

DOSSIER D'ETUDE N° 101

Février 2008



Clarisse CARRIERE

1^{er} prix de la CNAF 2007

Se faire parents à l'hôpital

Interactions et co-élaboration des normes
de parentalité dans un service de suivi
des grossesses à haut risque

Sous la direction de Marc Bessin
EHESS

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS.....	5
REMERCIEMENTS.....	6
INTRODUCTION - LA PARENTALITE SE CONSTRUIT EN INTERACTION AVEC LE CORPS MEDICAL.....	7
PREMIERE PARTIE : UNE ETHNOGRAPHIE DE LA MATERNITE.....	10
CHAPITRE 1 : LE BATIMENT ET SON ORGANISATION COMME CADRE STRUCTUREL DE L'EXPERIENCE.....	10
<i>La maternité : un édifice dans l'hôpital.....</i>	<i>10</i>
• L'Hôpital de l'Hôtel Dieu ou l'identité d'un bâtiment.....	10
Encadré 1 : Gestion du matériel et métiers non médicaux.....	11
Encadré 2 : Vue d'architecture de l'Hôtel Dieu.....	12
Encadré 3 : Le Puy de Dôme est visible de presque tous les points de l'hôpital.....	13
• La maternité, une organisation par étage.....	14
Encadré 4 : Le matériel est entreposé dans les couloirs exigus.....	15
Encadré 5 : Vue extérieure de la maternité.....	16
Encadré 6 : Organisation des services par étage.....	17
Encadré 7 : Cage d'escalier et vue de la cage d'escalier.....	18
<i>Dans le service des grossesses à haut risque, le mouvement perpétuel des soignants contraste avec l'immobilité forcée des patientes.....</i>	<i>18</i>
• L'organisation du travail.....	18
Encadré 9 : la salle de stérilisation.....	19
Encadré 10 : Les chariots.....	20
• Professionnels et profanes, deux rythmes opposés.....	21
Encadré 11 : Une chambre.....	23
• Une institution sexuée.....	25
CHAPITRE 2 : EMERGENCE DE L'OBJET EN PRATIQUE.....	27
<i>Réflexion sur ma position.....</i>	<i>27</i>
<i>Le transfert est principalement vécu comme une conséquence du risque pesant sur la grossesse.....</i>	<i>30</i>
<i>Un questionnement qui s'inscrit au carrefour de plusieurs champs sociologiques.....</i>	<i>37</i>
DEUXIEME PARTIE : CONSTRUIRE SA PARENTALITE AVEC LE RISQUE COMME CADRE DE L'EXPERIENCE.....	40
CHAPITRE 3 : LE FCETUS EST UN PATIENT AU SEIN DU CORPS DE SA MERE.....	40
<i>Un rapport au corps de « malade » sans la maladie.....</i>	<i>40</i>
• Malade ou pas : difficile de s'identifier.....	40
• Un corps public ; l'impossible intimité.....	42
• Un corps machine.....	48
<i>Un rapport au temps différent.....</i>	<i>50</i>
• L'attente, le besoin que le temps passe.....	50
• L'ennui, s'occuper, ne pas bouger.....	51
• Etre dépossédés des rites sociaux permettant habituellement le passage au statut de parents.....	53

CHAPITRE 4 : INVESTIR LE FŒTUS : FUTURS PARENTS ET DÉJÀ PARENTS ? 58

S'investir et intégrer le risque : le paradoxe d'une double injonction 58

- Le projet parental : le fœtus est porteur d'un projet 58
- Les soignantes transmettent constamment une double injonction : s'investir et ne pas trop s'investir 62
- Incompréhensions et conflits 68

Être dépossédée de sa grossesse 76

- Sentiments d'incapacité 76
- Le rapport à l'expertise 78
- Placer le père comme « spectateur investi » : une position paradoxale 82
- Intégrer les normes pour de se réapproprier une part de l'expérience 87

TROISIÈME PARTIE : L'IMPORTANCE DU TRAVAIL DE CARE DANS CETTE EXPÉRIENCE..... 91

CHAPITRE 5 : SOUTENIR. LA MOBILISATION DU CONJOINT ET DU RESEAU 91

Plus mari que père : l'expérience masculine 91

- Les normes régissant la « bonne paternalité » donnent peu de place au père pendant la grossesse ... 91
- Rendre visite ; le rôle de soutien de famille 92
- La dimension professionnelle de l'expérience des messieurs 94

Gérer le domestique : une redistribution complexe des tâches ménagères 96

- Confier le travail domestique à l'homme soulève beaucoup d'hésitation 96
- Les stratégies de diminution du travail domestique 99
- Le soutien d'un réseau majoritairement féminin 103

CHAPITRE 6 : LE CARE AU CŒUR DU TRAVAIL SOIGNANT 108

La division sexuée des soins professionnels 108

- Une répartition qui associe hiérarchie professionnelle et hiérarchie entre les sexes 108
- Le travail de *care* 112
- La répartition professionnelle du travail de care 113

Le travail de care en pratique 116

- Apprendre à se détacher 116
- Gérer l'émotion 118
- Travail de care et engagement personnel 122

L'importance du travail de care dans l'expérience profane 124

- L'attention, l'amabilité et la question de l'individualisation 124
- Le rôle des gestes comme communication non-verbale 126
- L'exemple de la nourriture 127

CONCLUSION : LES INTERACTIONS ENTRE LES SOIGNANTES ET LES PATIENTS INFLUENT LA CONSTRUCTION DE LA PARENTALITÉ VERS UNE RECONSTRUCTION DE LA DIVISION TRADITIONNELLE DES TÂCHES PARENTALES..... 131

