

Accompagner la naissance

Terrains socio-anthropologiques
en Suisse romande

Sous la direction de Claudine Burton-Jeangros,
Raphaël Hammer et Irene Maffi



Accompagner la naissance

La collection *a contrano* **CAMPUS**
est dirigée par Daniel Meier

Mise en page

Charlotte Tschumy, Genève
charlottetschumy@gmail.com

Correction

Giuseppe Merrone, Lausanne
giuseppe.merrone@bsnpress.com

Illustration de couverture

« Sexual and Reproductive Rights »

© YMCA Canada

Cet ouvrage a bénéficié du soutien de l'Académie suisse des sciences médicales, du Comité de sociologie de la santé de la Société suisse de sociologie, de la Haute École de Santé Vaud, de la Société académique de Genève et de la Société académique vaudoise.

Accompagner la naissance

Terrains socio-anthropologiques en Suisse romande

Sous la direction de Claudine Burton-Jeangros,
Raphaël Hammer et Irene Maffi

a contraino **CAMPUS**

b-n
PRESS

Pratiques professionnelles et contextes institutionnels autour de la naissance

CLAUDINE BURTON-JEANGROS, RAPHAËL HAMMER ET IRENE MAFFI¹

En 2010, un article de quotidien romand titrait « Un médecin le dit : la maison de naissance fait mieux que l'hôpital »². En 2013, le médecin-chef du service d'obstétrique des Hôpitaux universitaires de Genève, cité dans le même quotidien, nuancait : « Si la maman est bien informée des risques, pourquoi pas. Mais il faut savoir que ce n'est pas un choix bénin. »³ Le débat autour du lieu de l'accouchement n'est de loin pas clos puisque la Fédération suisse des sages-femmes réunie en mai 2013 à Thoune a déposé une pétition demandant que des méthodes obstétricales dirigées par les sages-femmes soient introduites dans les hôpitaux suisses⁴.

Par ailleurs, les médias rendent également compte du débat autour des recours fréquents à la césarienne. Pour la Fédération suisse des sages-femmes, un grand nombre d'interventions ne sont médicalement pas justifiées. Un rapport récent de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP, 2013) constate en effet que le taux de césariennes pratiqué en Suisse – 32,6 % en 2010 – est bien au-delà du seuil de 10 à 15 % préconisé par l'Organisation mondiale de la santé et plus élevé que les taux observés dans d'autres pays européens. Ce rapport répond au postulat déposé en décembre 2008 par Liliane Maury Pasquier,

¹ Les éditeurs de l'ouvrage ont fourni une contribution équivalente et sont donc indiqués par ordre alphabétique.

² *Le Courrier*, 30.09.2010.

³ *Le Courrier*, 04.05.2013, « Accoucher comme à la maison ».

⁴ Fédération suisse des sages-femmes : http://www.hebamme.ch/x_data/allgdnlld/Positionspapier%20HgM_ZV_5_9_2013_f1.pdf, article paru dans 24 Heures, 03.10.2013.

une sage-femme élue au gouvernement national⁵, chargeant le Conseil fédéral

« d'étudier les causes et les effets du taux élevé de césariennes pratiquées en Suisse et de trouver des moyens d'en contrer les effets négatifs pour la mère, pour l'enfant et pour le système de santé ».

Dans le rapport de l'OFSP, le Conseil fédéral adopte une position nuancée en demandant « aux associations professionnelles de la branche de réexaminer le bien-fondé des indications relatives aux césariennes programmées » (OFSP 2013 : 7).

Un autre questionnement d'actualité relatif aux pratiques professionnelles dans ce domaine a trait aux progrès réalisés dans la surveillance de la grossesse. Ainsi les médias ont rapporté la mise au point de techniques non invasives de dépistage prénatal permettant d'identifier les anomalies du fœtus à partir d'un échantillon sanguin de la mère⁶. Ce test évite les complications liées au dépistage actuel, en particulier les risques de fausse couche associés à l'amniocentèse, mais il n'est aujourd'hui pas remboursé par les assurances maladie. Si les bénéfices de ces innovations sont soulignés, « les parents de trisomiques redoutent l'eugénisme »⁷, car celles-ci contribuent à renforcer la pression sociale à l'avortement en cas de diagnostic de trisomie 21.

La sécurité de la grossesse et de la naissance se trouve au cœur des différents débats et pratiques évoqués ci-dessus⁸. La logique aujourd'hui prégnante des risques conduit à privilégier le recours à de nombreuses investigations techniques qui visent à limiter les aléas et les accidents. Or, ces interventions sont en elles-mêmes porteuses de conséquences néfastes, que ce soit en termes de nouveaux risques induits par les techniques, d'anxiété exacerbée chez les futurs parents, de coûts croissants ou encore de craintes liées à la sélection sociale rendue possible par les moyens techniques.

Ces interrogations dépassent le cadre des interactions entre professionnels et futurs parents. Les différents enjeux débattus autour de l'accompagnement de la grossesse et de la naissance sont révélateurs des tensions

⁵ Conseillère aux États pour le canton de Genève, membre du parti socialiste.

⁶ *Tribune de Genève*, 03.08.2012.

⁷ Titre d'un article publié dans la *Tribune de Genève*, 03.08.2012.

