qui attend son 1^{er} enfant, accompagnée de son conjoint et dont le déclenchement est prévu la semaine prochaine [soit à 39 semaines d'aménorrhée et demie] pour « DG sous insuline déséquilibré » [inscrit dans le dossier]. Isabelle Blanc : « Alors, on a pas réussi à équilibrer ? Vous avez augmenté l'insuline ? » / « J'ai pas augmenté l'insuline mais les

résultats c'est aléatoire, ça dépend des jours ». Durant l'échographie la sage-femme vérifie le poids du bébé et dit : « C'est exactement ce qu'on espérait » / « On déclenche quand même ? » / « C'est toujours une histoire d'avantages-risques si vous voulez [...] Y a pas d'avantage à attendre. »

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité Lachapelle, 04/01/2017

Ainsi, à un terme de huit mois et demi de grossesse, l'option d'augmenter les doses d'insuline n'est pas envisagée puisque le déclenchement apparaît comme une solution à moindre coût, sur le plan médical. Le déclenchement de l'accouchement a déjà été analysé comme un moyen de rationalisation de l'activité des professionnelles (Carricaburu 2005) et de l'incertitude médicale (Carricaburu 2007). Il apparaît ici également comme un dispositif de gouvernement des corps dans sa dimension normalisatrice (Fassin et Memmi 2004). En effet, le corps des femmes enceintes développant un DG est mis au service, par l'accouchement, de la normalisation du trouble biologique qu'induit le DG et des risques que celui-ci comporte (puisque dans la grande majorité des cas le trouble disparaît dans les jours qui suivent l'accouchement). Bien que les femmes puissent s'accommoder de ce type de décision, le caractère coercitif n'en est pas moins présent.

Anna Fauvel, sage-femme blanche d'une trentaine d'années, reçoit Salima Laouamri, femme enceinte de 37 ans, arabe, qui attend son 4^{ème} enfant. Celle-ci lui parle d'un éventuel déclenchement si les glycémies ne sont pas équilibrées la semaine suivante. Salima Laouamri dit plusieurs fois « Ah bon ? » sur un ton très étonné puis « Oh non ! » [Rires] / « Bah c'est pour ça essayez de faire hyper gaffe au régime parce que normalement ça devrait même être cette semaine, enfin la semaine qui vient donc...vous avez un petit sursis » / « Non ! Mais quoi, une césarienne ? » / « Non pas une césarienne mais un déclenchement » / « Oh non, je suis pas prête là ! » / « [...] En gros faut plus qu'il y ait d'hypo[-glycémie], faut plus qu'il y ait d'hyper[-glycémie] » / « Mais l'hypo c'est pas de ma faute, c'est l'insuline ! Moi j'arrête l'insuline hein » / « C'est pour ça, aller voir avec mes collègues [de diabétologie] et vous arrêtez le chocolat surtout en fait parce que si vous arrêtez l'insuline vous allez être en hyper » [rires] / « Non mais même j'ai mangé des bonbons et j'étais en hypo, je comprenais rien du tout » / « Bon bah vous allez arrêter les bonbon aussi, hein [rires], peut-être plus d'insuline mais peut-être plus de bonbons non plus ! Donc on va vous laisser régler ça un peu avec eux et puis la semaine prochaine si c'est pas terrible on vous garde » / « Ah non » [rires] / « Si, si, si, enfin faites comme vous voulez, hein » / « Nan je vais faire un effort » / « Bah oui voilà, c'est maintenant ou jamais. Maintenant chaque consultation est un peu décisionnelle » / « Ah d'accord, je savais pas » / « Bah oui, on a l'air sympa comme ça mais pas du tout ! [Rires] » / « Je vois ça ! [Rires] »

Journal de terrain, Explorations fonctionnelles, Maternité du Coudray, 10/12/2015

Cette décision a très peu de possibilité d'être négociée et ce, même si elle fait l'objet de doutes sur son bien-fondé pour certaines femmes enceintes. Emilie Petit (34 ans, 2^{ème} enfant, ingénieure) est surprise de l'annonce d'un déclenchement la concernant : « *c'est vrai que là, quand il y a une quinzaine de jours, la sage-femme m'a dit : "Bah, on va faire un déclenchement anticipé à cause du diabète", j'avais été un petit peu surprise de cette décision-là. Un petit peu tôt en plus, 39 [semaines d'aménorrhée], j'avais trouvé que c'était un p'tit peu tôt* ». Cependant,

elle s'en remet au savoir médical et ajoute : « *je sentais que c'était un peu les protocoles de la maternité donc... Ben voilà. Après, je me plie... Moi, je n'estime pas en connaître plus, donc je n'estime pas pouvoir un petit peu [...] On se dit qu'il y a une raison et que si c'est proposé, c'est que c'est mieux de faire ça comme ça donc...* ». Finalement, celle-ci échappera au déclenchement, du moins pour un temps, car d'une semaine à l'autre ses glycémies se sont normalisées. La sage-femme, Isabelle Blanc, lui dit : « *ah ça n'a rien à voir ! C'est équilibré ça. On va se laisser une semaine de plus* »¹¹⁸. Le savoir médical fonctionne alors comme un savoir-pouvoir dans la mesure où ce savoir justifie l'intervention sur le corps des femmes enceintes.

Pour certaines femmes enceintes, le déclenchement est redouté car considéré comme plus invasif et médicalisé. Pour d'autres, il est envisagé comme une solution pragmatique, son caractère programmé leur permettant de s'organiser pour le jour de l'accouchement, notamment pour celles qui ont déjà des enfants, ou comme un moyen d'achever la grossesse dont elles subissent les inconforts. Les soignantes peuvent d'ailleurs s'appuyer sur le souhait des femmes enceintes d'accoucher pour légitimer cette intervention : « *de toutes façons c'est ce que vous vouliez* », dit la sage-femme à Ghyslaine Boloki.

A l'opposé, Raphaëlle Giraud, sage-femme blanche de trente-deux ans, explique que l'éventualité d'un déclenchement est souhaitée par les femmes qu'elle désigne comme « africaines » et que cela impacte leurs comportements d'observance dans une stratégie visant justement à obtenir le déclenchement.

« Maintenant ça marche plus du tout parce que la menace du déclenchement c'est exactement ce qu'elles veulent, parce qu'elles disent : “ ah mais j'en ai marre, j'suis fatiguée “, enfin voilà, donc elles [les africaines], elles font exprès, enfin exprès, je mets entre guillemets, mais du coup elles sont beaucoup plus laxistes sur leurs dernières semaines-là et elles font des écarts et forcément nous on sanctionne derrière c'est à dire qu'on pose des indications de déclenchements sur diabète déséquilibré mais parce qu'à la fin elles laissent tomber complètement le régime ».

Entretien avec Raphaëlle Giraud, sage-femme, blanche, 8 ans d'expérience, Maternité du Coudray

Ainsi, si le déclenchement apparaît comme une solution pour les soignantes face aux comportements de non-observance des patientes, cette décision doit rester entre leurs mains. Il ne leur semble pas légitime que le déclenchement soit envisagé comme une option de sortie (de la grossesse et/ou du DG) pour les femmes, en tant que tactique rationnelle.

¹¹⁸ Finalement cette femme enceinte ayant eu une césarienne lors de son précédent accouchement, sera déclenchée le jour de son terme prévu, c'est-à-dire à neuf mois pleins. Les femmes n'ayant jamais eu de césarienne peuvent dépasser le terme de quelques jours.

Parmi mes enquêtées et l'ensemble des observations effectuées, seule Malika Azem a refusé totalement le déclenchement de son accouchement. Ceci a été accepté par les soignantes mais comportait le risque qu'elle ait malgré tout à se justifier le jour de l'accouchement. Elle dit ainsi : « *j'ai limite une étiquette sur le front pour venir accoucher* ». De sorte que ce dispositif de gouvernement des corps ne tient pas tant dans un pouvoir répressif mais plutôt dans la norme qu'il produit, qui diffuse même lorsque ce pouvoir est contourné.

Conclusion

J'ai analysé tout au long de ce chapitre, en quoi la relation de soins dans le DG centrée sur l'objectif d'observance conduisait les professionnelles à endosser un rôle de contrôle et de correction n'invitant pas les femmes enceintes à s'exprimer ouvertement ni, *a fortiori*, à négocier la prise en charge. Au sein de ces rapports de pouvoir, seules les femmes enceintes pouvant jouer le jeu de l'adhésion au suivi médical parviennent à éviter une évaluation négative de leurs comportements d'observance. De l'autre côté, les femmes les plus à risque d'être stigmatisées au regard de leur ethnicité, de leur position sociale ou de leur corpulence, se replient dans l'autocensure, entretenant malgré elles, les représentations négatives à leur égard. Celles rencontrant des difficultés pour se conformer aux recommandations médicales mais faisant preuve de bonne volonté ou se soumettant à l'autorité médicale ne parviennent pas non plus à éviter totalement le stigmate qui pèse sur elles.

Dans ce contexte, les négociations de la prise en charge du DG, à son début lors du diagnostic ou à la fin lors des décisions de déclenchement, sont peu initiées par les femmes et ont peu de chances d'aboutir et ce, quel que soit le statut social des femmes. Certaines situations de non-observance renvoient alors à des manières de dire, sans l'exprimer ouvertement, un désaccord ou une impossibilité de réaliser le suivi médical demandé. Si ces contournements de la surveillance peuvent apparaître comme des échecs du pouvoir, ils n'en demeurent pas moins l'expression d'une normalisation « à marche forcée » à laquelle les femmes ne peuvent ou ne veulent pas se soumettre, mais elles doivent jouer le jeu au risque d'être étiquetées comme de « mauvaises » patientes, voire comme de « mauvaises » mères. Cette normalisation s'inscrit jusque dans les corps par des interventions telles que l'administration d'insuline et le déclenchement de l'accouchement qui vont alors davantage concerner les femmes ne pouvant ni se plier parfaitement aux recommandations ni échapper au jugement médical quant à leur observance.

Conclusion générale

L'objectif de cette thèse était d'explorer la mise en œuvre de l'observance dans la prise en charge du DG et de mesurer en quoi celle-ci participe de rapports sociaux inégalitaires et reproduit éventuellement des inégalités sociales de santé. Il s'agissait de saisir les usages et le sens donné à la notion d'observance par les actrices aux différents niveaux que sont l'organisation des services de maternité, la division du travail entre les différents groupes professionnels intervenant dans la prise en charge, et la relation soignantes-soignées.

Pour répondre à cet objectif, j'ai mobilisé des méthodes qualitatives s'appuyant sur des observations non-participantes et des entretiens avec les professionnelles et les femmes enceintes. Les deux maternités étudiées, toutes deux des établissements publics situés en Île-de-France, ont été choisies dans une perspective de comparaison dans les modalités de dépistage et de surveillance du DG (l'une fonctionne avec une application numérique pour le suivi des glycémies et l'autre avec un système de carnet papier et de rendez-vous en direct) mais aussi dans les caractéristiques socio-démographiques des femmes enceintes qui s'y font suivre.

1. Rétrospective de la thèse

Le **chapitre 1** a permis de replacer la problématique de la thèse dans le champ de la littérature en sciences sociales portant d'une part sur les inégalités sociales de santé et d'autre part sur la notion d'observance et de préciser le cadre théorique de la thèse. En particulier, l'approche par les rapports sociaux propose de prendre en compte de manière « *simultanée* » (West et Fenstermaker 2006) les rapports de race, de classe et de genre qui se jouent dans la mise en œuvre de l'observance et d'analyser les potentielles inégalités de santé qui en découlent.

Le **chapitre 2** montre que les modalités de dépistage mises en place dans les deux maternités étudiées ne suivent pas les recommandations nationales mais pratiquent un dépistage systématique et non sur facteurs de risque, ce qui permet de cibler tacitement les femmes dont l'ethnicité ou la race sont appréhendées par le monde médical comme un facteur de risque génétique de DG mais aussi de moins bonne observance. Or, ce dépistage massif alourdit une organisation déjà sous tension et implique que l'exigence d'observance fonctionne comme une délégation des soins reposant sur l'autonomie supposée des femmes développant un DG. Cette autonomie doit donc soulager l'organisation tout en étant largement encadrée par les normes médicales et revient à responsabiliser les femmes au nom de la santé de leur fœtus. Cet idéal de la patiente observante, autonome et responsable fonctionne comme une rhétorique justificatrice

et conduit à des soins différenciés dans la mesure où les femmes ont des ressources matérielles et symboliques inégales pour répondre à l'exigence d'observance. Les femmes les moins dotées socialement doivent alors compenser les failles institutionnelles telle que l'absence de système d'interprétariat efficace ou d'alternative à l'application numérique, dans un contexte où les aménagements individualisés se font au prix de « bricolages » des soignantes.

Au cours du **chapitre 3**, j'ai montré quels contours prend l'observance parmi les professionnelles engagées dans sa prise en charge. Celle-ci renvoie à une logique de normalisation des conduites alimentaires et du poids des femmes ayant un DG en même temps qu'à une logique de responsabilisation maternelle justifiant une relation de soin paternaliste voire autoritaire. La surveillance des femmes enceintes ayant un DG est pensée à la fois comme indispensable et comme une charge par les différents groupes professionnels que sont les sages-femmes, les gynécologues-obstétriciennes, les diététiciennes et les diabétologues. Les relations entre ces groupes se rejouent dans la mise en œuvre de l'observance révélant des enjeux de reconnaissance, de légitimation et de délégation du « *sale boulot* » (Hughes 1951). Ces processus induisent un renforcement des logiques de normalisation et de responsabilisation des femmes par la mutualisation et/ou la multiplication de la diffusion des messages autour de l'exigence d'observance, sous la forme d'une contrainte.

Le **chapitre 4** permet de rendre compte des usages des caractéristiques sociales des femmes ayant un DG par les soignantes afin de comprendre, justifier, légitimer ou non leurs comportements d'observance. Le dépistage des « *vulnérabilités psychosociales* » des femmes enceintes légitime un usage accru de ces caractéristiques dans un objectif affiché de lutte contre les inégalités sociales de santé qui, faute de moyens institutionnels efficaces pour réellement les prendre en charge, participe de la réassignation des femmes ainsi repérées à des groupes considérés comme déviants au regard de l'observance. L'analyse des « échecs » et des « succès » de l'observance permet de montrer que le risque de non-observance est à la fois suspecté chez toutes les femmes, en tant que groupe social, mais aussi de manière accrue pour les femmes racisées et/ou de classes populaires et/ou catégorisées en surpoids ou obèses. L'analyse des processus de différenciations selon la race, la classe, le genre mais aussi le poids, l'âge ou la parité des femmes enceintes ayant un DG, montre que ceux-ci s'articulent dans un jeu incessant de substitution des catégories les unes par les autres visant *in fine* à reporter la responsabilité des échecs d'observance sur les femmes ayant un DG ; les succès tenant alors de leur bonne volonté. En reportant la responsabilité de l'observance sur les femmes sans prendre en compte les inégalités sociales dans lesquelles elles sont éventuellement prises et sans moyens institutionnels efficaces à leur disposition, les professionnelles peuvent alors procéder à des

soins différenciés à l'égard de celles qui sont considérées comme « irrécupérables », par un processus de sous-investissement médical et institutionnel.

Dans le **chapitre 5**, je montre que les femmes mettent en place un travail de gestion de la maladie leur permettant de répondre à l'exigence d'observance tout en maintenant un équilibre entre leur santé biologique, psychologique et sociale. Une double logique de responsabilisation se donne à voir à l'égard des futures mères. D'une part, il est attendu qu'elles endossent le travail alimentaire lié au régime préconisé dans le DG, de manière « évidente », à la fois en tant que femmes mais aussi en tant que futures mères, devant non seulement adopter mais diffuser les normes d'une alimentation saine au sein de leur foyer. D'autre part, les risques du DG décrits par les soignantes justifient une attente de conformité des comportements d'observance des femmes afin de préserver la santé, voire la vie, de leur futur nouveau-né. La contrainte qui pèse sur elles les conduit à réaliser un travail d'endossement mais aussi de mise à distance de ces discours sur les risques afin de réguler l'anxiété qu'ils génèrent, dont l'éloignement des recommandations peut faire partie. L'endossement de cette contrainte est également variable selon les ressources matérielles et les dispositions sociales des femmes ayant un DG ; les femmes en situation de précarité et de classes populaires faisant davantage face à une contrainte vécue comme extérieure alors que pour les femmes de classe moyenne et aisée, elle prend la forme d'une autocontrainte. Le travail de gestion de la maladie ainsi réalisé par les femmes ayant un DG étant invisibilisé par l'institution et les professionnelles, l'exigence d'observance ne permet pas de prendre en compte leurs réalités sociales.

Enfin, le **chapitre 6** permet de montrer que les négociations aux différentes étapes de la trajectoire de la maladie sont très peu initiées par les femmes développant un DG qui optent davantage pour l'autocensure ou le contournement face à la contrainte d'observance. En effet, la crainte d'être étiquetées comme « mauvaises » patientes les amène à jouer le jeu de l'adhésion plutôt qu'à négocier directement les conditions de leur suivi. Or, cette possibilité s'appuie sur des dispositions situées socialement qui conduisent les femmes les moins susceptibles d'être stigmatisées au regard de la classe, de la race ou de leur corpulence à échapper plus facilement à cet étiquetage. Si, les femmes se soumettent très largement aux recommandations médicales quelle que soit leur position sociale, celles ne parvenant ni à s'y plier parfaitement ni à échapper au jugement médical quant à leur observance, se verront davantage prescrire de l'insuline et proposer un déclenchement de l'accouchement.

2. Résultats saillants

Au terme de cette recherche, et pour répondre à la problématique générale de la thèse, j'aimerais revenir sur deux des résultats les plus saillants de mon travail.

Tout d'abord, la question de l'autonomie des patientes et de leur pouvoir d'agir dans la relation de soin a été analysée tout au long de la thèse. En prenant pour objet la mise en œuvre de l'observance dans le suivi médical du DG, la recherche a permis de montrer que l'autonomie des femmes est à la fois attendue et encadrée. Cette autonomie prend alors la forme d'une délégation de soins et d'une responsabilisation des femmes enceintes développant un DG. Autrement dit, la logique d'une observance docile, voire aveugle, prime sur leur autodétermination.