BIBLIOGRAPHIE 135

1- Références 135

2- Matériaux 137

1 - Schéma du service de GHR..... 138
2- Coefficient de risque d'accouchement prématuré..... 139
3- Evolution des taux de mobilité selon diverses caractéristiques..... 140
4- Effectifs des professions de santé en 2004 et évolution du pourcentage de femmes depuis 1986 141
5- Caractéristiques sociales des patientes selon le type d'hospitalisation 142
6- Types d'hospitalisation suivant le niveau d'étude..... 143
7- Caractéristiques des femmes ayant accouché dans le réseau de santé périnatal d'Auvergne..... 144
8- Caractéristiques des femmes ayant accouché dans l'ensemble de la France 145
9- Récapitulatif des entretiens avec les professionnel-le-s..... 146
10- Récapitulatif des entretiens avec les patient-e-s interviewé-e-s 147



*« Beauté pure d'une femme enceinte »,
tableau de Tulu.*

Ce dossier d'étude valorise le travail de master 2 recherche de Clarisse Carrière lauréate du 1^{er} prix Cnaf 2007¹. Elle nous propose une analyse des interactions entre de futurs parents et le personnel soignants à l'occasion de la naissance d'un enfant, dans un service de grossesse à haut risque.

Cette recherche met en lumière les conséquences de ces interactions sur la construction de la parentalité des couples dont la femme a été hospitalisée pendant plusieurs semaines dans le service des grossesses à haut risque de l'hôpital de Clermont Ferrand. La méthodologie utilisée repose sur une approche ethnographique : immersion longue en maternité pendant cinq semaines avec des observations participantes, complétées par des entretiens approfondis auprès de quinze couples, rencontrés parfois ensemble, parfois séparément, et de trois sages-femmes.

La forte médicalisation de la grossesse en France induit de fait, une forte prégnance de valeurs, modèles et normes transmises par les personnels soignants lors du séjour de la future mère à la maternité. Les travaux démontrent que les personnels soignants, sous couvert d'une approche technique – la préservation de l'enfant – et partant réputée neutre, constituent un vecteur puissant de transmission de normes sociales.

Clarisse Carrière réalise une analyse très fine et très riche de la production et de la reproduction normative des rôles parentaux. Elle décrit notamment les « bonnes postures parentales » parfois contradictoires que les personnels soignants transmettent aux futurs parents au travers du séjour de futures mères en maternité.

Le risque qui pèse sur le fœtus pose le problème de son statut et par conséquent de l'investissement parental dont il peut faire l'objet. Les différents acteurs oscillent entre la règle d'attachement envers le futur enfant et le détachement nécessaire dans une situation à risque. Les femmes sont comme dépossédées de leurs grossesses face à des soignants –experts.

L'étude de l'élaboration des normes qui régissent la parentalité permet de réinvestir sociologiquement la question de l'identité parentale. Clarisse Carrière explique comment la division sexuée du travail se perpétue, et comment les comportements parentaux différenciés résultent d'une construction sociale qui n'a rien à voir avec des dispositions naturelles.

Catherine Vérité
CNAF - DSER

¹ Pour la présentation de ces prix voir le site www.caf.fr rubrique étudiants/jeunes chercheurs

REMERCIEMENTS

A Marc Bessin pour l'intérêt qu'il a porté à mon travail, sa bienveillante attention, pour la disponibilité dont il a fait preuve, pour sa gentillesse, et surtout pour son soutien infailible.

A Clémentine Raineau pour l'enthousiasme avec lequel elle m'a confié cette recherche et pour son soutien pendant mes séjours sur le terrain.

A Françoise Venditelli pour l'intérêt qu'elle témoigne aux sciences sociales et le souci qu'elle a eu de me faciliter la tâche.

Au Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne pour son financement.

A Odile Steinauer, Gérôme Truc et Elisa Herman pour leurs conseils, leurs remarques, leurs suggestions ; leur aide précieuse dans les moments délicats de ce travail.

Aux professionnelles de la maternité, aux patientes et à leurs conjoints qui ont accepté ma présence et ont répondu à mes questions avec beaucoup de gentillesse.

A mes parents, sans qui rien n'aurait été possible.

A Vincent Bergère pour m'avoir écouté et encouragé au quotidien, pour le travail de care qu'il a fourni pour que l'écriture de ce mémoire soit possible.

A Maylis Rabaud, pour la gentillesse dont elle fait toujours preuve.

Et à tous ceux que j'ai rencontrés dans le cadre de cette recherche et qui m'ont aidée d'une manière ou d'une autre.

La question des rôles parentaux apparaît de manière récurrente dans l'espace public, que ce soit à propos des évolutions technologiques en matières de procréation -comme la procréation médicalement assistée ou les progrès effectués dans les soins aux enfants prématurés-, ou à propos des transformations sociales du modèle familial -avec la multiplication des familles dites recomposées et monoparentales, ou les revendications homosexuelles pour le droit à la parentalité-. La question qui sous tend implicitement ces débats est celle de la répartition sexuée des rôles parentaux. En effet, les évolutions technologiques modifient les conditions de procréation, et l'on s'inquiète des conséquences sociales de la formation de ces nouveaux foyers car ils ne correspondent pas aux normes parentales en vigueur. Les familles recomposées soulèvent le problème du rôle que peuvent ou doivent jouer les nouveaux conjoints des parents. Les familles monoparentales sont composées très majoritairement de femmes seules, ce qui pose la question des démissions paternelles, formulée en particulier autour de la thématique de l'autorité. Les revendications homosexuelles pour le droit à la parentalité questionnent très explicitement la répartition traditionnelle des rôles parentaux en contestant les positions essentialistes qui postulent qu'un enfant doit avoir un père et une mère. Parallèlement, on assiste à la promotion d'une figure paternelle, désignée par le terme de « nouveaux pères », encensée dans les médias comme porte-flambeau de l'avènement de la participation des hommes à l'élevage des enfants ; alors que les études sur la division du travail domestique montrent que celui-ci reste largement l'apanage des femmes.