⁸ Nous utilisons ici la notion de sécurité telle qu'elle est usuellement évoquée par les professionnels autour de l'évitement de différents risques, tels que les malformations du fœtus ou les complications liées à l'accouchement, autour desquels différentes mesures médicales peuvent être mobilisées.

plus larges qui existent aujourd'hui entre médecine et société. Quelle place sommes-nous d'accord d'attribuer à la médecine ? Quel degré de surveillance et d'interventions techniques jugeons-nous acceptable ? Comment réguler les activités qui se développent, en particulier autour de la frontière ténue entre interventions bénéfiques et pratiques iatrogènes ? Quels acteurs définissent ou influencent les pratiques professionnelles ? Comment réconcilier les attentes des membres du public et les logiques institutionnelles ?

Les questions débattues soulignent que la définition des « bonnes pratiques » autour de la grossesse et de la naissance ne fait actuellement pas l'unanimité. Les professionnels impliqués prennent des décisions au quotidien, tiraillés entre des injonctions potentiellement contradictoires, telles que la standardisation des pratiques, la gestion des risques, l'autonomie des usagers et les attentes variables de ceux-ci quant aux interventions techniques. Cet ouvrage analyse ces pratiques professionnelles en Suisse romande, autour de terrains spécifiques, mettant ainsi au jour la diversité des positionnements, mais également les tensions existant entre différents groupes professionnels et environnements institutionnels. Les études rassemblées ici montrent que la réalité est plus complexe qu'un antagonisme ancien entre gynécologues-obstétriciens et sages-femmes. Nous observons en effet des positionnements nuancés, au sein même des catégories de métiers, influencés par les savoirs établis et les normes institutionnelles, mais aussi par les contextes de pratique, les expériences et les ressentis propres aux différents acteurs intervenant dans ce domaine.

Ce premier chapitre introduit des éléments permettant de contextualiser les questionnements développés dans les chapitres ultérieurs, autour de divers aspects de la prise en charge professionnelle de la grossesse et de la naissance. Postulant une continuité entre les tensions se nouant autour de ces deux moments, nous retraçons d'abord les transformations historiques ayant abouti à leur médicalisation pour discuter les difficultés à concilier différentes aspirations, en particulier un souci de sécurité et un souhait de démedicalisation⁹. Nous présentons ensuite les enjeux liés aux changements des contextes professionnels des métiers impliqués dans l'accompagnement de la grossesse et de la naissance, avant de porter un regard plus circonstancié sur l'expérience et l'identité de ces professionnels, ainsi que sur la diversité des savoirs qu'ils mobilisent. Ce chapitre se termine par la présentation de la structure de l'ouvrage et des contributions rassemblées, qui appréhendent ces questionnements à travers diverses études empiriques.

⁹ Au sens d'une moindre intervention médicale et technique autour de la grossesse et de l'accouchement.

La médicalisation de la grossesse et de la naissance

Si la grossesse et la naissance sont aujourd'hui encadrées par un large ensemble de savoirs scientifiques et de pratiques professionnels, elles ont durant des siècles été vécues comme des événements sociaux, pris en charge au sein de la communauté autour de la figure de la matrone (Gélis 1984 et 1988 ; Donnison 1977 ; Wertz et Wertz 1977 ; Shorter 1984). Les sages-femmes ont longtemps occupé une place dominante dans ce domaine, grâce à leurs savoirs et leur expérience supérieurs à ceux des médecins. Cette place a toutefois été contestée dès le XVI^e siècle. D'abord placées au cœur de la chasse aux sorcières de l'Inquisition (Ehrenreich et English 2005), les sages-femmes ont été de plus en plus surveillées, notamment à travers l'organisation de leur formation (De Vries 1996 ; Knibiehler 2000 ; Rooks 1999 ; Shorter 1984). À Genève, dès 1658 les sages-femmes ne pouvaient pratiquer qu'après avoir passé un examen devant « les deux plus anciens médecins et les deux plus anciens chirurgiens » (Rieder 2007 : 20).

Avec l'établissement, à partir du XIX^e siècle, de la gynécologie-obstétrique en tant que spécialité médicale, les pratiques d'accompagnement de l'accouchement ont connu d'importantes transformations. Les naissances à l'hôpital ont d'abord été le fait des mères célibataires et pauvres, dans un environnement dangereux avant l'adoption des principes de l'asepsie (Shorter 1984 ; Marland et Rafferty 1997). Ceci est également documenté à Genève au XIX^e siècle (Rieder 2007 : 22). Toutefois avec la maîtrise progressive des infections puerpérales et les réponses médicales aux situations d'urgence, face auxquelles les sages-femmes restaient démunies, les médecins ont progressivement gagné du terrain. Mettant fin à leur attachement à la sage-femme, les femmes des classes moyennes ont commencé à lui préférer le médecin à partir de 1850 (Shorter 1984). Avec les progrès techniques autour de la césarienne et de l'anesthésie, les naissances se sont déplacées du domicile vers le milieu hospitalier au cours de la première moitié du XX^e siècle. L'importante baisse de la mortalité maternelle a ainsi alimenté la demande sociale de pouvoir « accoucher en toute sécurité » (Shorter 1984 : 152-3).