Cette asymétrie de la relation renforcée par la mise en œuvre de l'observance dans le suivi du DG repose sur différentes logiques intriquées entre elles. D'une part, la médicalisation de la naissance conduit à un élargissement des zones considérées comme « à risque » au cours de la grossesse, ce qui se réactualise dans le DG comme en témoigne l'émergence de sa définition et sa pathologisation progressive. Cette médicalisation, soutenue par les politiques publiques, a pour effet le déploiement de dispositifs de surveillance au sein desquels l'observance a toute sa légitimité du point de vue médical. Elle a également pour effet d'institutionnaliser le champ de la naissance et d'introduire des logiques gestionnaires dans les maternités hospitalières induisant un travail « à la chaîne » où la gestion du temps est tout aussi centrale que la gestion des risques médicaux. En outre, la grossesse se constitue comme un lieu d'encadrement des conduites des futures mères par un processus de responsabilisation qui se renforce dans le DG, au travers de la diffusion de normes alimentaires d'une part et de l'énonciation des risques concernant le futur nouveau-né d'autre part. Cette logique est d'autant plus prégnante que la diffusion des normes se fait de toute part via la multiplication des groupes professionnels intervenants dans la prise en charge du DG qui ont pour objectif commun le repérage des comportements déviants de la part des femmes développant un DG et leur mise en conformité. La normalisation des comportements se donne également à voir par les processus d'invisibilisation du travail de gestion de la maladie complexe que les femmes mettent en œuvre, qui est pensé comme « évident » par les professionnelles et ne permet pas de tenir compte de leurs réalités sociales. Enfin, les réflexions portées dans le contexte du DT2 et les maladies chroniques sur l'émancipation des malades et la nécessité qu'ils/elles soient acteur·ices de leur prise en charge, tout en prenant en compte les différentes dimensions de leur vie, ne se diffusent pas dans le cas du DG. Ainsi, les programmes « d'éducation thérapeutique

du patient » élaborés à partir des années 1990 pour le DT2, se posent théoriquement en rupture avec la logique d'observance et promeuvent une thérapie visant à l'autodétermination des malades. Dans le cadre du DG, l'usage du terme « observance » n'est pas discuté et encore moins remis en question. En effet, bien que la prise en charge proposée s'inspire largement du contexte du DT2, la temporalité de la grossesse ne permet pas de penser le DG comme l'équivalent d'une maladie chronique. L'efficacité de la prise en charge médicale qui doit se réaliser sur un temps resserré prend alors le dessus sur l'appropriation de la maladie par les femmes et l'adaptation de cette prise en charge à leur vie quotidienne. *In fine*, l'objectif d'observance constitue un dispositif de surveillance de la vie qui dans sa forme la plus aboutie conduit les individus à se surveiller eux-mêmes (Foucault 1975; Foucault 1983), et laisse peu de prise aux femmes développant un DG, sur leurs destinées.

Ces réflexions permettent de mettre en évidence un paradoxe. D'un côté l'intensification du dépistage et de la prise en charge du DG est justifiée, du point de vue médical, par la lutte contre « l'épidémie mondiale » de DT2 (Besson et al. 2008) et d'un autre côté, les soignantes insistent en pratique, davantage sur les risques à court terme et sur ceux concernant le fœtus. La mise en œuvre de l'observance comme dispositif de surveillance permet ainsi d'agir dans le cadre d'une prévention du DT2 et ce faisant, de renforcer la surveillance des femmes enceintes, en ciblant encore davantage les femmes appartenant à des groupes perçus comme déviants tels que les femmes issues de classes populaires, racisées, catégorisées comme obèses...

Ensuite, la thèse a permis de montrer la reproduction, si ce n'est le renforcement d'inégalités sociales de santé en périnatalité. D'une part, le ciblage de groupes sociaux perçus à la fois comme à risque de développer un DG mais aussi comme plus sujets à la non-observance conduit à un dépistage massif qui s'appuie sur une autonomie des patientes devant préexister à la prise en charge du DG et dépendante de leurs ressources et dispositions sociales. D'autre part, la mise en tension de l'organisation institutionnelle conduit à attendre des femmes les moins dotées socialement qu'elles compensent les dysfonctionnements institutionnels, ce qui aboutit à la délivrance de soins différenciés envers les groupes justement visés au départ.

En outre, l'observance agit comme matrice des catégorisations sociales qui réassigne les femmes en permanence à des groupes sociaux minorisés sur le plan de la race, de la classe, du genre, de la corpulence, de l'âge ou de la parité, pensés comme immuables et reproduisant des rapports sociaux inégalitaires. Non seulement ces processus de catégorisations, combinés à une absence de lectures en termes d'inégalités, impliquent un désinvestissement du soin vis-à-vis de ces groupes sociaux ; mais en plus ils conduisent à placer la norme du côté des groupes

sociaux majoritaires (soignantes, femmes blanches de classe moyenne et supérieure...), et à laquelle toutes doivent se plier.

La question des moyens institutionnels est également transversale à l'ensemble de ces analyses. L'insuffisance de ces moyens se jouent à plusieurs niveaux. D'une part, il existe une inadéquation entre leur nombre mais aussi leur structuration et le nombre de situations sociales repérées comme nécessitant un accompagnement spécifique. D'autre part, les moyens actuels, tels que les systèmes d'interprétariat sont méconnus et dysfonctionnels. Enfin, les dispositifs mis en place, tel que l'entretien prénatal précoce, sont davantage investis par (et pensés pour ?) les femmes appartenant aux classes sociales supérieures et francophones. De sorte que l'exigence d'observance est pensée comme incontournable mais les professionnelles disposent de moyens limités pour accompagner les femmes développant un DG dans les processus d'adaptation qu'elle nécessite, ce qui conduit à une impasse pour un certain nombre d'entre elles. Des questions économiques et politiques sont inhérentes à la question des inégalités sociales de santé et du développement des moyens institutionnels pour y répondre. Car l'autonomie attendue des femmes développant un DG dans l'exigence d'observance qui leur est formulée doit également permettre de préserver les ressources de l'hôpital, ce qui se lit par exemple dans le choix de développer un suivi du DG à distance par l'application numérique limitant considérablement l'investissement de l'hôpital en termes de moyens humains. A l'heure où la question des ressources budgétaires de l'hôpital se reconfigure dans une logique de distribution selon la « solvabilité » des patient.es (Izambert 2016) ou selon leur « mérite » (Foubert 2020), interroger les processus de soins différenciés au croisement des décisions économiques et institutionnelles dans les hôpitaux publics paraît d'autant plus crucial.

Finalement, la combinaison de ces différentes dimensions conduit à renforcer un modèle paternaliste de la relation de soin et à échouer dans la réduction des disparités sociales observées dans le DG.

3. Perspectives de la recherche

Des pistes de recherche seraient pertinentes à creuser du côté des politiques de santé publique du DG en France. En effet le DG est considéré comme un facteur de risque d'apparition d'un DT2 dans la vie future des femmes et apparaît dans les politiques publiques du DT2 en tant que tel (HAS 2014). Néanmoins, il ne fait l'objet d'aucune recommandations spécifiques dans les politiques de santé et les premières et dernières recommandations médicales datent de 2010. Or, si cette thèse a bien montré la centralité de la prévention des complications de la maladie concernant la grossesse et l'accouchement dans les pratiques de soins, il serait intéressant

d'examiner comment ces pratiques se déploient dans une perspective de prévention du DT2. Il serait par exemple pertinent d'examiner, en comparant différents établissements, la construction des liens entre services de diabétologie et de maternité dans la prise en charge du DG et les messages qui y sont diffusés. Il pourrait également s'agir de mener une enquête longitudinale sur les effets à long terme de la prise en charge d'un DG dans la vie des femmes, que ce soit en termes de suivi du DT2 ou d'appropriation des normes sanitaires.

Les analyses de cette recherche pourraient également être poursuivies en prenant en compte les appartenances sociales, culturelles, de genre, d'âge etc., des professionnelles mettant en œuvre l'observance dans le DG, et leurs effets sur les processus de catégorisations des femmes enceintes. La comparaison des deux terrains étudiés pour cette thèse a permis de mettre en avant un effet de « seuil » dans ces processus qui sont mobilisés de façon plus massive et plus structurante dans la maternité où les femmes racisées et issues de classes populaires sont plus représentées (maternité du Coudray). Néanmoins, la prise en compte de la « *socialisation non professionnelle* » (Gelly 2017) des soignantes permettrait de complexifier ces analyses en examinant les processus de « *différenciations des différenciations* » à l'œuvre dans l'exigence d'observance au cours de la prise en charge du DG (Paillet 2016).

Enfin, une partie de mon travail pourrait être analysée à la lumière de la sociologie du numérique. Il s'agirait de mesurer l'élargissement de la surveillance des femmes ayant un DG au travers des technologies qui ne cessent de se développer et de se diffuser dans le contexte du DT2, en particulier concernant les mesures pluriquotidiennes de glycémies (Mathieu-Fritz et Guillot 2017). Dans une tension toujours renouvelée entre allègement des contraintes (des patient·es et des soignant·es) et intensification de la surveillance, ou pour reprendre les termes de Pearl Morey quant aux dispositifs de géolocalisation, entre « *liberté* » et « *sécurité* » (Morey 2020); il serait intéressant d'étudier la diffusion de ce type d'usage concernant le DG et leurs effets.

BIBLIOGRAPHIE

AÏACH Pierre, 2010, *Les inégalités sociales de santé: écrits*, Paris, Économica Anthropos (coll. « Sociologiques »).

AÏACH Pierre et FASSIN Didier, 2004, « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », *La Revue du praticien*, vol. 54.

ALLEN Patricia et SACHS Carolyn, 2013, « Women and food chains: The gendered politics of food. » dans *Taking Food Public: Redefining Foodways in a Changing World*, New York, Routledge, p. 23-40.

ANDRIEU Bernard, 2004, « La fin de la biopolitique chez Michel Foucault : le troisième déplacement », *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, n° 13-14.

ANKRI Joël, LE DISERT et HENRARD, 1995, « Comportements individuels face aux médicaments : de l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de la littérature. », *Santé Publique*, n° 4, p. 427-441.

ARBORIO Anne-Marie, 1995, « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 13, n° 3, p. 93-126.

ARBORIO Anne-Marie et FOURNIER Pierre, 1999, *L'enquête et ses méthodes: l'observation directe*, Paris, Nathan (coll. « Collection 128 Sciences sociales »), 127 p.

ARBORIO Anne-Marie et LECHIEN Marie-Hélène, 2019b, « « Dans les classes populaires, on ne prend pas soin de sa santé. » » dans *La France d'en bas ? Idées reçues sur les classes populaires*, Le Cavalier Bleu.

ARBORIO Anne-Marie et LECHIEN Marie-Hélène, 2019a, « La bonne volonté sanitaire des classes populaires », *Sociologie*, Vol. 10, n° 1, p. 91-110.

AZRIA Elie, 2015, « Inégalités sociales en santé périnatale », *Archives de Pédiatrie*, vol. 22, n° 10, (coll. « Néonatalogie »), p. 1078-1085.

AZRIA Élie, 2013, « Le soignant et la standardisation des pratiques médicales », *Laennec*, Tome 61, n° 3, p. 32-41.

BAJARD Flora, 2013, « Enquêter en milieu familial. Comment jouer du rapport de filiation avec le terrain ? », *Genèses*, vol. 90, n° 1, p. 7-24.

BALLIF Edmée, 2014, « Des grossesses entre « trouille folle » et « bulle de bonheur ». Le discours du risque de professionnelles de l'accompagnement des grossesses » dans *Accompagner la naissance*, BSN Press, p. 115-132.

BARTH Fredrick, 1995, « Les groupes ethniques et leurs frontières » dans *Théories de l'ethnicité*, Paris, PUF, p. 203-249.

BASZANGER Isabelle, 1986, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, vol. 27, n° 1, p. 3-27.

BECK Ulrich, 1986, *La société du risque : sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion.

- BECKER Howard Saul, 1985, *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Paris, A.-M. Métailié.
- BELLAMY Leanne, CASAS Juan-Pablo, HINGORANI Aroon D et WILLIAMS David, 2009, « Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis », *The Lancet*, vol. 373, n° 9677, p. 1773-1779.
- BELORGEY Nicolas, 2010, *L'Hôpital sous pression : enquête sur le nouveau management public*, Paris, Découverte.
- BERGERON Henri et CASTEL Patrick, 2014, *Sociologie politique de la santé*, s.l., Presses Universitaires de France, 480 p.
- BERLIVET Luc, 2004, « Une biopolitique de l'éducation pour la santé : La fabrique des campagnes de prévention » dans *Le gouvernement des corps*, Paris, Editions de l'école des hautes études en sciences sociales, vol.3, p. 37-75.
- BERNARD Lise, MASCLET Olivier et SCHWARTZ Olivier, 2019, « Introduction. Classes populaires d'aujourd'hui. Questions de morphologie et de styles de vie », *Sociétés contemporaines*, vol. 114, n° 2, p. 5-21.
- BESSON Rachel, BERNARD Mireille, TRAORE Annick Tijou et GOBATTO Isabelle, 2008, « Le diabète, une épidémie mondiale ? Construction et qualification d'un fait épidémiologique », Bordeaux, Editions de l'Université Jean Moulin.
- BEUCHER Gaël, VIARIS DE LESENGO Benjamin et DREYFUS Michel, 2010, « Complications maternelles du diabète gestationnel », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 39, n° 8, p. S171-S188.
- BIANCUCCI Matthieu, 2011, « Les ajustements de la technique médicale face aux règles de droit », *Sociologie du Travail*, vol. 53, n° 3, p. 369-387.
- BILGE Sirma, 2009, « Théorisations féministes de l'intersectionnalité », *Diogène*, 2009, n° 225, p. 70-88.
- BISSELL Paul, MAY Carl R et NOYCE Peter R, 2004, « From compliance to concordance: barriers to accomplishing a re-framed model of health care interactions », *Social Science & Medicine*, vol. 58, n° 4, (coll. « Heresy and orthodoxy in medical theory and research »), p. 851-862.
- BLONDEL Béatrice, GONZALEZ Lucie et RAYNAUD Philippe, 2017, *Enquête nationale périnatale : Rapport 2016. Les Naissances et les établissements. Situation et évolutions depuis 2010.*, INSERM et DREES.
- BLOY Géraldine, 2015, « Échec des messages préventifs et gouvernement des conduites en médecine générale », *Sciences sociales et santé*, vol. 33, n° 4, p. 41-66.
- BLOY Géraldine, MOUSSARD PHILIPPON Laetitia et RIGAL Laurent, 2018, « Inégalités sociales et soins préventifs : le cas du conseil en activité physique délivré par les généralistes », *Santé Publique*, vol. S1, n° HS1, p. 81-87.
- BOLTANSKI Luc, 1984, *Prime éducation et morale de classe*, Réimpr., Paris, Ed. de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (coll. « Cahiers du Centre de Sociologie Européenne »), 152 p.

- BOLTANSKI Luc, 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales*, 1971, vol. 26, n° 1, p. 205-233.
- BOULET Elsa, 2020, *Espaces et temps de la « production d'enfants ». Sociologie des grossesses ordinaires*, Université Lumières Lyon 2, Lyon, 564 p.
- BOURDIEU Pierre, 1979, *La distinction: critique sociale du jugement*, Paris, Éditions de Minuit (coll. « Le Sens commun »), 670 p.
- BOURDIN Alain, 2003, « LA MODERNITÉ DU RISQUE », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, vol. 114, p. 5-26.
- BRAUD Rosane, 2022, « L'ethnicité dans le soin. Perceptions et possibilités d'agir des minorisés », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 37, n° 3, p. 157-178.
- BRAUD Rosane, 2020, « Diabète des « immigrés » en France : Politique de lutte contre les inégalités sociales de santé ou discrimination ? », *Emulations - Revue de sciences sociales*, n° 35-36, p. 123-138.
- BRAUD Rosane, 2017, *Construction d'une catégorie de « migrants » dans les actions de lutte contre les inégalités face au diabète en France : Analyse des configurations contemporaines des rapports sociaux inégalitaires*, Paris Diderot, Paris, 543 p.
- BRAUD Rosane, 2012, « Education thérapeutique des « migrants » diabétiques : quel partage des pouvoirs d'agir sur la maladie », *Migrations santé*, n° 144-145, p. 47-78.
- BREART Gérard, PUECH Francis et ROZE Jean-Christophe, 2003, « Conclusions. Vingt propositions pour une politique périnatale », *Mission périnatalité Effectuée à la demande de M. le Professeur J.F. Mattei, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées*.
- BRETIN Hélène et KOTOBİ Laurence, 2016, « Inégalités contraceptives au pays de la pilule », *Agone*, vol. 58, n° 1, p. 123-134.
- CANGUILHEM Georges, 1966, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France.
- CARDE Estelle, 2021, « Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité », *Sciences sociales et sante*, vol. 39, n° 1, p. 5-30.
- CARDE Estelle, 2014, « Les inégalités sociales dans l'accès aux soins : l'origine mise en catégories », *Sociologie et sociétés*, vol. 46, n° 1, p. 225-248.
- CARDE Estelle, 2011, « De l'origine à la santé, quand l'ethnique et la race croisent la classe », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, vol. 27, n° 3, p. 27-3.
- CARDE Estelle, 2007, « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique*, vol. 19, n° 2, p. 99-109.
- CARDON Philippe, DEPECKER Thomas et PLESSZ Marie, 2019, « Chapitre 6. Alimentation et vie quotidienne » dans *Sociologie de l'alimentation*, Paris, Armand Colin (coll. « Collection U »), p. 157-181.
- CARILLON Séverine, 2013, *La production sociale des ruptures de soins*, Paris Descartes, Paris.

CAROF Solenn, 2017, « Les représentations sociales du corps « gros ». Un enjeu conflictuel entre soignants et soignés », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 14.

CAROLAN Mary C, GILL Gurjeet et STEELE Cheryl, 2012, « Women's experiences of factors that facilitate or inhibit gestational diabetes self-management », *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 12, n° 99, p. 1-12.

CARRICABURU Danièle, 2010, « Entre incertitude et risque, les professionnels de l'obstétrique face à l'accouchement podalique » dans *Risque et pratiques médicales*, Rennes, Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique (coll. « Recherche, santé, social »), p. 35-47.

CARRICABURU Danièle, 2007, « Savoirs incertains et décisions en médecine », *Nature sciences sociétés*, vol. 15, p. 197-198.

CARRICABURU Danièle, 2005, « De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public », *Sociologie du Travail*, vol. 47, n° 2, p. 245-262.

CARRICABURU Danièle et MENORET Marie, 2004, *Sociologie de la santé: institutions, professions et maladies*, Paris, Colin (coll. « Collection U Sociologie »), 235 p.

CASTEL Patrick et ROBELET Magali, 2009, « Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques », *Journal d'économie médicale*, me 27, n° 3, p. 98-115.

CEFAÏ Daniel et AMIRAUX Valérie, 2002, « Les risques du métier. Engagements problématiques en sciences sociales. Partie 1 », *Cultures & Conflits*, n° 47.