La teneur de ces débats conduit à s'interroger sur le processus de construction de la parentalité². En effet, le fait de procréer ne suffit pas à ce que des individus s'identifient comme étant un père, ou une mère, et ensemble comme des parents. L'identité de parents est le résultat d'un processus d'identification à ce nouveau statut social. La construction de la parentalité est encadrée par des normes sociales implicites -comme celles qui définissent le cadre procréatif souhaitable en fonction de l'âge, de la situation conjugale et professionnelle des parents- qui peuvent devenir explicites quand leur transgression entraîne des mesures légales pour encadrer les comportements parentaux. Elle se fait par un jeu d'ajustement entre les normes sociales et les représentations personnelles des individus. La construction de la parentalité amène les individus à définir des rôles parentaux qui constitueront le socle de leur comportement en tant que parents. Ces rôles parentaux sont socialement définis par des idéaux-types qui se fondent sur une division sexuée des tâches parentales.

On pourrait penser que les avancées sociales en matière d'égalité entre les sexes ont transformé les rôles parentaux, en particulier sous l'influence des revendications féministes et de la déconstruction des rôles de genre. Pourtant, les études sociologiques montrent qu'en général, la logique de division sexuée qui répartit les tâches parentales entre pères et mères est restée sensiblement la même, et que dans toutes les institutions ce sont encore majoritairement des femmes qui s'occupent des enfants. Les tâches de soins aux jeunes enfants restent attribuées aux femmes et l'on assiste même à une renaturalisation de la maternité par le biais de théories psychologiques en vogue, qui participent à déterminer les normes définissant une « bonne » parentalité.

Confier la santé de la femme enceinte et du jeune enfant au corps médical est un comportement incontournable³ et l'infraction à cette norme est accusée légalement de « mise en danger de la vie d'autrui ». La grossesse et la petite enfance sont ainsi rythmées par des examens et rendez-vous avec le corps médical. De ce fait, l'expérience médicale tient une part importante dans la construction de la parentalité. Ceci d'autant plus que les normes régissant les comportements des « bons parents » impliquent que ceux-ci se préoccupent de très près de la santé du fœtus puis du nouveau-né, et ce conformément aux protocoles médicaux. Conscients de cette influence, les professionnel-le-s médicaux se forment et réfléchissent à ces questions. Les maternités, comme les centres de protections maternels et infantiles incluent l'accompagnement à la parentalité dans leurs dispositifs de prévention. Ils travaillent alors sur leur vocabulaire, leur comportement, à se préoccuper de l'état psychique des patients et patientes

² J'utilise le terme de parentalité pour mettre en valeur le processus d'identification auquel je fais référence. Il me semble en effet que le terme de parenté désigne plutôt les liens entre les individus, et permet mal de penser la manière dont les normes qui régissent ces liens sont travaillées par les différents acteurs et nourrissent justement ce processus. En psychologie, la parentalité correspond « aux transformations de la personnalité et du fonctionnement psychique d'une mère et d'un père pendant la grossesse et au début de l'existence de l'enfant » (in Cécile LOTHON-DEMERLIAC et Murielle SHIRVANIAN-BOSSARD, « Normes des pratiques médicales en décalage avec les valeurs de la parentalité : et si la violence provenait en partie de cette inadéquation ? », Journées d'étude du comité de recherche 13 « Sociologie de la santé » de l'AISLF, « Normes et valeurs dans le champs de la santé », Université de Bretagne Occidentale, Brest, 20 et 21 mars 2003, p. 223.)

³ Seules 0.1% des femmes choisissent d'accoucher à domicile et elles ont l'obligation même dans ce cas de se faire accompagner par une sage-femme diplômée.

par exemple⁴. Cette réflexion ne peut se faire qu'en référence à ce qui constitue une « bonne » parentalité -vers laquelle doit mener un « bon » accompagnement- et dont il est nécessaire d'interroger la construction sociale. Comprendre la teneur des normes véhiculées par le corps médical nécessite de s'intéresser à la façon dont il les a élaborées, c'est-à-dire qu'elles diffèrent selon les représentations personnelles des soignants, qui dépendent de leur propre socialisation. Elles s'alimentent aussi des normes reconnues comme légitime dans l'espace public qui sont elles-mêmes en partie nourries des normes médicales dans un jeu de miroir, mais aussi des normes juridiques, culturelles etc. Enfin, les normes des soignants se modifient au cours des interactions avec les patients car leurs comportements enrichissent la connaissance sociale des soignants. Les normes de parentalité ainsi élaborées par les soignants sont transmises aux patients aux travers de leurs discours et de leurs pratiques lors des interactions. Elles viennent alors transformer les représentations de l'identité parentale des patients, qui intègrent ces normes et les reformulent, ou essaient de s'y opposer. C'est pour tenir compte de ces différentes dimensions de l'élaboration des normes de parentalité que j'ai choisi le terme de « co-élaboration ». Il s'agit en revanche de ne pas perdre de vue l'asymétrie qui caractérise les interactions entre corps médical et profanes. Comprendre comment ces normes sont transmises aux patients et la manière dont ceux-ci les reçoivent nécessite d'analyser ces interactions.