Les soins prénatals se sont développés dans la continuité des transformations des savoirs et pratiques autour de l'accouchement. Le suivi médical de la grossesse, quasiment inexistant en 1900, s'est progressivement généralisé et concernait, à la fin du XX^e siècle 9 femmes sur 10 (Oakley 1984 ; Barker 1998)¹⁰. À travers ce suivi, le fœtus est devenu un patient (Arney

¹⁰ Sur l'histoire des sages-femmes en Suisse, voir l'article sur le site du Dictionnaire historique de la Suisse (<http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/f/F16397.php>) ainsi que Favre (1981), Vouilloz

1982 ; Casper 1998 ; Knibiehler 2007), les techniques de diagnostic prénatal, l'échographie et l'amniocentèse apportant des connaissances de plus en plus détaillées sur son développement, et sur les éventuels écarts aux normes établies. Au-delà du suivi médical, les femmes enceintes ont également été de plus en plus rendues attentives aux risques associés à leur vie quotidienne au cours de la grossesse, notamment à travers les recommandations relatives à leur consommation de tabac et d'alcool, mais aussi par les mises en garde contre la prise de médicaments, contre les aliments potentiellement vecteurs de maladies dommageables pour le fœtus, comme la toxoplasmose. Ces évolutions récentes sont au cœur de la médecine de surveillance, conceptualisée par Armstrong (1995), qui considère la grossesse et l'accouchement comme des événements à risques justifiant un encadrement médical étroit (Bessett 2010; Davis-Floyd 1992 ; Lupton 1999), mais aussi une attention soutenue de la part des futurs parents.

Au cours de ces dernières décennies cependant, l'hégémonie du modèle médical ou technocratique de la grossesse et de la naissance a été contestée (Jordan 1978 ; Rothman Katz 1982 ; Oakley 1980 et 1984 ; Martin 1987 ; Davis-Floyd 1992). Avec le recul de l'accouchement à domicile au profit de l'hôpital, les sages-femmes se sont trouvées reléguées au second plan, au moment même où la profession médicale connaissait son âge d'or dans les années 1950 (Thébaud 1986 ; Marland et Rafferty 1997). Les critiques adressées à la profession médicale (Freidson 1984 ; Conrad et Schneider 1992), associées aux revendications du mouvement féministe (Arms 1975 ; Ehrenreich et English 2005 ; Rothman Katz 1982 ; 1989 ; Scully 1980), ont toutefois contribué à une certaine réhabilitation du rôle des sages-femmes dans l'accompagnement de la grossesse et de la naissance à partir des années 1960. Revendiquant un retour à la nature et un pouvoir sur son propre corps¹¹, des femmes ont ainsi volontairement pris de la distance avec l'institution médicale et ont demandé de pouvoir accoucher à la maison (Knibiehler 2007 : 52).

Globalement, le processus reproductif est aujourd'hui hautement médicalisé pour les couples qui conçoivent leurs enfants de manière naturelle, a fortiori pour ceux qui ont recours aux techniques de procréation médicalement assistée. Une surveillance élevée comprenant des batteries de tests, des visites régulières et fréquentes chez les professionnels de santé et un

Burnier (1995) et Tanner (2001).

¹¹ La démarche du « Boston Women's health book collective » ayant abouti à la publication de l'ouvrage *Our bodies, Ourselves* en 1984 est emblématique de cette volonté.

processus éducatif spécifique caractérisent l'expérience de la très large majorité des couples suisses (voir encadré). Les débats évoqués ci-dessus suggèrent néanmoins qu'il existe au sein du public des attentes diverses et contradictoires autour de l'accompagnement de la grossesse et de la naissance.

Le contexte suisse romand

En Suisse, on peut qualifier le suivi des grossesses et des accouchements comme étant fortement médicalisé. L'assurance maladie prend en charge sept visites de suivi – par un médecin ou une sage-femme – de la grossesse, deux échographies, participe aux frais de cours de préparation à la naissance, rembourse les frais liés à l'accouchement (qu'il ait lieu à l'hôpital, à domicile ou en maison de naissance), ainsi que les visites de contrôle post-partum et trois consultations d'allaitement. Sur l'ensemble des grossesses en Suisse, environ une sur dix serait suivie par une sage-femme¹², les autres sont suivies par des médecins installés en cabinet privé ou en consultation ambulatoire à l'hôpital. La très grande majorité des accouchements se déroule dans le cadre d'un séjour stationnaire à l'hôpital, avec seulement 1,2 % d'entre eux qui sont réalisés de manière ambulatoire, à domicile ou en maison de naissance (OFSP 2013).

Différents programmes et/ou structures offrant un encadrement moins médicalisé ont été mis en place ces dernières années. On peut mentionner le programme de suivi personnalisé établi au sein des Hôpitaux universitaires de Genève en 2011¹³, permettant aux femmes enceintes d'être accompagnées par la même sage-femme tout au long de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que le projet en cours de réalisation d'une unité gérée par les sages-femmes sur le modèle britannique de la Midwife-led Unit au sein de l'Hôpital universitaire du canton de Vaud. Il existe une vingtaine de maisons de naissance en Suisse, dont la moitié se trouve en Suisse romande. Une maison de naissance est « une institution de santé primaire, faisant partie du système de santé public, dans laquelle l'indépendance et l'autodétermination des femmes sont garanties »¹⁴. Elles sont réunies en une association au niveau fédéral, qui collabore étroitement avec la Fédération suisse des sages-femmes.