CHAMPENOIS-ROUSSEAU Bénédicte, 2010, « La représentation du risque dans la pratique du dépistage prénatal : ce que révèle l'ethnographie » dans *Risque et pratiques médicales*, Rennes, Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique (coll. « Recherche, santé, social »), p. 49-63.

CHARRIER Philippe, 2011, *Les sages-femmes en France*, Lyon.

CHARRIER Philippe et CLAVANDIER Gaëlle, 2019, « La prénomination des enfants sans vie sur les registres de l'état civil français. Vers une réduction de leur liminarité ? », *Annales de démographie historique*, vol. 137, n° 1, p. 217-241.

CHARRIER Philippe et CLAVANDIER Gaëlle, 2013, *Sociologie de la naissance*, Paris, A. Colin.

CHAUVENET Antoinette, 1978, *Médecines au choix, médecine de classes*, Paris, Presses Universitaires de France, 374 p.

CHAUVENET Antoinette, 1972, « Professions hospitalières et division du travail », *Sociologie du travail*, vol. 14, n° 2, p. 145-163.

CHU Susan Y., ABE Karon, HALL Laura R., KIM Shin Y., NJOROGÉ Terry et QIN Cheng, 2009, « Gestational diabetes mellitus: All Asians are not alike », *Preventive Medicine*, vol. 49, n° 2, p. 265-268.

CNGOF, 2010, « Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique: Recommandations pour la pratique clinique, Le diabète gestationnel », 2010.

- COGNET Marguerite, ADAM-VEZINA Emilie et BRAUD Rosane, 2010, *L'observance, analyse critique des savoirs*, Paris, Université Paris Diderot.
- COGNET Marguerite, BASCOUGNANO Sandra et ADAM-VEZINA Emilie, 2009, *Traitement différentiel dans les parcours thérapeutiques*, Paris.
- COGNET Marguerite et CARLIER Patricia, 2018, « Racism and Healthcare: Representations of the 'Other' in Health Services », *SOJ Psychology*, vol. 5, n° 2.
- COGNET Marguerite, HAMEL Christelle et MOISY Muriel, 2012, « Santé des migrants en France: l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, p. 11-34.
- COGNET Marguerite et MONTGOMERY Catherine, 2007, *Éthique de l'altérité: la question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- COGNET Marguerite et RAIGNEAU Laurent, 2002, « Le genre et l'ethnicité : les critères voilés de la délégation des actes en santé », *Les cahiers du Gres*, vol. 3, n° 1, p. 24-38.
- COLLINS Patricia Hill, 1990, *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*, 2^e éd., New York, Routledge, 283 p.
- CONRAD Peter, 1992, « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology*, vol. 18, n° 1, p. 209-232.
- CONRAD Peter, 1985, « The meaning of medications: Another look at compliance », *Social Science & Medicine*, vol. 20, n° 1, p. 29-37.
- COPELTON Denise A., 2007, « "You are What You Eat": Nutritional Norms, Maternal Deviance, and Neutralization of Women's Prenatal Diets », *Deviant Behavior*, vol. 28, n° 5, p. 467-494.
- COSSON Emmanuel, BAZ Baz, GARY Françoise, PHARISIEN Isabelle, NGUYEN Minh Tuan, SANDRE-BANON Dorian, JABER Yahya, CUSSAC-PILLEGAND Camille, BANU Isabela, CARBILLON Lionel et VALENSI Paul, 2017, « Poor Reliability and Poor Adherence to Self-Monitoring of Blood Glucose Are Common in Women With Gestational Diabetes Mellitus and May Be Associated With Poor Pregnancy Outcomes », *Diabetes Care*, vol. 40, n° 9, p. 1181-1186.
- COSSON Emmanuel, CUSSAC-PILLEGAND Camille, BENBARA Amélie, PHARISIEN Isabelle, JABER Yahya, BANU Isabela, NGUYEN Minh Tuan, VALENSI Paul et CARBILLON Lionel, 2014, « The Diagnostic and Prognostic Performance of a Selective Screening Strategy for Gestational Diabetes Mellitus According to Ethnicity in Europe », *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, vol. 99, n° 3, p. 996-1005.
- COSSON Emmanuel, 2017, « Diabète gestationnel : devenir des mères après la grossesse et de leurs enfants », *Médecine des Maladies Métaboliques*, vol. 11, n° 6, p. 518-524.
- COUSTAN Donald R., LOWE Lynn P., METZGER Boyd E. et DYER Alan R., 2010, « The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) study: paving the way for new diagnostic criteria for gestational diabetes mellitus », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, juin 2010, vol. 202, n° 6, p. 654.e1-654.e6.

CRENN Chantal, 2005, « Constructions de la représentation du diabète et de l'obésité des Marocains dans la sphère médicale en France » dans *Biodiversité des populations humaines méditerranéennes*, Marrakech, Faculté des Sciences Semlalia, p. 419-430.

CRENSHAW Kimberle, 1991, « Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color », *Stanford Law Review*, vol. 43, n° 6, p. 1241.

CRESSON Geneviève, 1991, « La santé, production invisible des femmes », *Recherches féministes*, vol. 4, n° 1, p. 31-44.

DARMON Muriel, 2008, *Devenir anorexique: Une approche sociologique*, Paris, La Découverte, 528 p.

DE RUDDER Véronique, 2012, « Racisme » dans *Dictionnaire de l'immigration en France*, Larousse., Paris, p. 357-366.

DE RUDDER Véronique, 2000, « Racisation », *Pluriel recherches, Vocabulaire historique et critique des relations interethniques*, vol. 6-7, p. 111-113.

DE RUDDER Véronique, 1995, « Ethnicisation », *Pluriel recherches, Vocabulaire historique et critique des relations inter-ethniques*, n° 3, p. 42-44.

DE RUDDER Véronique, POIRET Christian et VOURC'H François, 2000, *L'inégalité raciste: l'universalité républicaine à l'épreuve*, 1re éd., Paris, Presses universitaires de France (coll. « Pratiques théoriques »), 213 p.

DELAISI DE PARSEVAL Geneviève, 2021, *L'art de s'accommoder des bébés au début du XXIe siècle*, Toulouse, Érès.

DELAISI DE PARSEVAL Geneviève et LALLEMAND Suzanne, 1980, *L'art d'accommoder les bébés 100 ans de recettes françaises de périculture*, Paris, Seuil.

DEPECKER Thomas, 2013, « Quantification et mesure du besoin dans la pratique des hygiénistes » dans *La juste mesure*, Rennes; Tours, Presses universitaires de Rennes ; Presses universitaires François-Rabelais (coll. « Tables des Hommes »), p. 89-113.

DESCLAUX Alice, 2001, « L'observance en Afrique : question de culture ou « vieux problème » de santé publique ? » dans *L'observance aux traitements contre le VIH/sida. Mesure, déterminants, évolution*, ANRS., Paris, EDK (coll. « Sciences sociales et sida »), p. 57-66.

DODIER Nicolas et CAMUS Agnès, 1997, « L'Admission des Malades. Histoire et Pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 52, n° 4, p. 733-763.

DONOVAN Jenny L. et BLAKE David R., 1992, « Patient non-compliance: Deviance or reasoned decision-making? », *Social Science & Medicine*, vol. 34, n° 5, p. 507-513.

DUFAITRE-PATOURAUX Lise, VAGUE Philippe et LASSMANN-VAGUE Véronique, 2003, « Technologie et fiabilité de l'autosurveillance glycémique : historique et état actuel », *Diabetes & Metabolism*, vol. 29, n° 2, Part 2, (coll. « Autosurveillance glycémique »), p. 2S7-2S14.

DUPUY Anne, 2017, *La division sexuelle du travail alimentaire : qu'est-ce qui change ?*, Paris, La Découverte.

- DUPUY Anne et ROCHEDY Amandine, 2018, « Socialisations alimentaires et pratiques rituelles durant la petite enfance », *Anthropology of food*, Articles Varia.
- EL KOTNI Mounia, 2022, « La santé interculturelle, outil de domination ? L'expérience des sages-femmes traditionnelles mexicaines », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 24.
- EL KOTNI Mounia et QUAGLIARIELLO Chiara, 2021, « L'injustice obstétricale. Une approche intersectionnelle des violences obstétricales », *Cahiers du Genre*, vol. 71, n° 2, p. 107-128.
- ENQUETE OBEPI-ROCHE, 2020, *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité pour la Ligue contre l'Obésité*.
- FAINZANG Sylvie, 2014, « Les inégalités au sein du colloque singulier : l'accès à l'information », *Les Tribunes de la sante*, n° 43, n° 2, p. 47-52.
- FAINZANG Sylvie, 2006, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, Presses Universitaires de France.
- FAINZANG Sylvie, 2001, *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France (coll. « Ethnologies »), 160 p.
- FARNARIER Cyril, 2009, *Les dimensions sociales d'une politique de santé publique. Le cas des consultations de protection infantile*, EHESS, Paris.
- FASSIN Didier, 2006, « Nommer, interpréter. Le sens commun de la question raciale » dans *De la question sociale à la question raciale ?*, Paris, La Découverte (coll. « Cahiers libres »), p. 17-36.
- FASSIN Didier, 2001, « Le culturalisme pratique de la santé publique. » dans *Critique de la santé publique, une approche anthropologique*, Paris, Balland, p. 181-208.
- FASSIN Didier, 2000a, « Santé le traitement de la différence », *hommes et migrations*, 2000, vol. 1225.
- FASSIN Didier, 2000b, « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration », *Hommes & Migrations*, vol. 1225, n° 1, p. 5-12.
- FASSIN Didier, 1999, « L'indicible et l'impensé : la « question immigrée » dans les politiques du sida », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 17, n° 4, p. 5-36.
- FASSIN Didier, COSTA-LASCOUX Jacqueline et HILY Marie-Antoinette, 2001, « L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, vol. 17, n° 2, p. 139-151.
- FASSIN Didier et FASSIN Eric, 2009, *De la question sociale à la question raciale: représenter la société française*, Paris, Découverte (coll. « Poche / Découverte »), 274 p.
- FASSIN Didier, GRANDJEAN Hélène, KAMINSKI Monique, LANG Thierry et LECLERC Annette, 2000, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte.
- FASSIN Didier et MEMMI Dominique, 2004, *Le gouvernement des corps*, Paris, Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales (coll. « Cas de figure »).

FAYA-ROBLES Alfonsina, 2014, « Régulations en santé materno-infantile en milieu populaire à partir de la notion de risque », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 9.

FERRAND Michèle, 1983, « Faut-il nourrir les enfants ? De la nature à la mère nourricière. », *Les Temps modernes (Quotidien et imaginaire de la cuisine)*, n° 438, p. 1271-1286.

FINEMAN Norman, 1991, « The social construction of noncompliance: a study of health care and social service providers in everyday practice - Fineman - 1991 - Sociology of Health & Illness - Wiley Online Library », *Sociology of Health & Illness*, vol. 13, n° 3, p. 354-374.

FLAMANT C., GAUTHIER E. et CLAVEL-CHAPELON F., 2005, « Profil des femmes ne respectant pas les recommandations sur le dépistage du cancer du sein par mammographie. Résultats de la cohorte E3N », *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, Vol. 36, N°1, p. 15-22.

FOUBERT Camille, 2020, *TRAITER LA « DIFFÉRENCE ». Le tri des patient-es par les personnels hospitaliers en France et au Québec*, EHESS, Paris, 429 p.

FOUCAULT Michel, 1984, *Histoire de la sexualité III Le souci de soi*, Paris, Gallimard.

FOUCAULT Michel, 1983, « Usage des plaisirs et techniques de soi », *Le Débat*, 1983, vol. 27, n° 5, p. 46-72.

FOUCAULT Michel, 1977, « Sécurité, territoire et population, Cours au collège de France, 1977-1978 » dans *Résumé des cours, 1970-1982*, Paris, Julliard, p. 105-106.

FOUCAULT Michel, 1976, *Histoire de la sexualité I La volonté de savoir*, Gallimard., Paris, Gallimard, 211 p.

FOUCAULT Michel, 1975, *Surveiller et punir: naissance de la prison*, Paris, Gallimard (coll. « Collection TEL »), 360 p.

FOURNIER Tristan, 2012, « Suivre ou s'écarter de la prescription diététique. Les effets du « manger ensemble » et du « vivre ensemble » chez des personnes hypercholestérolémiques en France. », *Sciences sociales et santé*, vol. 30, n° 2, p. 35-60.

FOURNIER Tristan et JARTY Julie, 2019, « Gouverner les 'mille premiers jours de vie'. Quelles résistances possibles face à la biolégimité du 'care alimentaire' ? », *Revue des sciences sociales*, n° 61, p. 46-55.

FOURNIER Tristan, JARTY Julie, LAPEYRE Nathalie et TOURAILLE Priscille, 2015, « L'alimentation, arme du genre », *Journal des anthropologues*, n° 140-141, p. 19-49.

FREIDSON Eliot, 1984, *La Profession médicale*, Paris, Payot.

FUSULIER Bernard, 2011, « Le concept d'ethos. De ses usages classiques à un usage renouvelé », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, vol. 42, n° 1.

GALERAND Elsa et KERGOAT Danièle, 2014, « "Consubstantialité vs intersectionnalité? À propos de l'imbrication des rapports sociaux" », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 26, n° 2, p. 44-61.

GALTIER Florence, 2010, « Définitions, épidémiologie, facteurs de risque », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 39, n° 8, p. S144-S170.

GARABEDIAN Charles et DERUELLE Philippe, 2010, « Accouchement (terme, voie, équilibre glycémique perpartum) adapté au diabète gestationnel », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 39, n° 8, p. S274-S280.

GARCIA Sandrine, 2011, *Mères sous influence: de la cause des femmes à la cause des enfants*, Paris, La Découverte.

GARRITY Thomas F., 1981, « Medical compliance and the clinician-patient relationship: A review », *Social Science & Medicine. Part E: Medical Psychology*, vol. 15, n° 3, p. 215-222.

GASQUET-BLANCHARD Clélia et MOINE Raphaël, 2021, « Une fabrique programmée des inégalités sociales en santé périnatale. Les limites actuelles de la prise en charge des femmes enceintes mises en situation de précarité », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, p. 225-240.

GELLY Maud, 2017, « Socialisation non professionnelle et logiques de prescription médicale », *Sciences sociales et sante*, vol. 35, n° 3, p. 71-79.

GELLY Maud, 2016, « Des inégalités en tous genres face au décès par sida et de leur ignorance par le système de santé », *Agone*, vol. 58, n° 1, p. 135-150.

GELLY Maud, GIRAUD Baptiste et PITTI Laure, 2016, *Quand la santé décuple les inégalités*, Marseille.

GILBERT Claude, 2003, « La fabrique des risques », *Cahiers internationaux de sociologie*, 2003, n° 114, p. 55-72.

GLASER Barney G. et STRAUSS Anselm L., 1980, *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*, 11th printing., New York, Aldine, 271 p.

GLASER Barney G. et STRAUSS Anselm L., 1964, « The Social Loss of Dying Patients », *The American Journal of Nursing*, vol. 64, n° 6, p. 119-121.

GOFFMAN Erving, 1975, *Stigmate: les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Editions de Minuit.

GOFFMAN Erving, 1968, *Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Les Editions de Minuit.

GOFFMAN Erving, 1996, *La présentation de soi La mise en scène de la vie quotidienne I*, Paris, Editions de Minuit (coll. « Le sens commun »), vol. 2/1, 251 p.

GOJARD Séverine, 2010, *Le métier de mère*, Paris, La Dispute.

GOJARD Séverine, 2000, « L'alimentation dans la prime enfance. Diffusion et réception des normes de puériculture », *Revue française de sociologie*, vol. 41, n° 3, p. 475-512.

GOJARD Severine, PLESSZ Marie et REGNIER Faustine (eds.), 2017, « Les femmes et l'alimentation: le rôle des normes alimentaires et corporelles », *INRA Sciences Sociales*.

GONTHIER Clémentine, ESTELLAT Candice, DENEUX-THARAUX Catherine, BLONDEL Béatrice, ALFAIATE Toni, SCHMITZ Thomas, OURY Jean-François, MANDELBROT Laurent, LUTON Dominique, RAVAUD Philippe et AZRIA Elie, 2017, « Association between maternal social

- deprivation and prenatal care utilization: the PreCARE cohort study », *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 17, p. 126.
- GOUILHERS Solene, 2017, *Gouverner par le risque: une ethnographie comparée des lieux d'accouchement en Suisse romande*, University of Geneva, Genève.
- GREENE Jeremy A., 2004, « Therapeutic Infidelities: Noncompliance Enters the Medical Literature, 1955–1975 », *Social History of Medicine*, vol. 17, n° 3, p. 327-343.
- GUILLAUMIN Colette, 1992, *Sexe, race et pratique du pouvoir: l'idée de nature*, Paris, Coté-Femmes Ed (coll. « Recherches »), 239 p.
- GUILLAUMIN Colette, 1981, « « Je sais bien mais quand même » ou les avatars de la notion de race », *Le Genre humain*, vol. 1, n° 1, p. 55-64.
- GUILLAUMIN Colette, 1972, *L'idéologie raciste: genèse et langage actuel*, Paris, Gallimard.
- HAAB E., WERSCHUREN C., PARQUET C., SAUVEGRAIN P., BLANC J., CRENN-HEBERT C., FRESSON J., GELLY M., GILLARD P., GONNAUD F., VIGOUREUX S., IBANEZ G., NGO C., REGNAULT N., DENEUX-THARAUX C. et AZRIA E., 2022, « Dépistage et parcours de soins en cas de vulnérabilités psycho-sociales maternelles : une enquête nationale française », *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, vol. 50, n° 10, p. 666-674.
- HALPERN Catherine, 2006, « Prendre soin des autres : un travail invisible », *Sciences Humaines*, vol. 177, n° 12, p. 2-2.
- HAMMER Raphaël, CAVALLI Samuele et BURTON-JEANGROS Claudine, 2009, « Quand le médecin se tire une balle. De la face sombre de la -judiciarisation aux transforma- tions sociales de la médecine », *Carnets de bord*, n° 16, p. 9-22.
- HARDY Anne-Chantal, 2015, « La formation de l'objet du travail médical », *Travail et emploi*, n° 141, p. 9-24.
- HAS, 2014, *Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète*.
- HAS, 2006, « Recommandations pour la pratique clinique. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) (novembre 2005) », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, vol. 34, n° 6, p. 540-563.
- HAS, 2005, *Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel*.
- HAYNES R. Brian, TAYLOR D. Wayne et SACKETT David L., 1979, *Compliance in Health Care*, Johns Hopkins University Press., Baltimore, 516 p.
- HERCBERG Serge et TALLEC Anne, 2017, *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France*, INSERM.
- HERZLICH Claudine, 1973, « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, vol. 14, p. 41-59.
- HERZLICH Claudine et PIERRET Janine, 1984, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui : de la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot.