Ainsi, l'étude des interactions dans un service hospitalier de suivi des grossesses à haut risque s'est révélée extrêmement riche. En effet, les femmes enceintes qui présentent des symptômes de grossesses pathologiques y sont hospitalisées pour de longues périodes. L'encadrement médical est alors resserré et les interactions entre les parents et les soignants sont intensifiées. Le cadre même du risque conduit les parents à s'interroger plus précisément sur la construction de leur parentalité, et le respect des normes imposées par les soignants a pour enjeu de mener la grossesse à son terme. L'objectif partagé renforce l'influence des soignants sur les futurs parents, l'asymétrie des interactions est donc renforcée. Le contexte des grossesses à haut risque apparaît donc comme un « cas limite » particulièrement intéressant pour saisir et étudier la co-élaboration des normes de parentalité, parce qu'il agit comme un catalyseur des mécanismes de co-élaboration des normes de parentalité : ils ont lieu dans tous les services d'accompagnement à la grossesse mais ils s'y trouvent accentués et par conséquent moins difficiles à saisir.

Saisir la co-élaboration des normes de parentalité nécessite de pouvoir observer les interactions entre soignants et futurs parents. Il est alors nécessaire de comprendre le fonctionnement de l'institution médicale et les enjeux qui sous-tendent la relation entre les soignants et les patientes. Cette recherche s'inscrit donc dans un schéma théorique situé au point de rencontre entre les champs sociologiques de la santé, de la famille et des rapports sociaux de sexes. Elle s'appuie sur une observation participante dans un service de grossesse à haut risque, celui de l'hôpital de Clermont Ferrand qui a duré cinq semaines divisées en deux périodes : un premier séjour sur le terrain a eu lieu en novembre et décembre 2006 et un second en mars et avril 2007. Cette observation a été complétée par des entretiens approfondis menés auprès de couples dont la femme est ou a été hospitalisée dans ce service (huit entretiens ont été menés auprès de femmes rencontrées seules, trois en présence des deux membres du couple et un auprès d'un homme rencontré seul). Trois entretiens ont aussi été fait avec des professionnelles, deux sages-femmes et un élève sage-femme, mais l'observation participante s'est révélée plus adéquate pour saisir les pratiques soignantes. La recherche a privilégié une approche inductive afin de cerner au plus près les enjeux caractérisant l'expérience, tout en limitant les effets d'imposition de problématique inhérents à la mise en œuvre d'une recherche sociologique. Il est apparu que le contexte d'hospitalisation avait de nombreuses implications sur la construction de la parentalité des couples concernés.

La première partie est une ethnographie de la maternité dans laquelle a été menée la recherche enrichie d'une description des conditions de l'enquête. Dans le premier chapitre, une présentation détaillée de la maternité permet de déterminer en quoi la disposition particulière des lieux, ainsi que l'organisation du travail soignant qui dépend de celle-ci, constitue le cadre structurel de l'expérience. Il apparaît que la maternité est une institution sexuée à double titre : d'une part la grande majorité des professionnel-le-s qui y travaillent sont des femmes, à tel point que cette majorité justifie l'emploi générique du féminin. En effet, la division hospitalière du travail de soin attribue le travail de care aux sages-femmes et aux aides-soignantes. Ces deux corps de métier, qui emploient quasi exclusivement des femmes, sont au cœur des interactions avec les patients. D'autre part, l'objet au centre de l'activité de l'institution, la reproduction, est dévolue aux femmes dans la division sexuée traditionnelle du travail. Il en résulte que l'accompagnement de la construction de la parentalité à la maternité est profondément influencé par cette dimension genrée. Le deuxième chapitre explique comment l'objet de recherche -soit comment la co-élaboration des normes de parentalité à travers les interactions entre les patients et les soignantes influence la construction de la parentalité des couples concernés par une hospitalisation- a pu être délimité. Ce chapitre détaille la position que j'ai adoptée sur le

4 Ainsi peut-on lire dans un article co-écrit par une sociologue/sage-femme et un médecin : « *Devant cet enjeu capital pour l'enfant, ce processus psychologique de la parentalité, conçu comme une crise d'identité qui pourrait être comparée à celle de l'adolescent, doit attirer la vigilance des professionnels* » in Cécile LOTHON-DEMÉRIAC et Murielle SHIRVANI-BOSSARD, op.cit. p.223.

terrain ainsi que la manière dont j'ai pu reformuler la question posée au départ par l'institution hospitalière⁵, qui portait sur le vécu des femmes transférées dans la maternité pour grossesse à haut risque, en déterminant que, plus que le transfert, c'est l'apparition du risque lui-même qui caractérise l'expérience.