¹² Statistiques 2011 Fédération suisse des sages-femmes.

¹³ Pulsations novembre-décembre 2012, <http://www.hug-ge.ch/novembre-decembre>.

¹⁴ Association suisse des maisons de naissance, <http://www.maison-de-naissance.ch/main/accueil.php>.

Les femmes enceintes face à la médicalisation

Les premières critiques sociologiques de la médicalisation ont dénoncé l'emprise médicale croissante sur un ensemble de situations *a priori* non strictement médicales (Conrad et Schneider 1992 ; Illich 1975 ; Zola 1972). Elles ont également suggéré une passivité des patients face au pouvoir médical, une perte de confiance dans leur corps par les femmes et leur soumission aux pratiques médicales (De Koninck 1990 ; Morgan 1998 ; Oakley 1984). Cependant, nuancant cette vision, d'autres chercheurs ont relevé le rôle actif des femmes dans le processus de médicalisation (Lock et Kaufert 1998). On peut ainsi mentionner la demande des femmes, au début du XX^e siècle, de pouvoir réduire les douleurs associées à l'accouchement (Akrich et Pasveer 1996 ; Riessman 1992 ; Vuille 1998). Des travaux plus récents ont décrit les demandes consuméristes de certaines femmes enceintes, consistant à évaluer et comparer différentes procédures d'encadrement de la grossesse et de la naissance avant de choisir celle qui leur convient le mieux (Lupton 1999 ; Taylor *et al.* 2004 ; Markens *et al.* 2010).

Nos propres travaux en Suisse romande ont montré l'ambivalence des femmes enceintes face au suivi médical durant la grossesse. Nous avons ainsi décrit différentes expériences du suivi de la grossesse, oscillant entre la complaisance envers le modèle médical, une demande de sécurité conduisant à multiplier les démarches préventives, voire diagnostiques, ou encore un souhait de mettre de la distance avec la logique médicale (Hammer et Burton-Jeangros 2013). On peut penser que les attentes exprimées par les futurs parents contribuent à nourrir, voire à exacerber certaines tensions entre les différents groupes professionnels s'occupant de la grossesse et de la naissance.

Les travaux portant sur les attentes des futurs parents montrent que, aujourd'hui, la recherche de sécurité nourrit l'ambivalence envers la médicalisation (Markens *et al.* 2010 ; Hammer et Burton-Jeangros 2013 ; Jacques 2007). Il est en effet difficile pour les couples de complètement s'émanciper de la surveillance des risques, qui se trouve au cœur des interactions avec les professionnels (Carricaburu 2005 et 2007). Alors que les procédures de surveillance de la grossesse et de l'accouchement mises en place permettent sans conteste de réduire certains développements indésirables (malformations, complications à la naissance), elles sont aussi porteuses d'effets iatrogènes (Wagner 2006 ; Block 2007). La volonté, observable chez les professionnels et les futurs parents, d'éliminer les dangers à tout prix conduit à un interventionnisme accru, qui se reflète notamment dans la croissance des césariennes, des épisiotomies et des provocations d'accouchement. Tant les futurs parents

que les professionnels peuvent se trouver pris dans une attente démesurée de sécurité, nourrie par l'anxiété de ne pas anticiper adéquatement. En même temps, certains expriment le souhait de prendre de la distance par rapport à cette surveillance et de vivre la grossesse et l'accouchement comme des événements *a priori* non problématiques.

Porteurs de normes sociales dominantes, les professionnels de la santé en charge de la procréation constituent des figures clés dans les modes de prise en charge actuels : leurs savoirs, leurs pratiques, leurs attitudes et leurs imaginaires reflètent et en même temps contribuent fortement à modeler les représentations sociales et les sentiments collectifs qui entourent la naissance. Les formes de surveillance prénatale, les comportements des femmes enceintes, les peurs et les désirs des couples qui attendent un enfant, les attitudes envers les nouveau-nés et les rôles attribués aux parents tout au long de leur trajectoire reproductive ne peuvent pas être dissociés des pratiques et des savoirs des professionnels de la santé impliqués dans l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement.

Les contextes professionnels en mutation

Dans la continuité des tensions historiques entre sages-femmes et médecins, les enjeux actuels des suivis de la grossesse et de la naissance renvoient à la place respective des différents métiers formés dans ce domaine. Aujourd'hui les pratiques et savoirs professionnels de la grossesse et de l'accouchement s'inscrivent sur fond de changements institutionnels qui révèlent les lignes de tensions et les déplacements dans la manière dont la société définit et organise l'accompagnement de la naissance. Ces contextes professionnels constituent ainsi l'un des axes majeurs de l'analyse des formes contemporaines de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. Les contributions de cet ouvrage sont consacrées principalement aux gynécologues-obstétriciens et aux sages-femmes qui représentent les deux groupes professionnels les plus investis dans la naissance au sens large (la conception, la grossesse et l'accouchement). Une pleine compréhension des relations de coopération et des tensions entre ces deux corps professionnels ainsi que de leurs activités et statuts supposerait la prise en compte de l'évolution des connaissances et des technologies médicales, des politiques de santé publique, des transformations de la société et des enjeux institutionnels, car tous ces éléments contribuent à façonner les pratiques reproductives et les imaginaires qui les accompagnent. Cette section met toutefois principalement l'accent sur les mutations des contextes professionnels.