HIERONIMUS Sylvie et LE MEAUX Jean-Patrick, 2010, « Intérêt du dépistage du diabète gestationnel et comparaison des stratégies ciblée et systématique », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 39, n° 8, p. S200-S213.

HOOKS Bell, 1981, *Ain't I a woman: black women and feminism*, 20. print., Boston, Mass, South End Press, 205 p.

HUGHES Everett C., 1951, « Studying the Nurse's Work », *AJN The American Journal of Nursing*, vol. 51, n° 5, p. 294.

IBRAHIM Amin M., 2017, « The epidemiology of the diabetes epidemic : a growing public health concern », *South African Journal of Diabetes*, vol. 10, n° 3, p. 7-11.

IZAMBERT Caroline, 2016, « Logiques de tri et discriminations à l'hôpital public : vers une nouvelle morale hospitalière ? », *Agone*, n° 58, p. 89-104.

JACQUES Béatrice, 2007, *Sociologie de l'accouchement*, 1st ed., Paris, Presses universitaires de France (coll. « Partage du savoir »), 208 p.

JACQUES Béatrice et PURGUES Sonia, 2012, « L'entrée des hommes dans le métier de sage-femme : faire sa place dans un monde professionnel « ultraféminisé » », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, p. 52-71.

JAFFE Anat, GIVEON Shmuel, RUBIN Carmit, NOVIKOV Ilya, ZIV Arnona et KALTER-LEIBOVICI Ofra, 2020, « Gestational diabetes risk in a multi-ethnic population », *Acta Diabetologica*, vol. 57, n° 3, p. 263-269.

JANIN Cécile, FONTANIE Marie et DUCLOUX Roxane, 2014, « Consultation diabétologique du post-partum après diabète gestationnel : un exemple d'amélioration des pratiques », vol. 8, p. 1-7.

JAUNAIT Alexandre, 2003, « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient », *Raisons politiques*, no 11, n° 3, p. 59-79.

JORDAN Brigitte, 1978, *Birth in four cultures: a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*, Montreal, Eden Press Women's Publ (coll. « Monographs in women's studies »), 109 p.

JOUET Emmanuelle, FLORA Luigi et VERGNAS Olivier Las, 2011, « Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients », *Pratiques de formation-Analyse*, vol. 58-59, p. 12-94.

KERGOAT Danièle, 2012, *Se battre, disent-elles*, Paris, la Dispute (coll. « Le genre du monde »).

KESSAR Zahia, 2012, « Formation et production de la différence à l'hôpital : de la formation « sur les publics » à l'intervention « sur le fonctionnement d'équipe » » dans *Du point de vue de l'ethnicité*, Paris, Armand Colin (coll. « Recherches »), p. 231-248.

KNIBIEHLER Yvonne, 2016, « L'identité professionnelle en question » dans *Accoucher*, Rennes, Presses de l'EHESP (coll. « Métiers Santé Social »), vol.2e éd., p. 131-146.

KNIBIEHLER Yvonne, 2000, *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, Paris, Presses Universitaires de France.

- KNOPP Robert H., 2002, « John B. O'Sullivan: A Pioneer in the Study of Gestational Diabetes », *Diabetes Care*, vol. 25, n° 5, p. 943-944.
- LAINÉ Agnès, 2004, *La drépanocytose: regards croisés sur une maladie orpheline*, Paris, KARTHALA Editions, 338 p.
- LAM David W. et LEROITH Derek, 2012, « The worldwide diabetes epidemic », *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, vol. 19, n° 2, p. 93-96.
- LAUDE Anne, 2013, « Le patient entre responsabilité et responsabilisation », *Les Tribunes de la sante*, n° 41, n° 4, p. 79-87.
- LE PAPE Marie-Clémence et PLESSZ Marie, 2017, « C'est l'heure du petit-déjeuner ? Rythme des repas, incorporation et classe sociale », *L'Année sociologique*, vol. 67, n° 1, p. 73-106.
- LEPINARD Éléonore et MAZOUZ Sarah, 2021, « Pour l'intersectionnalité » dans *Pour l'intersectionnalité*, Paris, Anamosa (coll. « Hors collection »), p. 3-71.
- LERNER Barron H., 1997, « From careless consumptives to recalcitrant patients: The historical construction of noncompliance », *Social Science & Medicine*, vol. 45, n° 9, p. 1423-1431.
- LORETTI Aurore, 2020, « « Ces patients qui ne font pas ce qu'il faut ». Étude des impacts de la moralité sanitaire dans la prise en charge des corps malades en cancérologie », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, p. 33-49.
- LUPTON Deborah, 2012, « 'Precious cargo': foetal subjects, risk and reproductive citizenship », *Critical Public Health*, vol. 22, n° 3, p. 329-340.
- LUPTON Deborah, 1999, *Risk*, New York, Routledge, 198 p.
- LUPTON Deborah, 1995, *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*, London, Sage, 192 p.
- MABIKA Landry Clark, 2016, *Influence des croyances et des représentations du diabète sur l'observance au traitement chez des femmes enceintes: étude comparative*, Thèse de psychologie, Université de Lorraine, Metz.
- MANAÏ Dominique, BURTON-JEANGROS Claudine et ELGER Bernice S., 2010, *Risques et informations dans le suivi de la grossesse: droit, éthique et pratiques sociales*, Bern, Stämpfli, 331 p.
- MARKS Harry, 1999, *La médecine des preuves: Histoire et anthropologie des essais cliniques [1900-1990]*, Cambridge, Cambridge University Press (coll. « Les empêcheurs de penser en rond »).
- MAS Marine, BRINDISI Marie-Claude et CHAMBARON Stéphanie, 2021, « Facteurs socio-économiques, psychologiques et environnementaux de l'obésité: vers une meilleure compréhension pour de nouvelles perspectives d'action », *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, vol. 56, n° 4, p. 208-219.
- MATHIEU-FRITZ Alexandre et GUILLOT Caroline, 2017, « Les dispositifs d'autosurveillance du diabète et les transformations du « travail du patient » », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 11, N°4, n° 4, p. 641-675.

- MAZOUZ Sarah, 2020, *Race*, Paris, Anamosa (coll. « Le mot est faible »), 89 p.
- MAZOUZ Sarah, 2015, « Faire des différences. Ce que l'ethnographie nous apprend sur l'articulation des modes pluriels d'assignation, Doing differences. Race, gender and class through ethnography », *Raisons politiques*, n° 58, p. 75-89.
- MAZOUZ Sarah, 2008, « Les mots pour le dire. La qualification raciale, du terrain à l'écriture. » dans *Les politiques de l'enquête*, Paris, La Découverte (coll. « Recherches »), p. 81-98.
- MEMMI Dominique, 2004, « Administrer une matière sensible. Conduites raisonnables et pédagogie par corps autour de la naissance et de la mort » dans *Le gouvernement des corps*, EHESS., Paris, p. 135-154.
- MEMMI Dominique, 2003, *Faire vivre et laisser mourir: le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, Éd. La Découverte (coll. « Textes à l'appui Série "Politique et sociétés" »), 308 p.
- MENORET Marie, 2015, « La prescription d'autonomie en médecine », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 10.
- MERLIN Matthieu, 2009, « Foucault, le pouvoir et le problème du corps social », *Idees économiques et sociales*, N° 155, n° 1, p. 51-59.
- METZGER Boyd E, 1991, « Summary and Recommendations of the Third International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus », *Diabetes*, 1 décembre 1991, vol. 40, Supplement_2, p. 197-201.
- METZGER Boyd E. et COUSTAN Donald R., 1998, « Summary and recommendations of the Fourth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus ».
- METZGER Boyd E., LOWE Lynn P., DYER Alan R., TRIMBLE Elisabeth R., CHAOVARINDR Udom, COUSTAN Donald R., HADDEN David R., MCCANCE David R., HOD Moshe, MCINTYRE Harold David, OATS Jeremy J. N., PERSSON Bengt, ROGERS Michael S. et SACKS David A., 2008, « Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes », *The New England Journal of Medicine*, vol. 358, n° 19, p. 1991-2002.
- MILLER William Richard, ROLLNICK Stephen, LECALLIER Dorothée et MICHAUD Philippe, 2013, *L'entretien motivationnel: aider la personne à engager le changement*, 2e éd., Paris, Interéditons (coll. « Développement personnel et accompagnement »).
- MISCZYNSKI Marilyn et STERN Elizabeth, 1979, « Detection of Cervical and Breast Cancer: A Community-Based Pilot Study », *Medical Care*, vol. 17, n° 3, p. 304-313.
- MITANCHEZ Delphine, 2010, « Complications fœtales et néonatales du diabète gestationnel : mortalité périnatale, malformations congénitales, macrosomie, dystocie des épaules, traumatisme obstétrical, complications néonatales », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 39, n° 8, p. S189-S199.
- MOLEUX Marguerite, SCHAETZEL Françoise et SCOTTON Claire, 2011, *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action*, Paris, IGAS.
- MOLINIER Pascale, LAUGIER Sandra et PAPERMAN Patricia (eds.), 2009, *Qu'est-ce que le care? souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Éditions Payot & Rivages (coll. « Petite Bibliothèque Payot »), 302 p.

- MOREAU Delphine, 2015, *Contraindre pour soigner? : les tensions normatives et institutionnelles de l'intervention psychiatrique après l'asile*, EHESS, Paris.
- MOREL Marie-France, 2018, « Naître à la maison d'hier à aujourd'hui », *Travail, genre et sociétés*, n° 39, p. 193-199.
- MOREY Pearl, 2020, « *La liberté en toute sécurité* » : les promesses des dispositifs techniques de géolocalisation des résident.e.s en EHPAD face aux tensions morales du care, EHESS, Paris.
- NABIL Malika, 2016, *Le suivi du régime alimentaire par les femmes ayant un diabète gestationnel*, Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme, Paris Descartes, Paris, 63 p.
- NACU Alexandra, 2011, « À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et, catégorisations des femmes « migrantes » dans troismaternités franciliennes », *Sociologie du Travail*, 2011.
- NICE, 2015, *Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period*.
- NORMAN FINEMAN, 1991, « The social construction of noncompliance: a study of health care and social service providers in everyday practice », *Sociology of Health & Illness*, vol. 13, n° 3, p. 354-374.
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2008, *La rigueur du qualitatif: les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain-La-Neuve, Academia-Bruylant (coll. « Anthropologie prospective »), 365 p.
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1995, « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », p. 71-109.
- OMS, 2018, *Diabète*, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> , octobre 2018, consulté le 5 février 2019.
- OUATTARA Fatoumata, 2004, « Une étrange familiarité. Les exigences de l'anthropologie « chez soi » », *Cahiers d'études africaines*, vol. 44, n° 175, p. 635-657.
- OUDSHOORN Nelly, 2012, « How places matter: Telecare technologies and the changing spatial dimensions of healthcare », *Social Studies of Science*, vol. 42, n° 1, p. 121-142.
- PAILLET Anne, 2016, « Différenciations, socialisations, stratifications : enquêtes sur le travail dans les univers familiaux, juridiques et médicaux », p. 243.
- PARSONS Talcott, 1955, *Eléments pour une sociologie de l'action*, Paris, France, Plon, 353 p.
- PARSONS Talcott, 1951, *Social Structure and Dynamic Process: The Case of Modern Medical Practice*, <https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/762066>, consulté le 1 juillet 2019.
- PENEFF Jean, 2005, *L'Hôpital en urgence*, Paris, Métailié (coll. « Leçons de choses »), 262 p.
- PERETTI-WATEL Patrick, 2006, « Le chemin de croix de la lutte antitabac. Éléments pour éclairer les difficultés de la prévention du tabagisme », *Psychotropes*, vol. 12, n° 1, p. 57-73.

PERETTI-WATEL Patrick, SEROR Valérie, DU ROSCOËT Enguerrand et BECK François, 2009, « La prévention en question : attitudes à l'égard de la santé, perceptions des messages préventifs et impact des campagnes », *Evolutions (collection)*, n° 18, p. 1-6.

PIAN Anaïk, 2012, « De l'accès aux soins aux « trajectoires du mourir ». Les étrangers atteints de cancer face aux contraintes administratives », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n° 2, p. 101-127.

PICARD Paola-Carla et BONNET Marie-Pierre, 2015, « Morbidité Maternelle Sévère : Données Françaises, Registre, Organisation Pratique (USIO) », *MAPAR*, 2015, p. 6.

PLAYLE John F. et KEELEY Philip, 1998, « Non-compliance and professional power », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 27, n° 2, p. 304-311.

POTVIN Louis, JONES Catherine M, MOQUET Marie-Josée, et INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE, 2010, *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis (Paris), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (coll. « Santé en action »).

POULAIN Jean-Pierre, 2013, « L'obésité et la médicalisation de l'alimentation quotidienne » dans *Sociologies de l'alimentation*, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France (coll. « Quadrige »), p. 95-128.

POULAIN Jean-Pierre et TIBERE Laurence, 2008, « Alimentation et précarité », *Anthropology of food*, n° 6.

PRUD'HOMME Dorothee, 2021, « La racialisation des patient·e·s "roms" par les médecins urgentistes. Invisibilisation des précarités et révélation des ambitions professionnelles », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 239, n° 4, p. 50-65.

PRUD'HOMME Dorothee, 2016, « Du « soin global » au traitement discriminatoire », *Terrains & travaux*, n° 29, p. 85-104.

PRUD'HOMME Dorothee, 2015, *La racialisation en urgence : représentations et pratiques des professionnels hospitaliers à l'égard des patients présumés roms (2009-2012)*, Université de Bordeaux, Bordeaux.

QUAGLIARIELLO Chiara, 2017, « Le temps consacré à la communication médecin-patient », *Politiques de communication*, n° 9, p. 63-88.

QUAGLIARIELLO Chiara et SAUVEGRAIN Priscille, 2022, « Prendre soin des « mères africaines ». Une étude des relations racialisées dans les maternités françaises et italiennes », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 24.

QUAGLIARIELLO Chiara et TOPÇU Sezin, 2021, « La péridurale, un non-choix ? Ethnographie des formes de résistance à une innovation « miracle » », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 23.

QUENIART Anne, 1989, « Prévention des risques et contrôle social : l'exemple de la maternité », *Déviance et société*, vol. 13, n° 4, p. 327-337.

QUERE Lucile, 2016, « Lutttes féministes autour du consentement », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 35, n° 1, p. 32-47.

- QUESSADA Dominique, 2010, « De la sousveillance, “Underveillance” », *Multitudes*, n° 40, p. 54-59.
- RACIOPPI Aurélie, 2013, *Les enjeux de la catégorisation des femmes « migrantes » dans la relation soignant/soigné en maternité*, Université Paris 13 et EHESS, Paris, 143 p.
- RADEMAKER D., SCHAIJK C. I. VAN, OOSTVOGELS A. J. J. M., RIJN B. B. VAN, EVERS I., DEVRIES J. H., AGYEMANG C., VRIJKOTTE T. G. M. et PAINTER R. C., 2020, « Gestational diabetes mellitus among Sub-Saharan African and Surinamese women in the Netherlands », *Diabetes Research and Clinical Practice*, vol. 168, p. 108367.
- RAMEL Magali et BOISSONNAT Huguette, 2018, « Nourrir ou se nourrir. Renouveler le sens que l'on porte à l'acte alimentaire pour renouveler nos pratiques face à la précarité alimentaire », *Forum*, vol. 153, n° 1, p. 53-61.
- REACH G., 2009, « Faut-il faire peur aux patients ? », *Medecine des Maladies Metaboliques*, vol. 3, n° 3, p. 303-309.
- REACH Gérard, 2010, « Sommes-nous responsables de notre santé ? », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, vol. 4, n° 1, p. 193-214.
- REGNAULT Nolwenn, MOUTENGOU Elodie, FOSSE-EDORH Sandrine, BARRY Yaga, BILLIONNET Cécile, WEILL Alain, ALTMAN Jean-Jacques, VAMBERGUE Anne et COSSON Emmanuel, 2019, « Dépistage et prévalence du diabète gestationnel : disparités socio-économiques en France en 2015 », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 67, (coll. « Colloque « Santé et société » organisé par l'Institut fédératif d'études et de recherche interdisciplinaires santé société (IFERISS) »), p. S42.
- REGNAULT Nolwenn, SALANAVE Benoît, CASTETBON Katia, COSSON Emmanuel, VAMBERGUE Anne, BARRY Yaya, FOSSE-EDORH Sandrine et VERNAY Michel, 2016, « Diabète gestationnel en France en 2012 : dépistage, prévalence et modalités de prise en charge pendant la grossesse », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, vol. 9, p. 164-173.
- REGNIER Faustine et MASULLO Ana, 2009, « Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale », *Revue française de sociologie*, vol. 50, n° 4, p. 747-773.
- ROSS Fiona M., 1991, « Patient compliance. Whose responsibility? », *Social Science & Medicine*, vol. 32, n° 1, p. 89-94.
- ROTH Julius A., 1972, « Some Contingencies of the Moral Evaluation and Control of Clientele: The Case of the Hospital Emergency Service », *American Journal of Sociology*, vol. 77, n° 5, p. 839-856.
- ROTH Julius A. et CONRAD Peter, 1987, *The experience and management of chronic illness*, Stamford, Jai Press.
- ROY Bernard, 2002, *Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère*, Québec, Presses de l'Université Laval, 266 p.
- SACKETT David L., ROSENBERG William M. C., GRAY J. A. Muir, HAYNES R. Brian et RICHARDSON W. Scott, 1996, « Evidence based medicine: what it is and what it isn't », *BMJ*, vol. 312, n° 7023, p. 71-72.