La seconde partie interroge la manière dont les futurs parents construisent leur parentalité dans le contexte particulier de la grossesse à haut risque. Elle montre en quoi l'hospitalisation façonne l'expérience de la grossesse, et quelles sont les stratégies que peuvent mettre en œuvre les patients pour se réapproprier une part de cette expérience. Le troisième chapitre s'intéresse à la dimension physique de l'hospitalisation. Le risque à l'origine de l'expérience est celui de perdre le fœtus, et celui-ci est l'objet des soins, au sein du corps de la femme. La mise en œuvre de ces soins entraîne une expérience corporelle de la grossesse profondément marquée par la pratique hospitalière, caractérisée par un contrôle des corps féminins par les soignants. Les femmes sont considérées comme des malades et elles subissent les soins alors qu'elles ont des difficultés à déterminer leur statut. L'hospitalisation entraîne un enfermement physique qui coupe les femmes de leur environnement social habituel et en particulier du quotidien avec leur conjoint. Les couples doivent construire leur parentalité dans un contexte où l'organisation de leur foyer est bouleversée par cette hospitalisation. Le quatrième chapitre est une analyse de la dimension émotionnelle de l'expérience d'hospitalisation pour grossesse à haut risque. En effet, le risque de perdre le fœtus entraîne les parents à réinterroger leur investissement affectif dans ce fœtus, tandis que les soignantes transmettent une double injonction contradictoire, entre la recommandation d'un investissement fort, pour correspondre à la figure de futurs parents aimants, et la nécessité d'intégrer l'importance revêtue par le risque, qui implique de se préparer à la perte de ce fœtus. Cette double injonction est portée différemment selon les représentations personnelles des soignantes, et la manière dont elles catégorisent les patients en fonction de critères sociaux censés déterminer leur conformité à un « bon » modèle parental. Son expression est donc fluctuante et cette variation est à l'origine d'incompréhensions voire de conflits. Les soins impliquent pour les parents d'adopter les comportements imposés par le corps médical pour limiter les conséquences du risque, et cette adoption détermine la reconnaissance par les soignantes de leur capacité à devenir de « bons parents ». L'enjeu est important car l'apparition du risque confère un sentiment d'incapacité à être parents, aggravé par la nécessité de confier sa grossesse à l'expertise des soignantes. Dès lors, l'analyse de l'expérience de l'hospitalisation dans le cadre d'une grossesse à haut risque soulève la question cruciale du rapport à l'expertise qui dépend des ressources que les patients peuvent mobiliser. Ce rapport à l'expertise détermine la marge d'autonomie que peuvent parvenir à s'octroyer les patients. Ce chapitre analyse la manière dont les hommes sont placés en position d'assistants de leurs conjointes et de ce fait écartés de l'expérience de la grossesse, ce qui complique l'élaboration de leur identité paternelle.

La troisième partie utilise le concept de care pour analyser le travail des acteurs impliqués dans cette expérience autour des femmes enceintes. Le travail de care désigne le travail de soin nécessaire en plus du cure aux personnes dépendantes qui désigne les soins plus techniques. Le travail de care désigne à la fois le travail destiné à répondre aux besoins physiques –toilettes, nourriture- et aux besoins moraux, émotionnels, ces deux types de besoins étant étroitement entremêlés. Conjoints, proches et soignantes s'attachent, en fournissant un important travail de care, à établir les conditions qui permettent à la femme hospitalisée de poursuivre sa grossesse. En effet, la gestion des risques survenus pendant cette grossesse a conduit le corps médical à placer la femme en situation de dépendance. Le cinquième chapitre montre que les hommes sont assignés à fournir un soutien émotionnel à leur conjointe, en particulier par les visites qui permettent au couple d'entretenir leur lien, tout en continuant à assumer leurs obligations professionnelles qui correspondent au rôle qui leur est attribué dans la division traditionnelle du travail parental, à savoir subvenir aux besoins de leur famille. Le réseau de connaissances du couple est mobilisé afin qu'ils soient assez disponibles pour effectuer ces deux activités. Ses membres féminins soutiennent la femme hospitalisée en faisant ses travaux domestiques, ce qui met en évidence un respect étonnant de la division traditionnelle du travail. Le chapitre six analyse la répartition professionnelle du travail de care dans l'organisation hospitalière. Il montre que celle-ci respecte à la fois la hiérarchie professionnelle et la hiérarchie sexuée, puisque plus le travail de care est proche du « sale boulot », plus il est confié aux professions dévalorisées qui sont celles qui emploient majoritairement des femmes. Ainsi les médecins organisent le travail de cure tandis que sages-femmes et aides-soignantes se répartissent le travail de care en fonction de sa pénibilité. Le travail de care implique un engagement personnel de celui qui l'effectue, et dans le chapitre six, on trouvera une analyse des stratégies que mettent en œuvre les soignantes pour maîtriser l'émotion inhérente à cet engagement. Enfin, il y est décrit comment le travail de care est mis en pratique par les soignantes et comment il influence la perception de l'expérience des patients.

⁵ Ce travail de recherche a été initié par un appel d'offre du Réseau de Santé Périnatal d'Auvergne qui souhaitait mieux connaître le vécu des femmes transférées à l'Hôtel Dieu de Clermont Ferrand dans le cadre d'une grossesse à risque. En effet, en France, les maternités sont classées selon le niveau d'équipement de leur plateau technique et les grossesses présentant un risque entre la 24^{ème} et la 34^{ème} semaines d'aménorrhée doivent être adressées et suivies dans une maternité de niveau 3, c'est-à-dire dans un établissement qui possède un service de réanimation néonatale. La maternité de Clermont Ferrand qui accueille plus de 2400 accouchements par an est le seul établissement de niveau 3 d'Auvergne : les patientes sont donc parfois transférées loin de leur domicile.