Si la profession médicale a été au cœur des analyses sociologiques dès les années 1960, c'est en raison de son caractère prototypique du phénomène professionnel (Freidson 1984), mais aussi et surtout de sa domination sociale qui a fait l'objet de critiques majeures. Les courants féministes ont ainsi dénoncé l'emprise du modèle médical ou technocratique de la naissance ainsi que la domination des médecins sur les autres professionnels de la santé, sages-femmes incluses (Arney 1982 ; Davis-Floyd 1992 ; Murphy-Lawless 1998). Cette contestation du pouvoir de la médecine sur la prise en charge de la maternité et du corps des femmes est étroitement liée à une mise en cause de la forte autonomie de la profession médicale (Boston Women's Health Book Collective 2011). Or, à partir des années 1970, nombre d'observateurs ont pointé du doigt un déclin significatif de l'autonomie de la profession médicale (Light et Levine 1988). Ce fut en particulier le cas des thèses de la prolétarianisation (McKinlay et Arches 1985) et de la déprofessionnalisation (Haug 1988 ; Haug et Lavin 1983) qui ont mis en avant la perte d'indépendance et de contrôle des médecins sur le contenu de leur travail ainsi que l'érosion de leur autorité auprès du public. Si ces thèses ont pointé à juste titre des transformations marquantes des conditions de travail de la profession médicale et des attitudes des patients, elles tendent à exagérer leur ampleur et leur impact sur le statut de la profession médicale (Bradby 2012 ; Calnan et Gabe 1991).

Alors que le degré d'autonomie des professionnels s'avère difficile à définir et à mesurer, notamment en raison de la polysémie du concept même (Harrison et Ahmad 2000), il est possible d'identifier certains des processus qui depuis plusieurs décennies contribuent à réduire l'autonomie clinique des professionnels de santé, ou au moins à la redéfinir¹⁵.

Il convient ainsi de mentionner le développement de l'*Evidence-Based Medicine* et de l'*Evidence-Based Practice* dont la volonté d'optimiser les fondements scientifiques des soins a donné lieu à l'émergence de recommandations de bonnes pratiques et de protocoles thérapeutiques. Selon l'expression de Harrison et Ahmad (2000), ce mouvement de rationalisation des activités professionnelles reflète l'avènement d'une « médecine scientifique bureaucratique » qui s'accompagne d'une forme de routinisation du travail médical, en particulier dans les structures de *managed care* (Hafferty et Light 1995). Le rôle accru des gestionnaires – acteurs non issus de la

¹⁵ L'autonomie clinique désigne la possibilité pour les professionnels, dans le cadre de leurs activités au quotidien, de définir leurs propres pratiques cliniques et d'évaluer leurs propres performances, sans avoir à en rendre compte à autrui (Elston 1991).

profession médicale – dans l'évaluation de la qualité des soins, notamment en milieu hospitalier, constitue aussi une dimension importante de la régulation hétéronome du travail médical. Le concept de *clinical governance* (Harrison et Ahmad 2000) reflète cette évolution. Le poids des critères économiques dans la définition des bonnes pratiques aboutissant à des standards de performance imposés aux soignants constitue une autre tendance lourde. L'économicité devient ainsi un paramètre – à tort ou à raison – dont les professionnels doivent tenir compte dans leurs jugements sur les choix thérapeutiques. Le bien des patients n'est alors plus un absolu – pour autant qu'il l'ait été un jour –, mais un objectif qui doit composer avec des considérations compatibles. Enfin, l'influence accrue du monde judiciaire représente une autre facette de l'évolution du travail des professionnels (Barbot et Fillion 2006 ; Fillion 2012). Si l'extension et le renforcement des règles de droit encadrant le travail médical (y compris les droits des malades et les devoirs des professionnels) ne sont guère contestés, cette juridicisation ne s'accompagne pas nécessairement d'une judiciarisation des soins, à savoir le recours accru des patients à la voie judiciaire pour régler les conflits survenant avec des professionnels de la santé (Manai *et al.* 2010). Et si une partie des professionnels de la santé – des gynécologues-obstétriciens mais aussi des sages-femmes (Jacques 2007 ; Gouilhers 2010) – exercent leur métier en ayant à l'esprit le risque d'erreur et de plainte, ce sentiment d'une judiciarisation des soins est contredit par la réalité des décisions de justice (Laude *et al.* 2012). Il n'en demeure pas moins que le droit, y compris à travers l'éthique juridicisée (Dodier 2003), encadre les pratiques médicales et la relation de soins de manière plus importante que par le passé.