- SAFI Mirna et SIMON Patrick, 2013, « Les discriminations ethniques et raciales dans l'enquête Trajectoires et Origines : représentations, expériences subjectives et situations vécues », *Economie et Statistique*, vol. 464, n° 1, p. 245-275.
- SAGE-PRANCHERE Nathalie, 2014, « L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, xix^e siècle) », *Annales de démographie historique*, n° 127, p. 181-208.
- SAHA Sumanta, 2019, « Compliance and barriers to self-monitoring of blood glucose in patients with gestational diabetes mellitus: A systematic review », *International Journal of Health Sciences*, vol. 13, n° 3, p. 44-52.
- SAINSAULIEU Ivan, 2003, *Le malaise des soignants: le travail sous pression à l'hôpital*, Paris Budapest Torino, l'Harmattan (coll. « Logiques sociales »).
- SAINT POL (DE) Thibaut, 2017, « Les évolutions de l'alimentation et de sa sociologie au regard des inégalités sociales », *L'Année sociologique*, vol. 67, n° 1, p. 11-22.
- SANTE PUBLIQUE FRANCE, 2021, *Le diabète en France: les chiffres 2020*, <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/le-diabete-en-france-les-chiffres-2020>, consulté le 5 janvier 2022.
- SARRADON Aline, EGROT Marc, BLANC Marie-Anne et FAURE Murielle, 2008, « Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 39, n° 1, p. 3.
- SAUREL-CUBIZOLLES Marie-Josèphe, 2012, « Santé périnatale des femmes étrangères en France », 2012, n° 2-3-4, p. 5.
- SAUVEGRAIN Priscille, 2013, « La mère africaine en suites de couches, analyse d'une figure sociale », *Revue Sage - Femme*, vol. 12, n° 5, p. 191-195.
- SAUVEGRAIN Priscille, 2010, *Différence de traitement et traitements différentiels. Les trajectoires de soins des femmes « africaines » en maternité publique*, Paris Diderot, Paris, 403 p.
- SAUVEGRAIN Priscille, AZRIA Elie, CHIESA-DUBRUILLE Coralie et DENEUX-THARAUX Catherine, 2017, « Exploring the hypothesis of differential care for African immigrant and native women in France with hypertensive disorders during pregnancy: a qualitative study », *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 124, n° 12, p. 1858-1865.
- SAUVEGRAIN Priscille, EL KOTNI Mounia et RACIOPPI Aurélie, 2022, « Comment étudier les discriminations en santé périnatale d'un point de vue socio-anthropologique ? », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 24.
- SAUVEGRAIN Priscille, STEWART Zelda, GONTIER Clémentine, SAUREL-CUBIZOLLES Marie-Josèphe, SAUCEDO Monica, DENEUX-THARAUX Catherine et AZRIA Elie, 2017, « Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, vol. 19-20, p. 389-395.
- SAYAD Abdelmalek, 1991, *L'immigration, ou, Les paradoxes de l'altérité*, Bruxelles, De Boeck université (coll. « L'Homme, l'étranger »), 331 p.

SCHANTZ Clémence, ROZEE Virginie et MOLINIER Pascale, 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*, vol. 71, n° 2, p. 5-24.

SCHLEGEL Vincent, 2020, *La fabrique sociale du patient autonome. Développer et mettre en oeuvre l'éducation du patient diabétique en France*, EHESS, Paris, 533 p.

SCHLEGEL Vincent, 2015, *De la prescription à l'observance. Le « bon » et le « mauvais » patient face au médecin*, EHESP, Rennes, 132 p.

SCHWEYER François-Xavier, 1996, « La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste », *La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste*, vol. 14, n° 3, p. 67-102.

SENAT Marie-Victoire et DERUELLE Philippe, 2016, « Le diabète gestationnel », *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, vol. 44, n° 4, p. 244-247.

SERRE Delphine, 1998, « Le bébé “superbe” : la construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance », *Sociétés Contemporaines*, 1998, vol. 31, n° 1, p. 107-127.

SHAH Lochan M., KWAPONG Yaa A., BOAKYE Ellen, OGUNWOLE S. Michelle, BENNETT Wendy L., BLUMENTHAL Roger S., HAYS Allison G., BLAHA Michael J., NASIR Khurram, ZAKARIA Sammy, WANG Guoying, WANG Xiaobin et SHARMA Garima, 2022, « Racial Disparities in Prevalence of Gestational Diabetes by Maternal Nativity and Length of US Residence in an Urban Low-Income Population in the United States », *CJC Open*, vol. 4, n° 6, p. 540-550.

SICOT François et TOUHAMI Slimane, 2015, « Les professionnels français de la santé mentale face à la culture de leurs patients d'origine étrangère », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 10.

SIMON Pierre-jean, 2006, « Le cadre théorique général de référence: différenciation et hiérarchisation sociales » dans *Pour une sociologie des relations interethniques et des minorités*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes (coll. « Essais »), p. 347.

STRAUSS Anselm L., 1992, *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.

STRAUSS Anselm L., 1976, « Chronic illness and the quality of life », *AJN The American Journal of Nursing*, vol. 76, n° 1, p. 82.

STRAUSS Anselm L., FAGERHAUGH Shizuko, SUCZEK Barbara et WIENER Carolyn, 1982, « The work of hospitalized patients », *Social Science & Medicine*, vol. 16, n° 9, p. 977-986.

SULTAN Serge, HARTEMANN-HEURTIER A et GRIMALDI A, 2003, « Understanding patients to promote self-regulation in type 2 diabetes: How to live with an illness beginning before its onset? », *Diabetes & metabolism*, vol. 29, p. S21-30.

TILLARD Bernadette, 2002, *Des familles face à la naissance*, Paris, Harmattan (coll. « Collection Savoir et formation »), 298 p.

TROSTLE James A., 1988, « Medical compliance as an ideology », *Social Science & Medicine*, vol. 27, n° 12, p. 1299-1308.

- VANDEWALLE Bernard, 2007, *Michel Foucault: savoir et pouvoir de la médecine*, Paris, L'Harmattan (coll. « Hippocrate et Platon »), 160 p.
- VAYSSIERE Christophe et GRANDJEAN Hélène, 2010, « Méthode et organisation », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 39, n° 8, p. S142-S143.
- VERIER-MINE Odile, 2010a, « Devenir maternel après un diabète gestationnel. Dépistage et prévention du diabète de type 2. Revue de la littérature », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 39, n° 8, p. S299-S321.
- VÉRIER-MINE Odile, 2010b, « Outcomes in women with a history of gestational diabetes. Screening and prevention of type 2 diabetes. Literature review. », *Diabetes & metabolism*, vol. 36, 6 Pt 2, p. 595-616.
- VIROLE Louise, 2021, « Mise sous silence des actions antidiscriminatoires dans l'accès aux soins. Le champ périnatal face aux discriminations à l'encontre des femmes étrangères en France », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*.
- VIROLE-ZAJDE Louise, 2018, *Grossesse et Reconnaissance du sujet. Parcours de soins de femmes enceintes primo-arrivantes en France.*, Université de recherche Paris Sciences et Lettres, Paris, 379 p.
- VIROLE-ZAJDE Louise, 2016, « Devenir mère, Devenir sujet ? Parcours de femmes enceintes sans-papiers en France », *Genre, sexualité & société*, n° 16.
- VOZARI Anne-Sophie, 2021, *Le souci des mères : Ethnographie du gouvernement de la maternité en périnatalité*, EHESS, Paris, 399 p.
- VOZARI Anne-Sophie, 2015, « « Si maman va bien, bébé va bien. » La gestion des risques psychiques autour de la naissance », *Recherches familiales*, n° 12, p. 153-163.
- VOZARI Anne-Sophie, 2012, « “Surveiller” pour “veiller sur” en Protection maternelle et infantile » dans *La maternité à l'épreuve du genre*, Rennes, Presses de l'EHESP (coll. « Hors collection »), p. 109-116.
- VOZARI Anne-Sophie, 2011, *Les ambivalences de l'intervention sociale en direction des familles La Protection Maternelle et Infantile entre « protection de l'enfance » et « soutien à la parentalité »*, Mémoire Master 2-Mention « Sociologie » Spécialité « Genre, Politique et sexualité », CNAF, Paris.
- WERY E., VAMBERGUE Anne, LE GOUEFF Françoise, VINCENT D. et DERUELLE Philippe, 2014, « Impact des nouveaux critères de dépistage sur la prévalence du diabète gestationnel », *Revue Sage - Femme*, vol. 13, n° 3, p. 153-159.
- WEST Candace et FENSTERMAKER Sarah, 2006, « « Faire » la différence », *Terrains & travaux*, n° 10, p. 103-136.
- WONG Vincent W., CHONG Shanley, ASTORGA Cecilia et JALALUDIN Bin, 2013, « Gestational Diabetes Mellitus: A Study of Women Who Fail to Attend Appointments », *Diabetes Spectrum*, vol. 26, n° 4, p. 267-271.
- YOUNG Iris Marion, 2008, « Le genre, structure sérielle : penser les femmes comme un groupe social », *Recherches féministes*, vol. 20, n° 2, p. 7-36.

YUEN Lili et WONG Vincent W, 2015, « Gestational diabetes mellitus: Challenges for different ethnic groups. », *World journal of diabetes*, vol. 6, n° 8, p. 1024-1032.

YUEN Lili, WONG Vincent W. et SIMMONS David, 2018, « Ethnic Disparities in Gestational Diabetes », *Current Diabetes Reports*, vol. 18, n° 9, p. 68.

ZBOROWSKI Mark, 1952, « Cultural components in response to pain », *Journal of Social Issues*, vol. 8, p. 16-30.

ZOLESIO Emmanuelle, 2012, « La relation chirurgien-patient », *Sciences sociales et sante*, vol. 30, n° 4, p. 75-98.

ANNEXES

Annexe 1 : Données recueillies en systématique lors des observations ethnographiques

- 1) Lieu : Maternité du Coudray, Maternité Lachapelle, Hôpital Rabelais
- 2) Date et partie de la journée (matin ou après-midi)
- 3) Consultante = profession et nom de la soignante
- 4) Rang de la patiente dans la consultation (nom de la patiente = facultatif)
- 5) Si les personnes se connaissent et si la soignante se présente le cas échéant
- 6) Motif de la consultation (suivi de grossesse, consultation diététique, explorations fonctionnelles etc.)
- 7) Motif plus précis : suivi pour une pathologie par exemple
- 8) Âge et parité de la patiente et terme de la grossesse
- 9) Présence d'un·e accompagnant·e
- 10) Contenu des échanges verbaux : questions de routine de la professionnelle, questions à l'initiative de la femme enceinte, échanges hors routine : points particuliers, inquiétudes, interrogations, conflits ; interruptions par d'autres évènements etc.
- 11) Contenu et durée de l'examen clinique
- 12) Mention du poids ou de la prise de poids de la femme enceinte pendant la consultation
- 13) Catégories raciales de la patiente et de la soignante (précisions selon que les catégories sont attribuées par la professionnelle, par la femme enceinte ou par moi-même)
- 14) Heure de début et heure de fin de la consultation, durée du retard si c'est le cas

Exemple de prises de note dans le journal de terrain, systématisé dans le tableau Excel :

- 1) Maternité Lachapelle
- 2) 18/10/2016 Matin
- 3) Sage-femme Capucine Rossignol
- 4) Patiente n°3 / Mme Anna Pénouel
- 5) Oui
- 6) Consultation de suivi de grossesse
- 7) DG
- 8) Age : 34, Parité : 2, Terme : 31 semaines d'aménorrhée
- 9) Non

10) DG/régime. SF (sage-femme) « comment allez-vous? », Mme répond qu'elle a mal au dos et que son fils est très malade. Anna Pénouel : « J'ai pas suivi depuis un certain temps et je fais pas très attention parce que j'ai l'impression (...) c'est pour ça, dans ma tête, j'me dis j'ai pas de diabète » / SF « oui mais nous dans notre tête on se dit pas ça ! [Rires] Et c'est pas comme ça que ça se passe dans la vraie vie ! ». Mme argumente en disant qu'on ne lui a pas fait le test du diabète mais seulement une glycémie à jeun car elle a un antécédent de DG et que celle-ci n'était pas très élevée. Anne Pénouel : « J'ai du mal à suivre (...) surtout que je me dis que c'est peut-être pas justifié ». La SF me dit qu'elle a pris la suite du suivi de grossesse de Mme Pénouel initié par une SF libérale (qui est une ancienne SF de Lachapelle) et que c'était étiqueté « DG sous régime » (écrit sur le dossier) donc cela lui semble logique de poursuivre dans le même sens et de considérer la patiente comme ayant un DG. La SF demande le résultat du bilan sanguin qui a fait le diagnostic à Mme, elles regardent le bilan ensemble. La SF dit : « y a pas de... Peu importe, c'est 0,92 pour considérer qu'il faut surveiller, on tortille pas, parce que sinon si on se dit à chaque fois c'est peut-être bon, elle ça va etc.... ». Mme Pénouel reprend : « parce que quand je me pique à jeun c'est toujours normal ». Elles cherchent ensuite à se connecter à Diabbest, pendant ce temps-là, la SF note dans le dossier (en soulignant en rose) « diabète : pas de surveillance, difficile avec 1er enfant à gérer, pas d'échanges avec Pr Joseph depuis plusieurs jours ». Un peu après l'application s'est ouverte sur le téléphone de la patiente. La SF regarde avec moi et dit : « on a pas grand choses à se mettre sous la dent, mais les seules post-prandiales que vous avez, c'est pas mirobolant ! A jeun c'est très bien » / « oui à jeun c'est très bien et après bah ça dépend de ce que je mange » / « oui c'est typique du DG j'ai envie de vous dire ! » [Rires] / « oui mais pour mon premier j'avais de l'insuline même si je mangeai bien ».

11) Examen clinique : toucher vaginal car la patiente signale des contractions utérines (la sage-femme m'a demandé ce que j'en pensais), le col est modifié, la sage-femme est embêtée car elle trouve le bébé « bas », elle hésite entre envoyer la patiente aux urgences ou attendre l'échographie dans 7 jours pour avoir une échographie du col de l'utérus. Discussion avec Mme, celle-ci est stressée car son fils a 40°C.... Mesure de la hauteur utérine / enregistrement des bruits du cœur (rythme cardiaque fœtal pendant quelques minutes) / Mesure de la Tension artérielle.

12) Non

13) Femme blanche, de religion juive (dit par la patiente lors de l'entretien)

14) Heure de début : 10h50 / Heure de fin : 11h35 / Durée : 45:00 (calculée dans excel),
retard de 20 minutes de la sage-femme

Annexe 2 : Grille d'entretien pour les soignantes

Parcours professionnel et activité actuelle

- Comment en êtes-vous venu(e) à travailler dans cette maternité, ce service ?
- Quelles ont été vos expériences professionnelles précédentes ? Eventuellement, quels sont vos projets pour la suite ?
- Comment vous décririez votre travail aujourd'hui ? Si besoin : quelles sont vos principales missions, quel est votre rôle ?
- Dans votre pratique quotidienne, qu'est-ce qui vous est agréable ou facile et qu'est-ce qui vous semble désagréable ou difficile ?
- Comment se passent les relations avec vos collègues / votre hiérarchie ?
- Comment se passent les relations avec les patientes / les couples ?

Activités lié au DG

- Comment décririez-vous votre rôle dans le diabète de grossesse ?
- Dans ce rôle, qu'est-ce qui vous semble facile ou difficile ?
- Que recouvre le terme « observance » pour vous, concernant le diabète de grossesse ?
- C'est quoi l'observance dans le diabète gestationnel pour vous ?
- Pour vous, quand on parle de femmes « mal suivies » ou peu observantes pour le diabète gestationnel, de qui parle-t-on ?
- A propos de ces femmes, que pouvez-vous me dire ?

Pour approfondir, si non abordé

- Comment réagissez-vous et que faites-vous face à une patiente que vous considérez comme peu observante ?
- Comment interprétez-vous les difficultés de suivi ou d'observance ?
- Les comportements d'observance d'une patiente peuvent-ils varier ?
- Pour les femmes ne parlant pas français, comment procédez-vous ?
- Vous arrive-t-il d'utiliser les services de l'interprétariat, de l'assistance sociale, de la psychologue etc. ?

Pour les obstétriciennes et les sages-femmes, nous abordons les différentes étapes de la prise en charge, dans un ordre indifférent au fur et à mesure de l'entretien et je reviens sur les points non abordés si besoin : prescription du test, annonce du diagnostic, décision d'insuline, décision de déclenchement.

Annexe 3 : Caractéristiques des entretiens avec les soignantes

	Groupes professionnels	Méthode d'enquête	Lieu de l'entretien	Durée de l'entretien	Enregistrement
MATERNITÉ DU COUDRAY	Sage-femmes				
	Raphaëlle Doucet	Observation et entretien	Domicile	43 min	Oui
	Amanda Bonnemain	Observation et entretien	Domicile	1h07	Oui
	Louise Bouquet	Observation et entretien	Hôpital (box de Consultation)	48 min	Oui
	Sophie Marsac	Observation et entretien	Hôpital (salle d'éducation diabète)	1h	Oui
	Obstétriciennes				
	Nathalie Lefebvre	Observation et entretien	Hôpital (bureau personnel)	41	Oui
	Marion Brun	Observation et entretien	Hôpital (bureau personnel)	45 min	Oui
	Nour Labadi	Observation et entretien	Hôpital (bureau personnel)	30 min	Oui
	Diététiciennes				
	Sylvie	Observation et entretien	Hôpital (bureau de la biberonnerie)	1h10	Oui
	Aides-soignantes				
	Claudine Blottin	Observation et entretien	Hôpital (salle d'éducation diabète)	32 min	Oui
	Mariam Touré	Observation et entretien	Hôpital (salle d'éducation diabète)	30 min	Oui
	Infirmières				
Béatrice Champion	Observation et entretien	Hôpital (salle d'éducation diabète)	37 min	Oui	
Geneviève Duchet	Observation et entretien	Hôpital (box de consultation)	31 min	Oui	
Virginie Delangle	Observation et entretien	Hôpital (salle d'éducation diabète)	55 min	Oui	
MATERNITÉ LACHAPELLE	Sages-femmes				
	Céline Roy	Observations et entretien	Domicile	1h18	Oui
	Claire Morvan	Observations et entretien	Domicile	1h42	Oui
	Justine Sojka	Observations et entretien	Domicile	46 min	Oui / 10 min coupées pour problème technique
	Clémence Jullian	Observations et entretien	Café	46 min	Oui
	Isabelle Blanc	Observations et entretien	Hôpital, Salle de consultation	1h03	Oui
	Obstétriciennes				
	Amandine Fallen	Observations et entretien	Hôpital, salle de consultation	44 min	Oui
	Vanessa Vijay	Observations et entretien	Hôpital, salle de consultation	29 min	Oui
	Diabétologue				
	Anne Meunier	Observation et entretien	Hôpital (Bureau personnel)	28	Oui
	Diététiciennes				
Stéphanie Pujol	Observation et entretien	Hôpital (HEGP, salle de staff)	1h34	Oui	
Magalie Lagrange	Observations et Entretien	Hôpital (salle de consultation)	1h15	Oui	