CHAPITRE 1 : LE BATIMENT ET SON ORGANISATION COMME CADRE STRUCTUREL DE L'EXPERIENCE

Lorsqu'on étudie une expérience sociale en s'attachant à comprendre la dimension collective qu'elle revêt, il est essentiel de décrire et d'analyser finement les lieux dans lesquels elle se déroule. En effet, la configuration des lieux détermine les modes de circulation et les possibilités objectives de contacts entre les individus. Elle constitue donc un facteur important de l'expérience, comme le montre l'ethnologue Marc Augé⁶. De plus, un questionnement sur les interactions entre soignants et patients implique de s'intéresser à l'organisation du travail des soignants. Celui-ci constitue la dimension objective du cadre dans lequel se déroulent ces interactions. L'organisation du travail est inscrite dans les lieux : ils reflètent l'organisation mise en place tout en en déterminant au préalable les possibles. C'est pourquoi, dans cette partie, je vais m'attacher à mettre en perspective la configuration des lieux et la manière dont elle influe sur l'expérience.

La maternité : un édifice dans l'hôpital

- L'Hôpital de l'Hôtel Dieu ou l'identité d'un bâtiment

L'hôpital de l'Hôtel Dieu est un édifice ancien situé dans le centre ville de Clermont Ferrand. La construction des ailes en U qui entourent la cour d'honneur fut achevée en 1773⁷. L'hôpital disposait à l'époque d'une capacité d'accueil de 500 lits et le lieu avait été choisi pour son orientation – au sud et aéré, selon les préceptes hygiénistes en vigueur à l'époque- et pour ses possibilités d'extension. Hôpital d'ancien régime, il était dirigé par deux chirurgiens, six internes et quinze religieuses. Au fil du temps il s'est agrandi et modernisé, et il reste aujourd'hui le plus important des quatre pôles du centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand⁸. Il est équipé d'une technologie de pointe et son rayonnement s'étend au-delà de la ville dans la région et les départements mitoyens, en particulier pour certaines technologies comme la fécondation in vitro ou la coelioscopie qui y sont particulièrement développées. La construction progressive de nouveaux bâtiments au fur et à mesure des années a finalement eu raison des capacités d'extension du site. Le manque récurrent de place caractérise aujourd'hui l'Hôtel Dieu ; son déménagement vers un hôpital neuf en périphérie est programmé pour 2010. L'organisation de nouveaux services et l'exploitation de chaque recoin – « *Ici on pousse les murs en permanence* », Dr M. (femme, environ 45 ans, gynécologue-obstétricienne)- donnent à l'ensemble un aspect labyrinthique dans lequel il est aisé de se perdre et difficile de s'orienter.

Par exemple, on peut lire sur mon carnet de terrain : « *Une fois terminée la visite de la maternité, j'ai voulu retourner dans le bâtiment de la direction...Persuadée d'emprunter le même chemin qu'à l'aller, je me suis retrouvée dans le couloir de la morgue ! Dans un bâtiment dans lequel je ne pensais pas être entrée, ce dont je me suis aperçue quand j'ai réussi à ressortir.* » [Notes, octobre 2006].

Les anciens bâtiments comprennent en effet pléthores de demi-étages, de couloirs, de passerelles et de raccourcis qui n'en sont pas toujours. Le personnel ainsi que le matériel hospitalier sont sans cesse en circulation à l'intérieur mais aussi entre les bâtiments (*encadré 1*) et suivent des parcours que le profane ne peut comprendre. L'effervescence palpable et les déplacements d'un pas assuré d'un point vers un autre des individus en blouse confèrent une ambiance particulière à ces lieux.

Dès lors que l'on donne l'impression de savoir où l'on va, on peut être sûr d'être arrêté par quelqu'un de moins bien loti qui va nous demander son chemin. Il semble difficile de pouvoir connaître l'ensemble de l'hôpital, on n'apprend que les chemins qui mènent aux lieux qui nous sont directement utiles. Tous les passages qui nous sont encore inconnus confèrent au lieu une aura d'étrangeté : quelqu'un pouvant surgir de portes absolument mystérieuses pour nous. Cet apprentissage constitue d'ailleurs une partie importante de l'approche de cet hôpital et distingue les professionnels des profanes. La connaissance des lieux d'où découle la capacité à emprunter le plus court chemin est un enjeu pour quiconque souhaite être reconnu dans ces murs. Ainsi, les étudiants se distinguent entre « ceux qui savent où c'est » et ceux qui ne savent pas. Mettre en valeur la bonne connaissance des lieux de quelqu'un est une forme de compliment, une valorisation de ses compétences.

⁶ Marc AUGÉ, *Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité*, Paris, Seuil, 1992, 149 p.

⁷ Pour une histoire détaillée de l'Hôtel Dieu, se reporter au travail de Jean BELIN, *Combats pour la vie. L'Hôtel Dieu de Clermont-Ferrand*, Clermont-Ferrand, Un Deux Quatre, 1999, 208 p.

⁸ Le CHU de Clermont-Ferrand comprends l'hôpital Gabriel Montpied (797 lits), le centre médico-psychologique (282 lits), l'Hôtel Dieu (537 lits) et l'hôpital Nord (365 lits).

Par exemple : un après midi, il y avait deux élèves sages-femmes. La première était partie chercher un dossier. La seconde arrive dans le bureau :

« La sage-femme : ah, te voilà ! Dis tu ne veux pas me rendre un service, toi qui connaît? Tu veux bien aller chercher le dossier de madame X, il est introuvable.

L'élève 2 : Mais je croyais que [élève 1] y était partie !