La régulation des activités professionnelles prend ainsi la forme d'une régulation politique, légale, éthique et scientifique, qui implique en grande partie un regard et un contrôle extérieurs au monde médical. Dans une tentative de résumer les principaux résultats des 50 dernières années de la sociologie médicale, Rosich et Hankin mettent en avant le fait que les

« médecins ne sont de plus en plus qu'un acteur parmi de nombreux autres, dont un nouvel ensemble d'intermédiaires allant des administrateurs d'hôpitaux aux compagnies d'assurance et autorités de régulation qui désormais se situent entre les médecins et leurs patients » (Rosich et Hankin 2010 : 55).

Si l'érosion de l'autonomie clinique a surtout été appréhendée dans le contexte de la profession médicale, les professions de sage-femme ou d'infirmière sont également concernées, voire menacées, par ces différents processus (Sargent 2002).

Les approches sociologiques des dynamiques professionnelles en termes de contre-pouvoirs (*countervailing powers*) (Hartley 2002) prennent acte de cette multiplicité contemporaine des acteurs et instances qui exercent une influence sur le statut et l'identité d'une profession et qui interviennent dans la définition du contenu du travail de soins et de ses conditions, à l'instar de l'État, des assureurs, des entreprises pharmaceutiques, ou les réseaux de soins, pour n'en citer que quelques-uns. Ces approches politiques soulignent également l'importance des relations entre les professions. Relayant la critique de Saks, Dubar *et al.* (2011 : 141) indiquent que nombre d'études

« sont trop souvent “myopes” et trop exclusivement centrées sur une profession en particulier (médecins de telle spécialité, infirmières, sages-femmes...) au détriment du contexte formé par toutes les occupations (aides-soignantes, techniciens, bénévoles...) ».

C'est notamment la perspective adoptée par Abbott (1988) qui met l'accent sur les luttes entre professions ou segments professionnels, sur leurs rapports de concurrence et de négociation autour de la définition des compétences et territoires d'activités. L'importance heuristique de ces approches est de

« montrer que, pour réussir à contrôler un territoire d'action, une profession doit trouver des alliés, non seulement dans l'État ou dans la population qui constitue son marché potentiel, mais auprès d'autres groupes professionnels » (Dubar *et al.* 2011 : 144).

Ces perspectives soulignent la spécificité de chaque contexte national et la nécessité de disposer de travaux portant sur d'autres pays que les États-Unis ou le Royaume-Uni qui sont les plus souvent étudiés. Dans le contexte helvétique, peu de travaux sont consacrés aux professionnels de la santé, en particulier aux gynécologues-obstétriciens et aux sages-femmes.

L'une des conséquences des transformations des modes de régulation esquissées ci-dessus est que les professionnels n'ont plus le même pouvoir ni

la même liberté de définir leurs manières de faire qu'il y a quelques décennies¹⁶. On peut donc se demander dans quelle mesure la dénonciation de certains faits – les taux élevés de césariennes, la médicalisation des accouchements ou la prégnance des discours du risque durant la grossesse – est redevable d'une lecture en termes de stratégie de domination du corps médical ou plutôt d'un regard critique plus complexe et nuancé, intégrant les attentes du public, et surtout la pluralité des niveaux et acteurs de régulation des activités professionnelles.

Un autre effet notable de ces transformations est l'exigence accrue pour les professionnels de justifier ou de rendre compte (*accountability*) de leurs pratiques. Cette exigence de justification qui mêle les idées de transparence, de contrôle et de responsabilité prend aujourd'hui des formes diverses et répond autant à des valeurs éthiques, à la volonté d'optimiser la qualité des soins, qu'à la rationalisation scientifique des pratiques et à des considérations économiques et gestionnaires. La notion d'*accountability* peut aussi se comprendre comme une réaction à l'affaiblissement de la confiance du public dans le système de soins par la révélation de scandales médicaux, la médiatisation d'erreurs médicales ou encore par la figure du patient consommateur (Timmermans et Oh 2010). C'est dans ce contexte qu'a émergé le besoin d'un nouveau professionnalisme médical ou d'une nouvelle éthique professionnelle comme réponse aux défis auxquels la médecine est confrontée aujourd'hui (Tousijn 2006 ; Mechanic 2008 ; Elston 2009). Pour plusieurs auteurs, en lieu et place de l'autocontrôle comme vertu professionnelle, le concept d'*accountability* serait précisément appelé à fonctionner comme le moyen privilégié pour restaurer la confiance du public (Kuhlmann 2006).

L'expérience des professionnels de la santé

Les nombreux travaux qui identifient les transformations générales de la régulation des activités des professionnels de la santé ne permettent cependant pas de comprendre de quelle manière de tels changements influencent concrètement leur travail et comment ils sont vécus. Les analyses empiriques manquent pour comprendre « comment les règles gouvernant le travail médical, dont les protocoles et les recommandations, touchent le médecin » (Hafferty et Light 1995 : 147). Or, les études portant sur l'expérience des

¹⁶ Cela ne signifie pas que les rapports de domination ont disparu, loin de là. Selon Goodman (2007), la marginalisation actuelle des sages-femmes aux États-Unis est le résultat de stratégies des médecins et des pouvoirs publics qui répondent moins à l'intérêt des mères qu'à des intérêts corporatistes et économiques. Pour une perspective semblable dénonçant le pouvoir médical s'exerçant au détriment des sages-femmes au Royaume-Uni, voir par exemple Mander et Reid (2002).

professionnels conduisent souvent à nuancer l'impact des transformations institutionnelles sur leurs conditions de travail.