Annexe 4 : Caractéristiques socio-démographiques des soignantes

	Groupe professionnel	Age	Ancienneté professionnelle	Lieu de naissance	Statut matrimonial	Profession conjoint	Profession parents	Lieu d'habitation	Religion	Niveau d'études	Nationalité	Arrivée en France
MATERNITÉ DU COUDRAY	Sages-femmes											
	Raphaëlle Giraud Blanche	32	8 ans	Montpellier (34)	Mariée	Ingénieur aéronautique	P : architecte M : au foyer	Paris, appt, 70m ² , 3 pièces, 3 personnes locataire	Catholique	DE de sage-femme	Française	
	Amanda Bonnemain Indienne	33	8 ans	Colombo, Sri Lanka	En couple	Gynécologue	P : militaire M : au foyer	94, 40m ² , appt, 2 pièces, 2 personnes, locataire	Bouddhiste	DE de sage-femme	Française	Il y a 19 ans, à 14 ans
	Louise Bouquet Blanche	30	6 ans	Thonon-les-bains (74)	Pacsée	Conducteur de trains	P : agent de maîtrise en papèterie M : agent de maîtrise chez Thales	94, appt, 3 pièces, 78m ² , 2 personnes, propriétaire	Athée	DE de sage-femme, DIU Acupuncture	Française	
	Sophie Marsac Blanche	38	12 ans	Paris 11 ^{ème}	En couple	Banquier	P : professeur des universités M : banquière	94, Maison, 4pièces, 5 personnes propriétaire	Athée	DE de sage-femme, DIU acupuncture + échographie	Française	
	Obstétriciennes											
	Nathalie Lefebvre Blanche	33	2 ans	Poitiers (86)	Pacsée	Sans Formation ingénieur	P : inspecteur technique M : infirmière anesthésiste	92, maison, 60m ² , propriétaire, 4 personnes	Athée	Doctorat de médecine	Française	
	Marion Brun Blanche	31	6 mois	Bois-Guillaume (76)	Célibataire		P : médecin M : infirmière	Paris, 2 pièces, appt, 1 personne propriétaire	Catholique	Doctorat de médecine	Française	
	Nour Labadi Arabe	30	6 mois	Chatenay-Malabry (92)	Célibataire		P : électricien M : auxiliaire de Puériculture	Paris, 2 pièces, appt, 1 personne propriétaire	Athée	Doctorat de médecine	Française	
	Diététiciennes											

	Sylvie Bévan Blanche	48	25 ans	Paris	Divorcée		P : technicien de laboratoire M : institutrice	94, 3 pièces, logée à titre gratuit, 2 personnes	Athée	BTS diététique	Française	
	Aides-soignantes											
	Claudine Blottin Blanche	58	40 ans	Saint-Malo (35)	Mariée	Chauffeur de car	P : inconnu M : agent hospitalier	94, appt, 2 pièces, 2 personnes, logt social	Catholique	DE d'aide-soignante	Française	
	Mariam Touré Noire	36	6 mois	Paris 12 ^{ème}	Mariée	Agent technique à la médiathèque d'Ivry/seine	P : décédé M : femme de ménage	94, appt, 5pièces, 107m ² , 5 personnes, locataire	Musulmane	DE d'aide-soignante	Française, parents maliens	
	Infirmières											
	Béatrice Champion Blanche	48	30 ans	Paris	Célibataire		P : ingénieur M : sans	94, appt, 80m ² , 3 ou 4 personnes, locataire	Catholique	DE d'infirmière	Française	
	Geneviève Duchet Blanche	51	29 ans	Nogent sur Marne (94)	Mariée	Sans, pension d'invalidité	P : chauffeur livreur M : informaticienne	94, maison, 5pièces, 5 personnes	Catholique	DE d'infirmière	Française	
	Virginie Delangle Blanche	36	12	Villeneuve St Georges (94)	Célibataire		P : boucher M : agent administratif	94, appt, 3pièces, 50m ² , 2 personnes, locataire		DE d'infirmière	Française	
Sages-femmes												
MATERNITÉ LACHAPELLE	Céline Roy Blanche	31	9 ans	Nantes (44)	Concubinage	Ingénieur	M : infirmière P : anesthésiste-réanimateur, décédé	Paris, appt, 60m ² , 2 personnes, propriétaire	Athée	<u>DIU</u> Echographie Médecine fœtale Simulation <u>Master 2</u> Recherche physiopathologie fœtale	Française	
	Claire Morvan Blanche	29	4 ans	Brest (29)	Mariée	Cadre	M : infirmière P : médecin généraliste	92, appt, 3pièces, 66m ² , 4 pers, 4 personnes, locataire	Catholique	DIU Echographie	Française	

Justine Sojka Blanche	26	4 ans ½	Orsay (91)	Célibataire		M : fonctionnaire P : ingénieur	92, studio 23m², locataire, 1 pers	Catholique	DE de Sage- femme	Française	
Clémence Jullian Blanche	27	4 ans	Brive-la- Gaillarde (19)	En couple	Chef d'entreprise	M : employée de banque P : chef de projet SNCF	Paris, 70m², 3 pièces, propriétaire	Athée	DE de sage- femme DIU Echographie	Française	
Isabelle Blanc Blanche	52	25 ans	Paris 10 ^{ème}	Mariée	Gynécologue- obstétricien	M : au foyer P : chef d'atelier en ébénisterie	Paris, appt, locataire, 86m², 3 personnes Propriétaire d'une maison secondaire	Catholique	DE de sage- femme DU Médecine foetale Echographie	Française	
Obstétriciennes											
Amandine Fallen Blanche	37	7 ans	Paris 16 ^{ème}	Célibataire		M : Formatrice en VAE P : Cadre chez IBM	Paris, 40m², 1 adulte, propriétaire	Catholique	Bac+12 Master en épidémiologie Plusieurs DU (échographie, médecine foetale...)	Française	
Vanessa Vijay Indienne	32	2 ans	Pontoise (95)	Célibataire		M : ? P : commercial	Paris, 70m², 2 personnes, locataire	Hindouiste	Bac+12	Française	
Diabétologues											
Anne Meunier Blanche Hôpital Rabelais	31	2 ans	Paris 14 ^{ème}	Mariée	Manager	P : retraité M : au foyer	Paris, 2 pièces, 2 personnes locataire	Catholique	Bac+12	Française	
Diététiciennes											
Stéphanie Pujol Blanche Hôpital Rabelais	34	12 ans	Sens (89)	Mariée	Maître d'hôtel	P : cadre Air France M : secrétaire	28, maison, 120m², 4 personnes Propriétaires	Chrétienne	BTS diététique	Française	
Magalie Lagrange Blanche	32	7 ans	Villecresnes (94)	En couple	Plombier	P : Maintenance informatique M : Comptable	91, appt, 70m², 3 personnes, locataire	Athée	BTS diététique	Française	

Légende : M= mère / P = père / DE =Diplôme d'Etat / DU = Diplôme Universitaire / DIU = Diplôme interuniversitaire / BTS = Brevet de technicien supérieur

Annexe 5 : Grille d'entretien pour les femmes enceintes ayant un DG

Parcours de soin liée à la grossesse

- Comment avez-vous choisi cette maternité ?
- Comment s'est déroulé le suivi médical jusqu'ici ?

Parcours de soin lié au DG

- Comment s'est déroulé le diagnostic de votre diabète ? Le dépistage et l'annonce de la maladie ?
- Que connaissiez-vous de cette maladie ?
- Que vous a-t-on dit sur l'intérêt de la prise en charge, quels risques ont été énoncés ?
- Comment s'est passé votre quotidien ? En particulier le suivi des glycémies et le suivi du régime alimentaire ?
- Comment s'est déroulée la consultation avec la diététicienne ou « *l'atelier diabète* » ?
- Comment se sont déroulées les consultations aux explorations fonctionnelles ?
- Comment a été prise la décision d'insuline et comment se sont déroulées les injections au quotidien ?
- Globalement, comment se sont passées les relations avec les soignantes ?

Plus précisément, concernant l'alimentation

- Comment s'est déroulée l'organisation de vos repas ? Qui cuisinait ? Est-ce que les repas étaient différents selon les membres du foyer ?

Éléments de leur contexte de vie développés si amenés par les femmes : parcours migratoire, activité professionnelle, lieu de vie, conjoint, autres enfants etc.

Annexe 6 : Caractéristiques des entretiens avec les femmes enceintes

	Méthode d'enquête	Entretien avant et/ou après l'accouchement	Langue	Lieu de l'entretien	Durée de l'entretien	Enregistrement	
MATERNITÉ DU COUDRAY	Ayse Aslan	Observation et entretien	Avant	Français	Hôpital	30 min	Oui
	Malika Azem	Observation et entretien	Avant et après	Français	Hôpital	50 min 30 min	Non
	Ghyslaine Boloki	Entretien	Après	Français	Domicile	2h37	Oui
	Simeng Zhou	Observation et entretien	Après	Chinois et Français Interprétariat, Amie	Domicile	1h39	Oui
	Alimatou Traore	Observation et entretien	Après	Français	Domicile	56 min	Oui
	Moussou Doucoure	Observation et entretien	Après	Soninké et Français Traduction par sa fille de 16 ans	Domicile	48 min	Oui
	Gaëlle Firmin	Observation et entretien	Après	Français	Domicile	2h40	Oui
	Yasmina Ziada	Observation et entretien	Avant	Français	Hôpital	1h16	Oui
	Salima Laouamri	Observation et entretien	Avant	Français	Domicile	59 min	Oui
	Sandrine Messaoud	Observation et entretien	Après	Français	Domicile	1h00 1h51	Oui
	Véronique Fournier	Entretien	Avant	Français	Domicile	1h39	Oui
MATERNITÉ LACHAPELLE	Julie Rivière	Entretien	Avant	Français	Domicile	1h15	Oui
	Samia Naciri	Observation et entretien	Avant	Français	Domicile	2h13	Oui
	Lydia Lamari	Observation et entretien	Avant	Français	Domicile	1h43	Oui
	Malaya Abao	Observation et entretien	Après	Anglais	Domicile	1h41	Oui
	Sarah Benchimol	Observation et entretien	Avant	Français	Hôpital	36 min	Oui
	Anna Pénouel	Observation et entretien	Avant	Français	Hôpital + téléphone	48 min	Oui
	Ines Taïeb	Observation et entretien	Avant	Français	Hôpital	48 min	Oui
	Fanta Diallo	Observation et entretien	Avant	Français	Hôpital	54 min	Oui
	Valérie Mahé	Entretien	Avant	Français	Hôpital	50 min	Oui
	Jessica Flamen	Observation et entretien	Avant	Français	Hôpital	55 min	Oui
	Amal Said	Observation et entretien	Avant	Français	Hôpital	1h00	Oui
	Marie Jourdain	Observation et entretien	Avant	Français	Domicile	1h50	Oui
	Emilie Petit	Observation et entretien	Avant	Français	Hôpital	38 min	Oui
	Karine Aknin	Observation et entretien	Avant	Français	Domicile	1h06	Oui

Annexe 7 : Caractéristiques socio-démographiques des femmes enceintes

Maternité du Coudray	Nombre d'enfants	Age	Lieu de naissance	Statut matrimonial	Profession	Profession des parents	Profession du conjoint	Lieu d'habitation	Religion	Nationalité	Arrivée en France	Niveau de Scolarité	Titre de séjour
Ghyslaine Boloki Noire Situation de précarité	3	43	France Paris	Mariée	Sans en France, Directrice d'entreprise au Congo	M : diplomate P : directeur de recherche, professeur	Directeur d'entreprise	91, Sous-sol, une grande pièce de 15m ² , 3 personnes, hébergée	Chrétienne	Française Parents congolais	Aout 2014	Bac + 5	
Simeng Zhou Chinoise Situation de précarité	2	34	Chine Henan	Mariée	Sans, avant : serveuse CDD fin de contrat avant la Grossesse	M : commerçante P : Militaire	Cuisinier	94, Appt, 42m ² , 6 personnes Immeuble insalubre, locataire	Témoin de Jéhovah	Chinoise	2008 (9 ans)	Bac + 3 en e-commerce	Visa étudiant, demande visa de travail
Alimatou Traore Noire Classe populaire	2	24	Mali Bamako	Mariée	Sans	M : chanteuse P : musicien Griots	Mécanicien au chômage	94, F2 4 personnes, locataire	Musulmane	Malienne	2013 (4 ans)	Bac au Mali	Aucun
Moussou Doucoure Noire Classe populaire	6	36	Côte d'Ivoire	Mariée, en cours de divorce	Sans Avant : Employée de ménage	M + P sans profession, cultivent un peu dans leur village, au mali	Ne pourvoit plus aux besoins de la famille	94, maison, 5 pièces, 7 personnes, logt social	Musulmane	Malienne	1998 (19 ans)	Pas de scolarisation	Titre de séjour d'un an
Malika Azem Arabe Classe populaire	3	34	Algérie	Mariée	Sans, avant 2009 : conseillère en assurance	M : femme au foyer P : électricien	Chauffagiste salarié	94, Appt 3 pièces, 5 personnes, logt social	Musulmane	Française (née en Algérie d'une mère française)	Donnée manquante	Bac + 2	

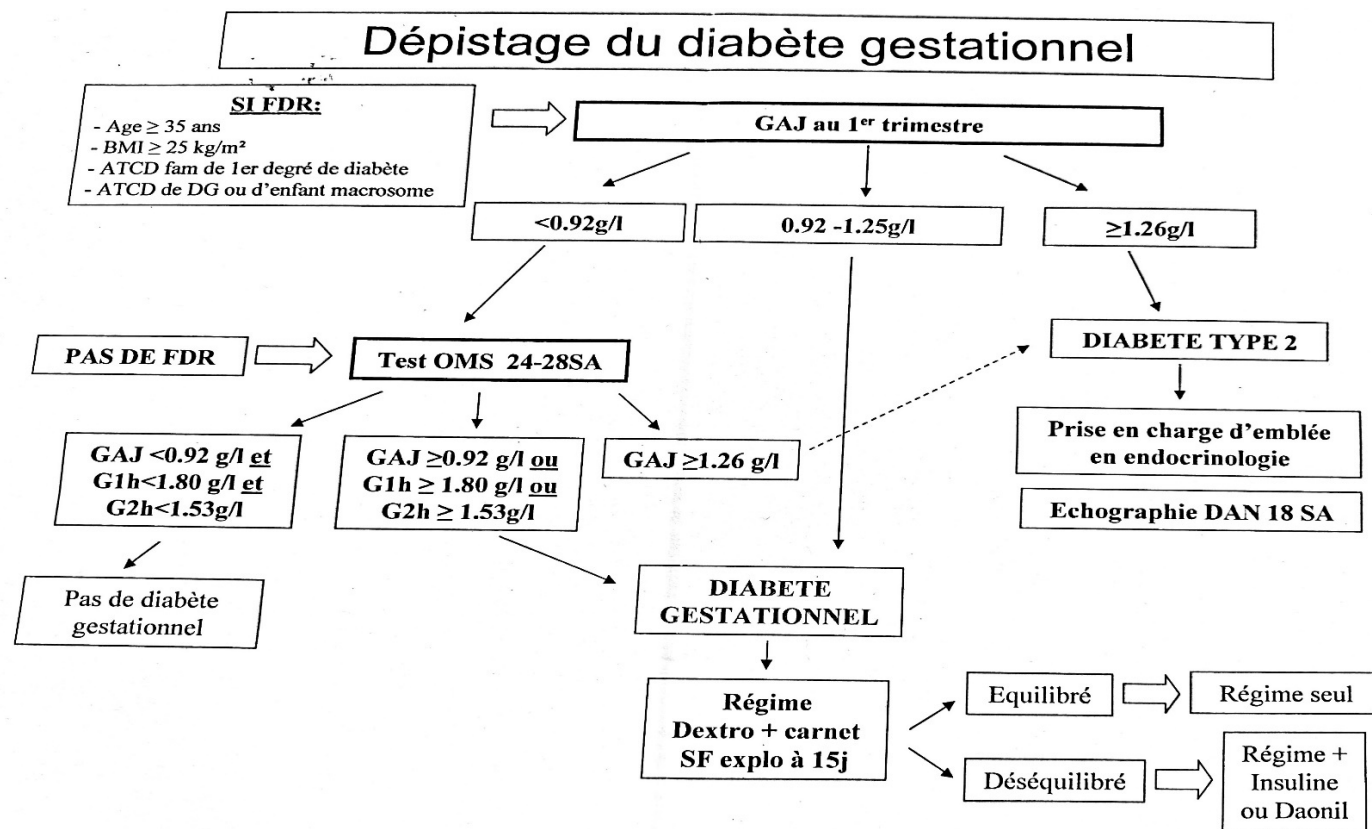
Ayse Aslan Arabe Classe populaire	2	34	Turquie	Mariée	Sans, avant : serveuse	M : femme au foyer P : maçon	Cuisinier	94, Appt 47m ² , 4 personnes, logt social	Athée	Turque	A l'âge de 11 ans	CAP vente	Résidant 10 ans
Salima Laouamri Arabe Classe Populaire	4	37	Donnée manquante	Mariée	Préparatrice en pharmacie	Donnée manquante	Chauffeur livreur	94, Appt 100m ² 6 personnes, logt social	Musulmane	Française		Bac + 2	
Gaëlle Firmin Noire Classe moyenne	1	37	Donnée manquante	Concubinage	Gestionnaire de production dans l'aéronautique	Donnée manquante	Auto-entrepreneur	94, F2, 50m ² , 3 personnes	Donnée manquante	Française		Donnée manquante	
Sandrine Messaoud Arabe Classe moyenne	2	32	France Sartrouville	Mariée	Comptable	M : Assistante maternelle P : Chef d'entreprise	Professeur de maths	94, Appt 3pièces, 85m ² , 4 personnes, locataire	Musulmane	Française		Bac professionnel Comptabilité	
Julie Rivière Noire Classe moyenne	2	30	France	Mariée	Infirmière hospitalière	M : aide- soignante P : Employé France Telecom	Manager	94, appt, 65m ² , 3 pièces, 4 personnes, Propriétaire	Catholique pratiquante	Française		DE d'infirmière	
Yasmina Ziada Arabe Classe aisée	2	39	France	Pacsée	Hôtesse de l'air	M : retraitée P : dcd	Pilote d'avion	94, Maison 85m ² , 4 personnes, propriétaire	Musulmane non pratiquée	Française Parents Algériens		Bac	
Véronique Fournier Blanche Classe aisée	1	41	France	Mariée	Infirmière en libérale	M : Institutrice P : Militaire	Ingénieur	94, maison, 70m ² , 3 personnes, propriétaire	Catholique	Française		DESS restauration d'œuvres d'art DE d'Infirmière	
Maternité Lachapelle	Nombre d'enfants	Age	Lieu de naissance	Statut matrimonial	Profession	Profession des parents	Profession du conjoint	Lieu d'habitation	Religion	Nationalité	Arrivée en France	Niveau de Scolarité	Titre de séjour
Samia Naciri Arabe Situation de précarité	1	38	Maroc Rabat	Mariée	Sans actuellement Employée de pharmacie au Maroc, en France garde d'enfants non déclaré	M : au foyer P : retraité (policier)	Peintre en bâtiment au Maroc, Employé de station-service en France	Paris, Chambre de bonne 6m ² , 3 personnes, locataire	Musulmane	Marocaine	Août 2014 (2 ans)	Secondaire (lycée=20 ans)	Aucun
					Sans								