La sage-femme : oui, mais le temps qu'elle trouve où c'est, on ne l'a pas avant demain. Tu veux bien y aller s'il te plaît ? Tu sais ou c'est toi.» [Notes, avril 2007]

Encadré 1 : Gestion du matériel et métiers non médicaux

La circulation du matériel (repas, linge, tout matériel de soin etc..) fait partie de l'environnement caractéristique de l'hôpital. Les « transporteurs » - c'est par ce terme que les soignants les désignent - sont essentiels. Ils acheminent chariots, sacs et autres d'un bâtiment à l'autre. Certains sont spécialisés dans le déplacement d'échantillons humains des services de soin vers le laboratoire d'analyse. Pour réaliser l'importance des flux en jeu, il faut se rendre compte des volumes transportés : par exemple, en 2004, pour le CHU de Clermont Ferrand, les « transporteurs » ont acheminé entre autre:

- 1 658 110 repas,
- 2 917 950 kg de linge (transport allée retour),
- 926,35 tonnes de déchets d'activité de soins à risques infectieux et assimilés et
- 1144, 91 tonnes de déchets industriels...

La préparation des repas, comme le travail de blanchisserie nécessitent eux aussi du travail humain qui, s'il n'est pas un travail directement médical, est lui aussi nécessaire aux soins. M'étant concentrée sur les activités du personnel soignant lors de ce travail, je n'ai pu faire ressortir l'importance de leur action dans le travail de soin.

(Chiffres disponibles sur le site du CHU de Clermont Ferrand :

www.chu-clermont-ferrand.fr/htm/principal/chiffres3.htm)



L'architecture est très éloignée de celle des hôpitaux récents composés de larges couloirs rectilignes avec des indications étage par étage et service par service : ici centenaire et alambiquée, elle participe à la construction de l'identité propre de ce lieu⁹ (voir encadré 2).

⁹ L'Hôtel Dieu, par son caractère et son architecture rendue unique par les multiples aménagements dont elle a fait l'objet, représente l'absolue antithèse de ce que Marc Augé appelle des « non-lieux » qui sont selon lui des lieux dénués d'identité qui ne permettent pas aux individus de s'identifier et de créer de liens avec eux. Par « non-lieu », il désigne par exemple les échangeurs d'autoroutes, les aéroports, les gares modernes (in Marc AUGÉ, *Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité*, Paris, Seuil, 1992, 149 p.)

Encadré 2 : Vue d'architecture de l'Hôtel Dieu



Façade en centre ville et Cour d'honneur.



Escaliers anciens et passages tortueux.



L'ancienneté de l'Hôtel Dieu et sa position privilégiée dans la ville lui octroient une place particulière auprès des habitants de Clermont Ferrand, ainsi que dans une partie de l'Auvergne et de la Creuse. Il fait partie de l'histoire personnelle et familiale de chacun, en Auvergne et dans les départements limitrophes.

Dans ces deux extraits d'entretien, on peut voir combien le CHU est connu par les patientes, même si elles viennent de loin.

Moi : Le CHU il a bonne réputation ? Vous n'étiez pas inquiètes de venir là ?

Mme A (41 ans, comptable, pas d'enfant) : Non parce que je, bon, je connaissais malheureusement pour elle d'ailleurs une personne, enfin la belle fille d'une de mes collègues qui a eu deux petits garçons tous deux prématurés pour des soucis bon, pas les mêmes que les miens, différents. Et je sais qu'elle avait eu un très bon accueil, une très bonne prise en charge. Les échos que j'en avais eu étaient toujours très positifs. Donc c'est vrai que la néonatalogie à Clermont, on sait que ils sont bons donc non.

Moi : Ça ça aide peut-être ?

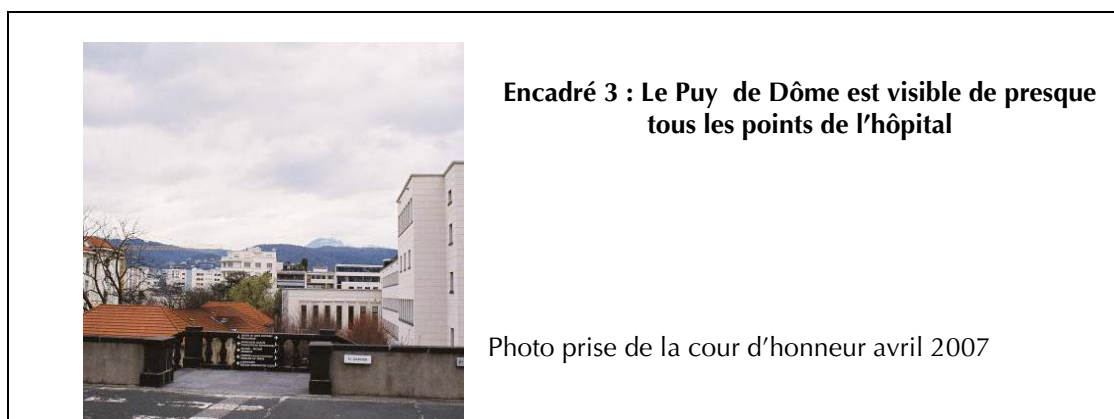
Mme A : Oui, je pense oui. Vous savez que vous ne partez pas pour l'inconnu.

Mme E (29 ans, auxiliaire de soin hospitalière, 2 enfants) : Ici ils ont une super équipe au niveau pédiatrique, au niveau obstétrique et on dit que l'Hôtel Dieu est un des meilleurs en France d'ailleurs. Moi j'ai une amie qui habitait à Lyon, qui est venue accoucher ici parce que ses parents sont ici, sa première elle a accouché ici, son deuxième elle a accouché au mois de septembre elle est venue ici, parce que bon, elle, elle était sujet à diabète déjà, mais elle n'a pas voulu aller à Lyon, elle a voulu venir ici quoi. Donc non non, ils sont connus pour être une très bonne équipe et tout donc.