En particulier, il convient de se garder de conclure que la régulation hétéronome des activités soignantes équivaut à un bouleversement majeur de l'autonomie clinique, de l'identité professionnelle ou des rapports de pouvoir entre différents groupes professionnels dans le champ de la santé. Les médecins ne perçoivent pas forcément les évolutions décrites plus haut sur le registre unique de la menace, de la contrainte ou de la perte de contrôle sur leur travail. Ils n'affichent pas nécessairement une posture de résistance et de défiance, soit parce qu'ils estiment que leur travail n'est guère affecté, soit parce qu'ils adaptent leurs pratiques au contexte (Harrison et Dowswell 2002 ; Weiss et Fitzpatrick 1997). Par exemple, tout en gardant une posture critique, certains gynécologues-obstétriciens considèrent que le recours accru aux formulaires de consentement écrit et à des documents d'information standardisés peut contribuer à la communication sur les risques liés à certains examens, et améliorer ainsi la qualité du consentement de leurs patientes enceintes (Hammer 2010). Contrairement au métier de généraliste qui a notamment été étudié dans cette perspective (Harrison et Dowswell 2002 ; Marjoribanks et Lewis 2003 ; Exworthy *et al.* 2003), les travaux consacrés aux gynécologues ou aux sages-femmes sont moins fréquents.

L'intérêt des recherches centrées sur des groupes professionnels particuliers est de montrer le caractère trompeur de leur homogénéité ; parler *des* médecins, *des* infirmières ou *des* sages-femmes comme ensemble unifié et cohérent constitue un leurre qui fait écran à une compréhension fine du phénomène professionnel et du travail en situation. À la suite des travaux pionniers des interactionnistes (Dubar *et al.* 2011), de nombreux travaux ont mis en évidence le caractère segmenté de toute profession, à l'instar de Freidson (1994) sur la stratification interne au corps médical, de Véga (1997) à propos des infirmières ou de Arborio sur les aides-soignantes (2001). Cependant, au-delà de la diversité objective du contenu des activités, la diversité « idéologique » (les conceptions du métier) à l'intérieur d'un même segment professionnel est un champ de recherches encore relativement peu développé. Par exemple, si les pôles « relationnel » versus « technicien » tendent à façonner les postures des infirmières (Véga 1997) et des sages-femmes (Jacques 2007), on connaît moins le rôle que jouent l'âge, le genre¹⁷, l'évolution des socialisations professionnelles, ou encore les expériences personnelles dans

¹⁷ Sur le lien entre le genre et les carrières des médecins en Suisse, voir Rosende (2008).

ces définitions contrastées du travail. Plusieurs contributions de cet ouvrage explorent la pluralité de manières de voir et de faire à l'intérieur d'un même segment professionnel. On verra ainsi notamment les postures de spécialistes de la procréation médicalement assistée face au cadre législatif régulant leurs activités, de même que celles de gynécologues-obstétriciens face à la rationalisation scientifique des bonnes pratiques en matière de dépistage de la toxoplasmose. Ces postures révèlent différents registres argumentatifs, tels que l'éthique, la singularité du patient, les preuves scientifiques ou la survie économique de l'activité professionnelle. Dans le cas de sages-femmes conseillères exerçant dans un service d'accompagnement des grossesses, on verra combien la catégorie du risque est centrale dans leurs discours et que sa polysémie donne lieu à des tensions normatives à l'intérieur desquelles elles définissent leur activité.

Identités et territoires professionnels

Les territoires respectifs des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes sont *a priori* définis par des cadres formels (notamment la formation, la loi et les assurances). La définition du normal et du pathologique détermine la place des sages-femmes et celle des médecins, en cantonnant les premières au suivi des « grossesses physiologiques ». Formellement, l'autonomie des sages-femmes est donc limitée et relative. Dans les faits, leur degré d'autonomie varie d'un pays à l'autre en fonction de leur statut professionnel, beaucoup moins enviable aux États-Unis qu'aux Pays-Bas par exemple où l'accompagnement des grossesses physiologiques est prioritairement assuré par les sages-femmes (Akrich et Paasver 1996 ; Van Teijlingen *et al.* 2004 ; De Vries 2005 ; Davis-Floyd *et al.* 2009)¹⁸. À l'intérieur d'un même système de santé, l'autonomie et sa signification dépendent beaucoup des situations concrètes et des contextes de pratique (exercice libéral ou non, type de maternité, de service... Cf. Sargent 2002). Schweyer souligne la différence entre l'autonomie formelle et l'autonomie au travail :

« La réalité de l'autonomie professionnelle dépend donc de plusieurs facteurs : le contexte institutionnel du travail, les autres professionnels avec lesquels se définit le travail en interdépendance ou non, les actes pratiqués, l'idéologie professionnelle. » (Schweyer 1996 : 76)

¹⁸ Pour une vue d'ensemble du statut des sages-femmes en Suisse, voir Floris *et al.* (2013).