Lydia Lamari Arabe Situation de précarité	2	30	Algérie Mostaganem	Mariée	Vendeuse en pharmacie en Algérie, s'occupe de son enfant handicapé	M : au foyer P : photographe	Avocat en Algérie, vit en Algérie	Paris, Chambre d'hôtel via le samu social, 6m², 3 personnes	Musulmane	Algérienne	Octobre 2014 (2 ans)	Licence d'anglais + Formation en comptabilité-finances	Aucun
Malaya Abao Philippine Situation de précarité	1	35	Philippines Cagayan Valley	Concubinage	Professeure à l'école élémentaire aux Philippines, Agent d'entretien en France	M : stand marché alimentation P : cultivateur	Technicien climatisation aux philippines, Agent d'entretien en France	Paris, Studio, 20m², 3 personnes	Chrétienne	Philippine	2007 (10 ans)	Etudes Supérieures, Sciences de l'éducation	Aucun pour le moment (lui a un titre de séjour de 6 mois)
Fanta Diallo Noire Classe populaire	2	28	Guinée Conakry	Mariée	Sans (allocation pour handicap)	M : femme de chambre P : peintre en bâtiment	Sans	93, 4 pièces, 5 personnes, logt social	Musulmane	Guinéenne	2004 (12 ans)	CAP prêt à porter	Titre de séjour annuel
Anna Pénouel Blanche Classe aisée	2	39	Israël	Mariée	Professeure d'hébreu	M : Professeure de littérature P : ingénieur	Consultant	Paris, 120m², locataire, 4 personnes + 2 enfants en alternance	Juive	Française	2009 (7 ans)	Licence	
Ines Taïeb Arabe Classe aisée	2	33	Tunisie	Mariée	Professeure de maths	M : au foyer P : ingénieur	Ingénieur	92, 83m², 4 personnes, locataire	Musulmane	Franco-tunisienne		Bac + 5	
Valérie Mahé Blanche Classe aisée	2	41	France Marseille	Mariée	Enseignante	M : secrétaire médicale P : kinésithérapeute	Fonctionnaire	Paris, 52m², 4 personnes, locataire	Catholique	Française		Bac + 5	
Jessica Flamen Blanche Classe aisée	1	32	France Bondy	Mariée	Architecte	M : gérante de pharmacie P : dans la finance	Architecte	Paris, 50m², 3 personnes, locataire	Catholique	Française		Bac + 6	
Amal Saïd Arabe Classe aisée	2	26	France Paris 15 ^{ème}	Mariée	Sans	M : au foyer P : employé	Ingénieur	Paris, 90m², 4 personnes, locataire	Musulmane	Française		Bac + 3 Economie et gestion d'entreprise	
Marie Jourdain Blanche Classe aisée	2	30	France Laon	Mariée	Cadre de santé à l'hôpital	M : collaboratrice P : agent d'assurance	Garde républicain	Paris, 4 pièces, 4 personnes, logt de fonction	Catholique	Française		DE d'infirmière Master 1	

Emilie Petit Blanche Classe aisée	2	34	France	Mariée	Ingénieure	Données manquantes	Donnée manquante	92, Maison, 4 personnes, propriétaire	Donnée manquante	Française		Bac + 6	
Karine Aknin Blanche Classe aisée	2	39	France Paris 14ème	Mariée	Directrice marketing	M : consultante en esthétique médicale P : médecin	Journaliste politique	Paris, 65m², 4 personnes, locataire	Juive	Française		Bac + 5	
Sarah Benchimol Arabe Classe aisée	1	48	France Paris	Concubinage	Cheffe d'entreprise	M : médecin P : médecin	Cadre supérieur	Paris, 143m², locataire, 3 personnes	Juive	Française Parents tunisiens		Bac + 6	

Légende : M= mère / P = père / DE =Diplôme d'Etat / CAP = Certificat d'aptitude professionnelle / DESS = Diplôme d'études supérieures spécialisées

Annexe 8 : Protocole de dépistage du DG dans la maternité du Coudray (2015)



Légende : FDR = Facteur de risque, BMI = Body Mas Index, ATCD = Antécédents, GAJ = Glycémie à Jeun, DAN = Diagnostic Anténatal, Test OMS = HGPO, SF explo = sage-femme des explorations fonctionnelles

DIABETE GESTATIONNEL

Dépistage

- 1ère consultation échographique
 - Glycémie à jeun et PP systématiques
 - Test normal : ne dispense pas du dépistage à 24 SA
 - GAJ > 1,26 = Diab type II
 - GAJ > 0,92 = Diab gest
 - GPP > 1,10 = Diab gest
- **Chez toutes les patientes: 24 à 28 SA:**
 - Glycémie à Jeun puis H1 et H2 d'une charge de 75 g de glucose
 - Test normal : plus de contrôle nécessaire
 - Diabète gestationnel si
 - GAJ > 0,92
 - GH1 > 1,80
 - GH2 > 1,53
- **Si ATCD de diabète gestationnel : risque de récurrence 80%**
 - A adresser systématiquement pour prise en charge

Légende : PP = post-prandiale, SA = Semaines d'aménorrhée, Diab type II = Diabète de type 2, Diab gest = diabète gestationnel, ATCD = antécédent, GAJ = Glycémie à Jeune, GPP = Glycémie Post-Prandiale

Annexe 11 : Dossier obstétrical papier maternité du Coudray, page de couverture



Etiquette
Identité patiente

Etiquette
Adresse patiente

DDG _____ selon Echo T1 DDR

TP _____ Terme imprécis

ATCD MEDICO-CHIRURGICAUX :

Allergies : ATCD Herpés génital :

ATCD OBSTETRICaux :GP

SUIVI DE LA GROSSESSE :

Echo T1 : LCC.....mm CN.....mm Herman ≥ 7 < 7 **MSM T1/.....**

MSM T2/.....

Dépistage Diabète : non réalisé réalisé :

Pathologies de la grossesse :

Hospitalisations :

Rhophylac fait le : Corticoïdes faits le :

Strepto B : Résultat : Résultat :

GS Rh

RAI

Hb.....g/dl

Plq.....10⁹/l

Electr. Hb

VOIE D'ACCOUCHEMENT :

Établie le : Dr..... Staff Obstétrical

CONDUITE A TENIR POUR L'ENFANT ET LES SUITES DE COUCHES :

Entretien Psy Entretien AS Vaccin Rubéole Contraception

FCV VPN à KB Echo+HSC à 3 mois Bilan Trombophilie à 3 mois

Toxo	
Rubeo	
HIV	
AgHBS	
Ac anti VHC	
TPHA / VDRL	
CMV	

CONSULTATIONS
 ECHOGRAPHIES
 SÉROLOGIES /
 BACTÉRIOLOGIE
 HOSPITALISATIONS
 CARTE DE GR RH /
 HÉMATOLOGIE
 ENREGISTREMENTS
 RCF
 DIVERS
 COLIBRIERS

Annexe 12 : Dossier informatique, maternité du Coudray, 2^{ème} page

Renseignements généraux

du 14/10/2015 réf. contexte 0 Normale

mode de saisie obstétrique - complet, mariée, nb déterm. Gr. Rh patient(e) 2, toxo -, Syph -, Ac HBs +, HVC -, autre ou précision.

Attention Saisir Actions

Saisie Courriers Contexte 0 autres 'Renseignements généraux'

Atteindre ...


- GENERALITES
- ETAT CIVIL MERE
- CONTEXTE PSYCHO-SOCIAL
- HABITUS
- PARTENAIRE
- ATCD FAMILIAUX
- GROUPE SANGUIN
- RISQUES
- ATCD PSYCHOSOCIOLOGIQUES
- ATCD MEDICAUX CHIRURGICAUX
- ATCD GYNECOLOGIQUES
- CONTEXTE
- ATCD OBSTETRICAUX
- Rubriques optionnelles

remarques/observations

Actions

GENERALITES	
date du contexte.	14/10/2015
mode de saisie.	obstétrique - complet
ETAT CIVIL MERE	
nationalité patiente .	Française
= patiente ressortissante CEE.	Oui - Française
origine géographique patiente.	Afrique du nord
situation de famille.	mariée
mode de vie familiale.	en couple
nombre d'enfants à charge.	1
CONTEXTE PSYCHO-SOCIAL	
profession exercée.	oui
profession patiente.	autre
profession patiente précision.	comptable
HABITUS	
taille de la patiente.	165 cm
poids habituel de la patiente.	95 kg
= BMI.	35
dépendances patiente ATCD.	tabac
PARTENAIRE	
nouveau procréateur.	non
ATCD FAMILIAUX	
ATCD familiaux.	oui, famille de la patiente
ATCD familial côté patiente.	diabète
ATCD fam. patiente précision.	FRERE DID A 7ANS
GROUPE SANGUIN	
R.A.I..	négative
groupe sanguin patiente.	0
Rhésus patiente.	-
nb déterm. Gr. Rh patient(e).	2
RISQUES	
immunisation Rubéole.	immunisée
immunisation VIH.	inconnue
immunisation hépatite B.	protégée (anticorps HBs+)
immunisation hépatite C.	négative
immunisation Syphilis.	négative
ATCD de transfusion.	non

Annexe 13 : Feuille de support pour la consultation diététique, Maternité du Coudray

Hôpitaux 

DOSSIER DIETETIQUE
Maternité

Etiquette patient

Nom du diététicien : _____

Date : _____

Motif de la prise en charge diététique

Données médicales

Terme : Poids des enfants : Antécédents :	Poids avant grossesse : Taille : I.M.C : Poids actuel :
---	--

Evaluation nutritionnelle d'entrée

Nombre de véritables repas ? <u>Petit Déjeuner :</u> <u>Déjeuner</u> HO = Hors d'œuvre VPO = Viande poissons œufs Féculents et/ou Pain Légumes verts Produit laitier Dessert Boissons : Grignotages :	<u>Goûter :</u> <u>Dîner</u> HO VPO Féculents et/ou Pain Légumes verts Produit laitier Dessert
---	---

Observations et objectifs de la prise en charge diététique

REGIME :

<u>Petit Déjeuner :</u> <u>Déjeuner :</u> HO VPO Féculent et/ou Pain Légumes verts Produit laitier Dessert <u>Goûter :</u>	<u>Dîner</u> HO VPO Féculent et/ou Pain Légumes verts Produit laitier Dessert <u>Collation de coucher :</u>
--	--

Annexe 14 : Feuille de conseils alimentaires donnée dans la maternité Lachapelle

SERVICE D'OBSTETRIQUE - MATERNITE



L'alimentation du diabète gestationnel

Il s'agit d'une alimentation équilibrée, bien répartie en plusieurs petits repas, sans sucreries.

Petit-déjeuner

60 g de pain

ou $\frac{1}{4}$ de baguette ou 4-5 biscottes ou 30 g de céréales non sucrées

Un peu de beurre ou margarine ou de fromage à tartiner

Pas de confiture ni de miel ni pâte à tartiner

Café ou thé ou cacao sans sucre

Pas de chocolat en poudre, pas de sucre

Vous pouvez utiliser les « sucrettes » pour édulcorer

Un laitage sans sucre

Soit 1 verre de lait ou 1 yaourt nature ou 1 fromage blanc nature ou 2 petits-suisseurs nature

ou 1 laitage édulcoré (à moins de 10g de glucides par pot)

Si vous le souhaitez, une tranche de jambon ou un œuf

Déjeuner

Une entrée de légumes

Crudités ou légumes cuits ou potage ou soupe froide

Un morceau de viande ou équivalent

Volaille, poisson, œufs...

150g cuits de féculents

Soit 6 cuillères à soupe de pâtes, riz, semoule, légumes secs

ou 3 petites pommes de terre, ou 60 g de pain

Une belle portion de légumes

Haricots verts, carottes, tomates, poireaux, épinards, champignons, courgettes, aubergines, choux, brocolis, fenouil, endives, betteraves etc.

Un laitage sans sucre

1 verre de lait ou 1 yaourt nature ou 1 fromage blanc nature ou 2 petits-suisseux nature

ou 1 laitage édulcoré (à moins de 10g de glucides par pot)

ou une petite portion de fromage (30 g)

Une portion de fruit

Soit 1 pomme ou 1 poire ou 1 orange ou 1 pêche ou 1 nectarine
ou 3 prunes ou 3 abricots ou 3 clémentines ou 1-2 figues ou 1-2 kiwis
ou $\frac{1}{2}$ banane ou $\frac{1}{2}$ mangue ou $\frac{1}{2}$ pamplemousse ou $\frac{1}{2}$ melon
ou 1 tranche de pastèque ou 3 rondelles d'ananas
ou 10-15 cerises ou 10-15 raisins
ou un gros bol de fraises/framboises/mûres/groseilles
ou 1 compote sans sucres (à moins de 20g de glucides par pot)

Dîner

Comme à midi

Une fois par semaine, vous pouvez remplacer votre fruit du dessert par un dessert sucré (1 crème dessert ou deux boules de glace ou 1 yaourt aux fruits ou 1 petite part de tarte ou 1 barre de chocolat)

Collations

Vous pouvez prendre trois collations par jour si vous avez faim :

dans la matinée, dans l'après-midi et dans la soirée.

Une au moins par jour est nécessaire pour bien répartir les aliments.

Un laitage sans sucre

1 verre de lait ou 1 yaourt nature ou 1 fromage blanc nature ou 2 petits-suisseux nature

ou 1 laitage édulcoré (à moins de 10g de glucides par pot)

+ ou -

1 tranche de pain beurrée

ou deux petits-beurre

ou 1 biscuit BN nature

Boissons

De l'eau, des tisanes non sucrées.

Pas de jus de fruits même « pur jus », pas de sodas sucrés (les sodas édulcorés sont possibles).

Matières grasses

Vous pouvez utiliser des matières grasses de cuisson et faire des sauces, avec modération.

Si vous étiez ronde avant la grossesse ou si vous faites attention à ne pas trop prendre de poids durant la grossesse, faites attention aux matières grasses d'ajout (huile, beurre, margarine, crème...), au fromage et choisissez des viandes et poissons maigres.

En cas de fringale

Vous pouvez prendre un laitage sans sucre ou des légumes (tomates cerises, bâtonnets de carottes...)


Et les hypoglycémies ?

Le diabète gestationnel ne fait pas d'hypoglycémies (taux de sucre trop bas) mais des hyperglycémies (taux de sucre trop haut). Ce sont les traitements du diabète comme l'insuline qui font parfois des hypoglycémies.

*Maximum 0.90 g/l avant les repas
Maximum 1.20 g/l 1h30 après les repas*



**Annexe 15 : Feuille de conseils alimentaires donnée dans la maternité du
Coudray**

 <p>Hôpitaux universitaires</p>	<p><i>Alimentation</i> <i>et</i> <i>diabète</i> <i>gestationnel</i></p>	<p>Date :</p> <p>Diététicienne :</p> <p>Nom :</p>
--	---	---

MANGER EQUILIBRE !!

Et fractionner vos repas



Une bonne alimentation est une alimentation variée, équilibrée et régulière, elle permettra de normaliser votre glycémie et de couvrir au mieux vos besoins et ceux de votre enfant.


 En pratique, c'est :

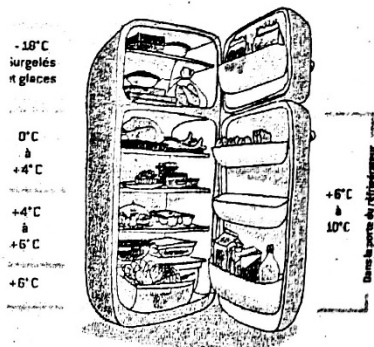
➤ 3 repas par jour


➤ Fractionner :

1 fruit en collation $\left\{ \begin{array}{l} \text{dans l'après midi} \\ \text{dans la soirée} \end{array} \right\}$ si glycémie $\leq 1,20\text{g/l}$

➤ Varier vos menus

 Continuer à avoir une activité physique régulière, bien que modérée.



 Soyez vigilante à l'hygiène, et éviter certains produits vous permettra de réduire les risques d'infections comme la listériose et la toxoplasmose.