Et si dans son enquête il montre que la proximité avec le corps médical ne signifie pas forcément pour les sages-femmes perte d'autonomie, c'est que le « sens de la mission intériorisée par les sages-femmes » (Schweyer 1996 : 82) n'est pas uniforme. Dans son étude sur les attitudes de sages-femmes face à la généralisation de la péridurale, Carricaburu (1994) montre que les situations locales de travail jouent un rôle déterminant dans le façonnement des identités professionnelles, des représentations du sens du métier, révélant des conceptions différentes de l'autonomie au travail. Avec Sargent (2002), il faut relever que c'est l'autonomie au travail plus que l'autonomie du groupe professionnel qui préoccupe les sages-femmes, à savoir la capacité de pouvoir exercer ses compétences et prendre des décisions sur la base de jugements autonomes.

Les territoires des médecins et des sages-femmes semblent également assez bien définis au niveau des rhétoriques professionnelles. La défense de la normalité *a priori* de la grossesse et de l'accouchement et d'une approche globale de la femme enceinte se double souvent, on l'a vu, d'une critique de l'approche « médicalisée » et colonisée par l'idée de risque des gynécologues-obstétriciens. Or, l'affirmation catégorique de cette ligne de démarcation mérite d'être nuancée. L'opposition canonique entre le modèle « médical » ou « technocratique » de la naissance d'un côté, et son pendant « naturel », « holiste » ou « sage-femme » (Rothman Katz 1982 ; Oakley 1984 ; Davis-Floyd 1992) de l'autre constitue une tension théorique entre les deux groupes professionnels mais qui dans la pratique perd passablement de son caractère antagoniste (Foley et Faircloth 2003). En outre, on peut estimer que la notion de risque est aujourd'hui à ce point présente dans les soins et les pratiques qu'elle fait aussi, bon gré mal gré, partie intégrante des manières de penser des sages-femmes (Scamell 2011 ; Scamell et Alaszewski 2012). Et si ces dernières n'échappent pas à la catégorie du risque, c'est dans la place qu'elles lui attribuent dans leurs raisonnements et décisions qu'elles se distinguent des gynécologues-obstétriciens, en visant en particulier à limiter les interventions médicales auxquelles incitent les discours sur le risque. Plusieurs contributions de cet ouvrage illustrent la difficulté de cerner, au-delà des rhétoriques traditionnelles, les frontières entre gynécologues-obstétriciens et sages-femmes.

Les professions liées à la grossesse et à l'accouchement sont également traversées par des savoirs et des cultures multiples. S'il faut reconnaître que les diverses catégories professionnelles baignent dans des cultures distinctes relevant de processus de formation et de contextes de pratique spécifiques,

ces cultures évoluent dans le temps et révèlent des caractéristiques qui varient d'un lieu à l'autre. Par exemple, en Suisse, si l'on observe les taux d'interventions intrapartum pratiquées dans les établissements hospitaliers des divers cantons, on note des différences remarquables (OFSP 2013 ; OFS 2007). Au-delà des variations dans les cultures professionnelles nationales et régionales, l'histoire personnelle, l'expérience, le parcours de formation et le contexte dans lequel chaque individu exerce sa profession contribuent à modeler de manière spécifique l'imaginaire des professionnels considérés. Plusieurs contributions rendent compte de cette hétérogénéité au sein des groupes professionnels, à l'instar des réactions des gynécologues-obstétriciens face aux recommandations de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). De même, on verra combien l'environnement de travail oriente le regard des sages-femmes, oscillant entre les références à un imaginaire technique et médical de la naissance, cohérent avec leurs pratiques dans l'institution et une vision critique vis-à-vis de ce modèle chez celles qui travaillent de manière indépendante. De manière similaire, les sages-femmes hospitalières sont prises entre des modèles de soins différents qui peuvent être à l'origine de tensions et de contradictions dans leurs pratiques. Des paradigmes de scientificité et d'objectivité différents circulent donc de manière plus ou moins conflictuelle au sein de chaque corps professionnel donnant lieu à des croisements et à des superpositions qui peuvent rapprocher et éloigner les individus au sein de chaque groupe et créer des synergies entre les diverses catégories d'acteurs.

Une autre source de complexité au sein de chaque corps professionnel est constituée par les formes d'apprentissage du métier et les éléments valorisés dans ce processus par « le savoir faisant autorité » (Davis-Floyd et Sargent 1997). Cette question est abordée dans différents chapitres mettant en avant la richesse des savoirs détenus respectivement par les infirmières en néonatalogie et les sages-femmes, soulignant la difficulté de décrire la manière dont ils sont appris et mobilisés, mais aussi par les gynécologues-obstétriciens lorsqu'ils argumentent pour défendre l'autonomie de leur jugement et leur expérience professionnelle. Le savoir corporel, visuel, tactile, les interactions sensorielles, les habiletés (*skills*), le *feeling* ou l'intuition sont autant de termes que les auteurs de cet ouvrage utilisent pour nommer et analyser ces composantes en quête de reconnaissance que tous les professionnels de la naissance évoquent pour décrire le processus de prise de décision. Les valeurs statistiques, les enregistrements des machines, les protocoles ne représentent ainsi qu'une partie du savoir utilisé par les professionnels, les sources des jugements qui orientent leurs actions étant bien plus complexes.