LE SUCRE ET LES PRODUITS SUCRES

Il est important de les supprimer de votre alimentation jusqu'à la fin de la grossesse :

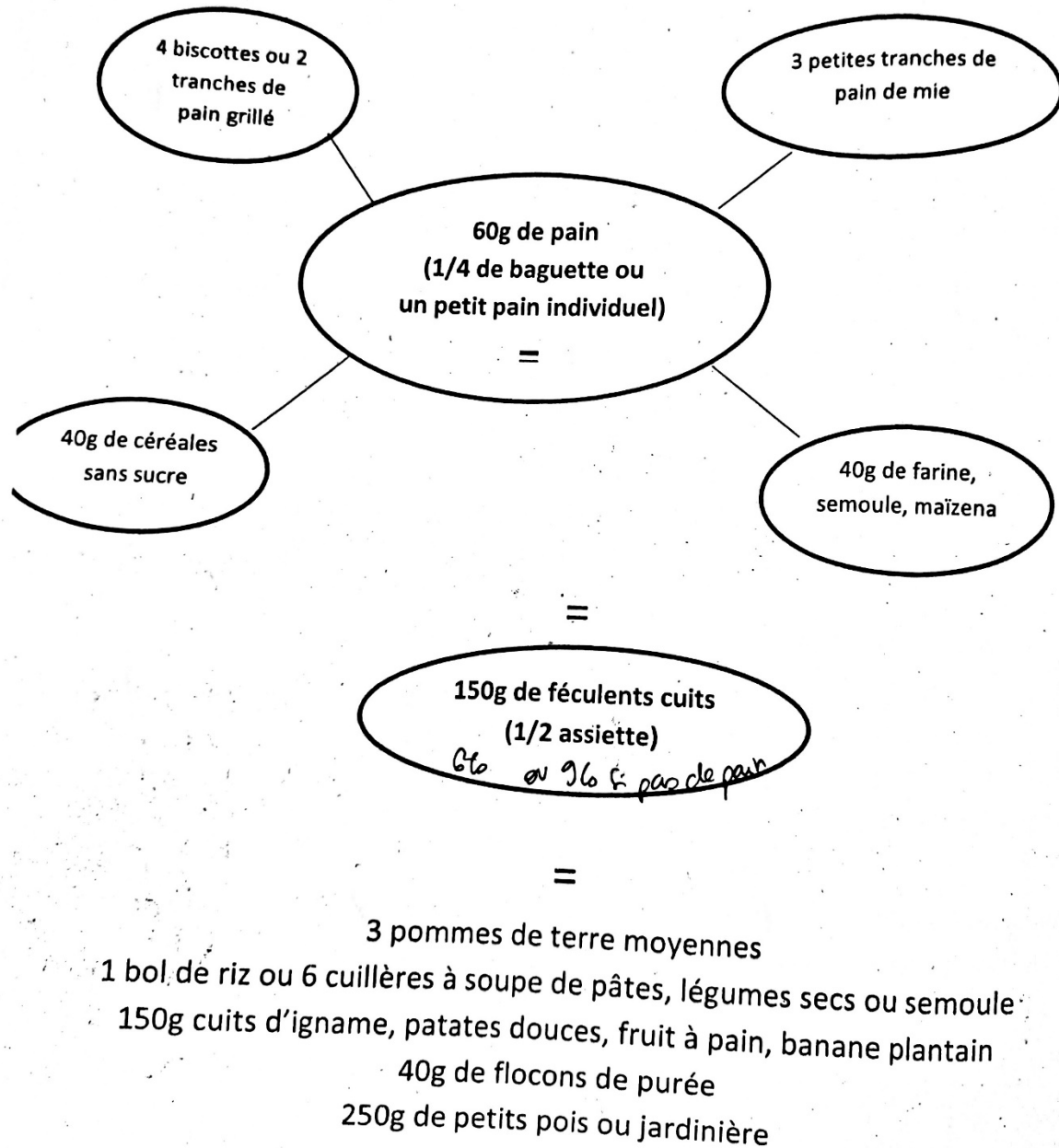
- ✦ Le sucre blanc, brun sous toutes leurs formes
- ✦ Le miel, le sirop d'érable, la confiture et la gelée (également les confitures dites allégées en sucre), la crème de marron, les pâtes à tartiner (Nutella®)
- ✦ Le chocolat sous toutes ses formes sauf le chocolat non sucré type Van Houten® ou Nestlé® ou le cankao (chocolat à base d'aspartam)
- ✦ Les produits de confiserie, tous les bonbons, les chewing-gums
- ✦ Les fruits au sirop, les pâtes de fruits, les fruits secs (dattes, figues...).
- ✦ Toutes les pâtisseries, les biscuits et les viennoiseries (brioches, croissants, pains au chocolat...), les biscuits diététiques
- ✦ Les céréales du petit déjeuner sucrées (sont autorisés les flocons d'avoine, les pétales de maïs ordinaires, les mueslis sans sucre ajouté)
- ✦ Les glaces et les crèmes glacées, les sorbets
- ✦ Tous les produits laitiers sucrés : crèmes dessert, entremets, laitages aux fruits ou aromatisés (sauf les laitages 0% aux fruits édulcorés à l'aspartam), laits aromatisés, yaourt à boire aromatisés...
- ✦ Les compotes sucrées du commerce et celles dites « allégées » en sucre (sont autorisées les compotes sans sucre ajouté)
- ✦ Les jus de fruits même « sans sucre » ajouté, les boissons fruitées, les sirops, les sodas, limonades, certaines eaux aromatisées
- ✦ Les produits dits allégés en sucre avec fructose ou sorbitol

Vous pouvez utiliser :

Les édulcorants à base d'aspartam ou de sucralose en remplacement du sucre (Canderel, Carte Blanche, Splenda...).

LE PAIN ET LES FECULENTS

Il est nécessaire que le pain et/ou les féculents soient présents à chaque repas, avec des quantités adaptées. Pour cela voici quelques équivalences :



LES FRUITS

Ils doivent être pris avec précaution car ils vous apportent environ 20 g de sucres.
Prenez-les en collation à distance des repas et limitez vous à **2 fruits par jour**.

1 fruit =

250g de fraises, framboises

15 cerises ou 1 petite grappe de raisin

1 pêche ou 1 nectarine ou 3 à 4 prunes ou abricots

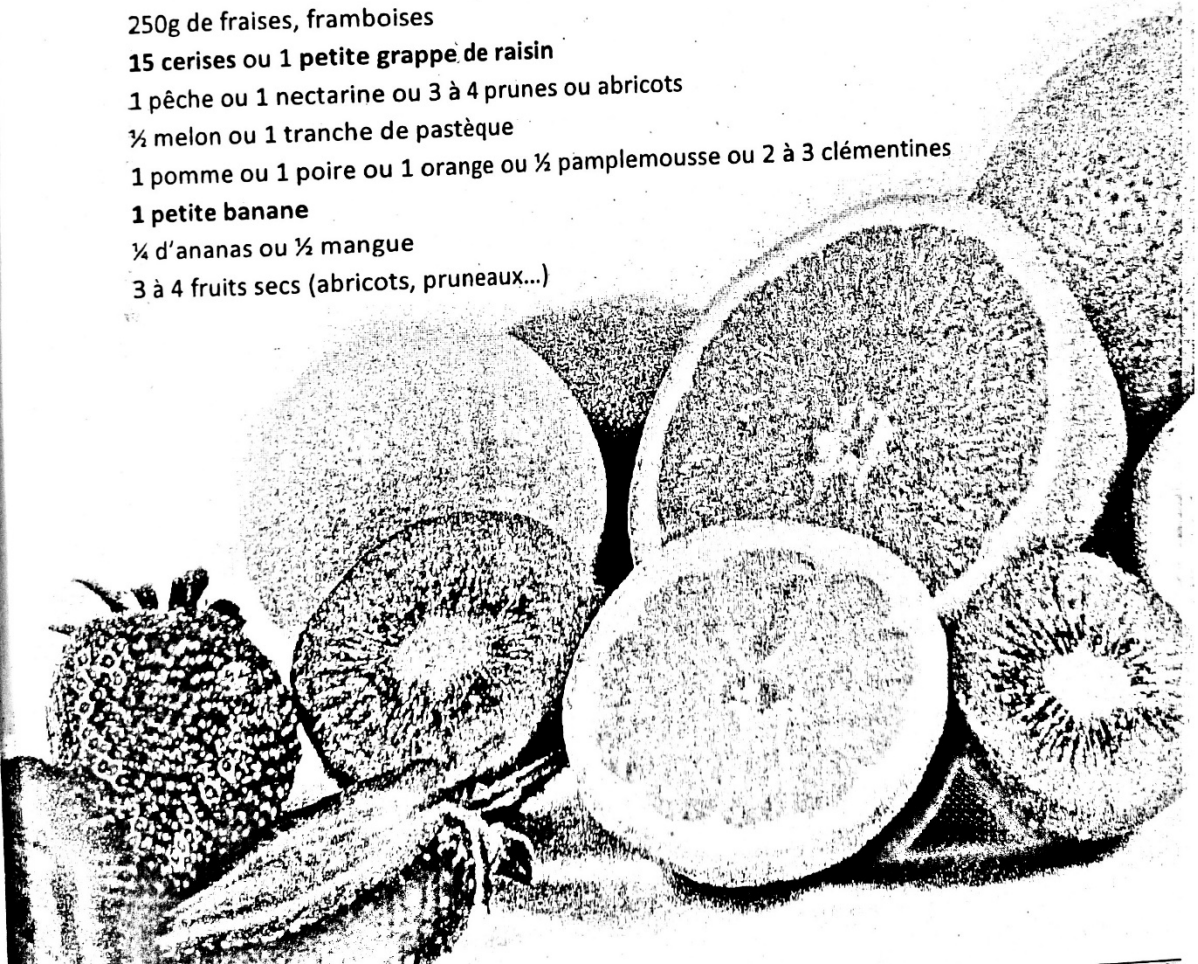
½ melon ou 1 tranche de pastèque

1 pomme ou 1 poire ou 1 orange ou ½ pamplemousse ou 2 à 3 clémentines

1 petite banane

¼ d'ananas ou ½ mangue

3 à 4 fruits secs (abricots, pruneaux...)

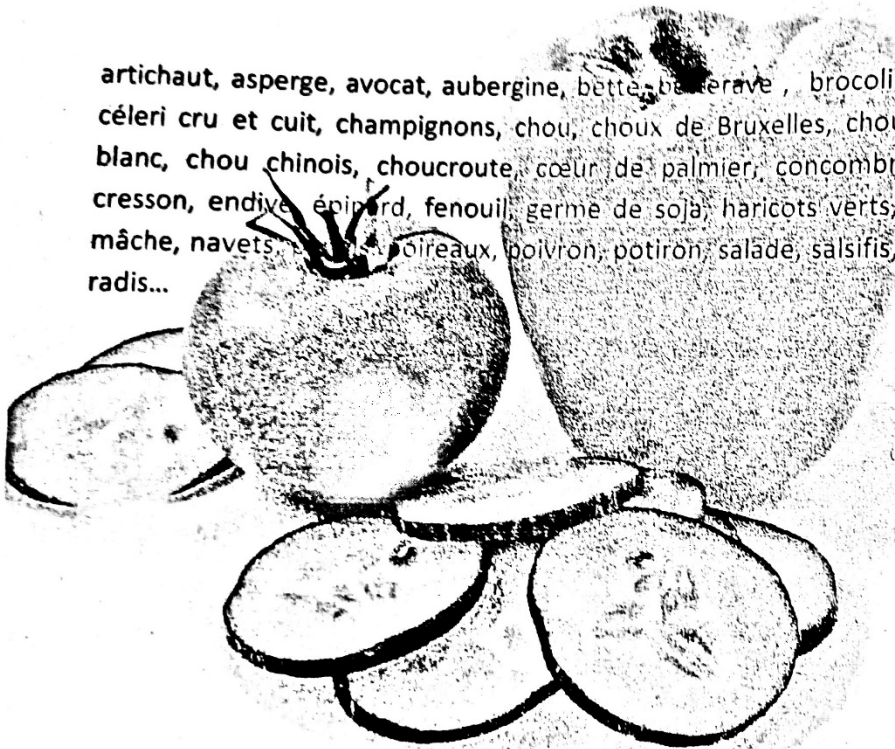


LES LEGUMES VERTS

Ils sont à consommer aux repas principaux, sous forme de crudités, plat principal ou potage.

Ils sont intéressants du point de vue nutritionnel pour leur richesse en fibres, vitamines (folates) et minéraux.

artichaut, asperge, avocat, aubergine, blette, betterave, brocoli, carotte crue et cuite, céleri cru et cuit, champignons, chou, choux de Bruxelles, chou-fleur, chou rouge et blanc, chou chinois, choucroute, cœur de palmier, concombre, courge, courgette, cresson, endive, épinard, fenouil, germe de soja, haricots verts, haricots mange-tout, mâche, navets, oignons, poireaux, poivron, potiron, salade, salsifis, salade verte, tomate, radis...



Consommez quotidiennement des sources variées de fibres, elles jouent un rôle essentiel dans la prévention contre la constipation.

Les boissons

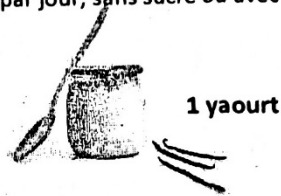
Prenez l'habitude de boire de l'eau c'est la seule boisson indispensable. Au moins 1.5L par jour.
Pour varier vous pouvez consommer :

- Eau aromatisée aux extraits naturels
- Café, thé, infusions édulcorés
- Boissons « light » édulcorées type Coca-light, Coca-Zéro, Schweppes light,
- Orangina light, Pepsi Max, Sprite Zéro, Ice-Tea pêche light, Fanta-Zéro...
(1 canette / jour)

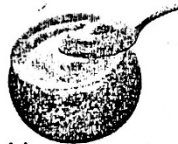
Sachez que certaines eaux sont riches en calcium (Hépar, Contrex, Saint Antonin...).

Les produits laitiers

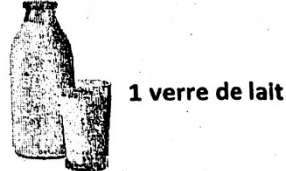
Apport principal de calcium, il est conseillé d'en consommer 4 à 6 par jour, sans sucre ou avec édulcorants.



1 PRODUIT LAITIER



=



Les viandes - poissons - oeufs

Il est conseillé d'en consommer une part (100g à 120g) au déjeuner et au dîner.
Penser à varier les viandes sans oublier le poisson 2 à 3 fois par semaine.

Les matières grasses

Limiter la consommation des aliments gras comme le fromage, la charcuterie, les fritures...

Contrôler les quantités des matières grasses d'assaisonnement en privilégiant celles d'origine végétale (huile d'olive, colza, tournesol...) et le beurre cru.

REPARTITION

Petit déjeuner

Café ou thé sans sucre
Lait et/ou 1 produit laitier sans sucre
Pain :
Matières grasses

Déjeuner

Crudités assaisonnées
Viande ou équivalent
Légumes verts à volonté
150g de féculents cuits et/ou 60g de pain
1 produit laitier sans sucre

Gôûter

1 produit laitier sans sucre
1 fruit (du repas) si glycémie \leq à 1.20g/l

Diner

Crudités assaisonnées
Viande ou équivalent
Légumes verts à volonté
150g de féculents cuits et/ou 60g de pain
1 produit laitier sans sucre

Collation avant le coucher

1 produit laitier sans sucre
1 fruit (du repas) si glycémie \leq à 1.20g/l

Annexe 16 : Exemple de consultation de suivi de grossesse avec une femme enceinte parlant peu le français et non-alphabétisée

Mme Kone, femme noire de 41 ans, enceinte de son deuxième enfant vient pour sa première consultation de suivi de grossesse. Justine Sojka, la sage-femme blanche de 26 ans qui la reçoit, lui explique qu'elle va lui poser beaucoup de questions et elle commence par lui demander sa date de naissance. Mme Kone reste silencieuse.

Justine Sojka : « Vous ne connaissez pas votre date de naissance ? »

Mme Kone lui tend un papier en disant : « Tiens, je ne sais pas écrire, je ne suis pas allée à l'école » [elle dit cela avec un claquement de langue et un sourire].

La sage-femme pose ensuite toutes les questions de « l'interrogatoire », elle parle lentement et essaie de se faire comprendre en expliquant précisément chaque question. Par exemple elle lui demande si elle a déjà vu un psychologue au cours de sa vie et voyant qu'elle ne comprend pas elle explique : « Le médecin avec qui on parle beaucoup ». Mme Kone répond : « C'est seulement ici » [on peut comprendre qu'elle n'a jamais vu de médecin en dehors d'ici, c'est-à-dire en dehors de la maternité mais ce n'est pas évident], la sage-femme ne pousse pas plus loin. En revanche, elle ne lui pose pas les questions sur une éventuelle consommation de tabac ou d'alcool. Ensuite, elle lui demande si elle a des allergies à des médicaments et si elle a déjà effectué un frottis, ce que la patiente parvient à comprendre après plusieurs reformulations de la sage-femme

La sage-femme semble s'impatienter, elle agite sa jambe sous le bureau et soupire doucement.

Lorsqu'elle aborde les précédentes grossesses Mme Kone ne sait pas lui donner l'année de naissance de son fils aîné. Justine Sojka : « 22 ans ? » / « Je ne sais pas, c'est un garçon il va à l'école » / « Quelle école ? Maternelle, primaire, collège ? c'est quoi le nom de son école ? » [sur un ton patient] / avec un grand sourire : « Je ne sais pas, moi-même je ne suis pas allée à l'école, je ne connais pas ». La sage-femme demande si elle a la carte d'identité de son fils avec elle mais Mme Kone lui répond que non.

Ensuite, Justine Sojka examine les résultats de prise de sang que Mme Kone a rapporté et dit : « Je peux tout regarder ? » / « Oui »

Elle lui demande en même temps si elle a envoyé sa déclaration de grossesse [à la Caisse d'allocation familiale et à la sécurité sociale]. Mme Kone lui explique : « ils ont donné le papier mais c'est pas encore fait » / « D'accord. Ça c'est important, c'est pour avoir les aides [financières] ».

Ensuite, elle regarde les bilans sanguins pendant plusieurs minutes, le silence règne puis elle dit : « Vous m'avez tout donné là c'est bon ? Parce que, il manque des choses. Je vais regarder sur l'ordinateur », elle ajoute « Tout ce que j'ai vu, c'est bien » [les résultats sont normaux].

Puis elle effectue l'examen clinique. D'abord elle dit à Mme Kone de monter sur la balance. Son poids est de 108 kilos, la sage-femme lui dit : « il ne faut pas trop manger pendant la grossesse, pas trop de sucre ». Elle lui explique qu'elle sera pesée tous les mois.

Puis, elle écoute le cœur du bébé et prend la tension artérielle : « la tension c'est un peu élevé, je la reprendrai dans cinq minutes ».

Mme Kone a signalé quelques contractions lors de l'interrogatoire. Justine Sojka palpe son ventre et lui dit « Là le ventre il est souple, je vais vous donner du Spasfon et du Magnésium » elle lui préconise également de se reposer. « Vous faites quoi à la maison, vous vous reposez ? » / « Oui » / « Se reposer mais pas manger trop de sucre hein Mme Kone ? ». Elle lui reprend sa tension artérielle qui est normale.

Elle lui rappelle la date de son rendez-vous d'échographie et lui donne son ordonnance pour les médicaments et les prochains bilans sanguins.

Ensuite, elle lui redonne un rendez-vous pour le mois suivant, en consultation avec elle, elle propose une date et une heure. Mme Kone lui répond : « Si tu me dis de venir, je viens ».

Ensuite, la sage-femme lui demande : « Est-ce que vous avez déjà rencontré une assistante sociale ici ou ailleurs ? » / « Non » / « Parce que, est-ce que vous aurez besoin d'aide pour le logement ? Mme X va vous garder avec le bébé ? » [Personne qui l'héberge actuellement]. « Je vais vous emmener au bureau de l'assistante sociale et vous donner son numéro. Parce que ce serait bien qu'on vous aide à avoir un logement pour vous, votre mari et vos enfants ».

Elle lui dit aussi de venir la prochaine fois avec la carte d'identité de son fils et de venir avec son mari ou son fils pour la traduction: « s'ils parlent un peu mieux français, pour traduire un petit peu plus facilement ».

Elle lui dit également de ne pas acheter le magnésium si c'est trop cher car ce n'est pas remboursé par la sécurité sociale : « Si c'est trop cher vous n'êtes pas obligée de le prendre, vous voyez le prix ».

Elle emmène enfin Mme Kone jusqu'au bureau des assistantes sociales de la maternité qui se trouve à quelques pas.

Durée de la consultation : 41 minutes (au lieu des trente minutes prévues pour une 1^{ère} consultation)