Professionnels comme usagers parlent de l'Hôtel Dieu comme d'une vieille connaissance. Ainsi, chaque fois que j'ai expliqué ma recherche dans cette région cela a donné lieu à une longue série de commentaires, d'anecdotes et de critiques sur cet hôpital. A Paris évoquer l'Hôtel Dieu ne provoque aucune réaction particulière, ce qui me permet d'affirmer qu'il existe une sorte de lien affectif des natifs de la région pour cet hôpital. Les professionnels que j'ai rencontrés exprimaient une certaine fierté à travailler dans ces murs. Médecins exceptés, ils avaient d'ailleurs tous fait leurs études et effectué leurs stages à Clermont-Ferrand et toujours ou presque travaillé à l'Hôtel Dieu. Ce lieu semble permettre une forte identification. Identification qui paraît renforcée par la position de l'Hôpital. En effet, dès lors que l'on circule dans l'Hôtel Dieu, on peut voir le Puy de Dôme, et si son sommet est couvert de neige par exemple (encadré 3). Quiconque séjourne à Clermont-Ferrand s'aperçoit de la relation particulière que les habitants entretiennent avec le Puy. Il est un symbole fort de l'identité de la ville. Dans la bouche des Clermontois, le Puy est presque toujours précédé d'un pronom personnel « *Notre Puy* » par exemple. Les nouvelles du Puy constituent les premières paroles échangées dans la matinée entre les professionnelles, et parfois avec les patientes, quand d'autres parlent de la pluie et du beau temps.

Ainsi, le matin Virginie¹⁰ (sage-femme, 36 ans, 20 ans de métier) réveille les patientes le matin avec ces mots : « *Bonjour madame X, Réveillez-vous, il y a de la neige sur notre Puy Vous avez bien dormi ? Est-ce que tout va bien ?...* » [Notes, avril 2007].

De même, Simone (aide-soignante, 45 ans, 25 ans de métier) me dit alors que je l'accompagne au laboratoire d'analyse et que je lui parle du futur déménagement : « *Ah, ça, moi je suis une Auvergnate pure souche, il va nous manquer notre Puy !* » [Notes, avril 2007] (Le Puy ne sera pas visible depuis le futur hôpital).



Encadré 3 : Le Puy de Dôme est visible de presque tous les points de l'hôpital

Photo prise de la cour d'honneur avril 2007

De plus, la situation géographique de l'Hôtel Dieu l'intègre complètement au centre ville de Clermont-Ferrand. L'aile nord, avec l'entrée principale, donne sur une rue qui conduit vers la cathédrale et les rues piétonnes environnantes, centre névralgique de Clermont Ferrand. L'aile est et son prolongement donne sur le Jardin Lecoq, lui-même entouré par les universités, la maison des Sciences de l'Homme et les grandes structures éducatives de la ville. Aucun Clermontois n'ignore où se trouve l'Hôtel Dieu. Dans les rues avoisinantes, certains magasins dépendent de l'activité hospitalière : restaurants fréquentés par les professionnels, fleuristes ou encore librairies spécialisées en littérature sur les maladies et toutes sortes de techniques de soins.

Toutefois, ce lien identificatoire et affectif ne lui épargne pas la critique. Il est considéré comme trop étroit, vieillot et non adapté à son activité. Sans compter que son côté très grosse structure peut être inquiétant.

Mme C (34 ans, employée, un enfant) : Mais ce n'est pas moi qui dirais à quelqu'un allez accoucher à l'Hôtel Dieu.

Moi : Et pourquoi ? Vous pouvez m'expliquer bien. Juste à cause de

Mr C : Ca se voit trop que c'est l'usine. C'est l'usine là-bas. Il n'y a pas de convivialité, ce n'est pas familial. Vous allez à X, tout de suite, même si on ne connaît pas, ils

Mme C : C'est plus chaleureux.

¹⁰ Pour respecter la confidentialité de l'enquête –difficile dans un lieu aussi restreint- et l'anonymat des enquêtés ; tous les prénoms ont été modifiés. De même, je ne précise pas les dates exactes de mes observations, pour éviter que les professionnelles ne puissent être identifiées à l'aide de leur planning de travail et les patientes par leurs dates de séjour.

Mr C : Oui. Tandis que là. Bon déjà, bon, l'Hôtel Dieu est ce qu'il est hein, c'est un vieux bâtiment. Déjà c'est froid de par le, l'infrastructure quoi. Et puis le personnel, bon ils sont là, ils sont au boulot, quoi. C'est boulot dodo quoi. En gros c'est ça. On le ressent vachement vite. [Mr et Mme C ne sont pas originaires de la région].

La quasi absence de parking pose aussi problème aux visiteurs comme aux professionnels qui ne possèdent pas de place nominative. Il est effectivement très difficile et cher de stationner en centre ville. Le problème se pose avec tellement d'acuité que la direction de l'Hôtel Dieu a récemment commandé une enquête à un cabinet de consultants pour essayer d'y remédier.

En somme, l'Hôtel Dieu fait partie du tissu urbain du centre de Clermont-Ferrand, et ce lieu est chargé d'affectivité. Sa réputation le précède en Auvergne et les patientes qui sont transférées dans la maternité et qui viennent parfois de loin le connaissent au moins de réputation.

- La maternité, une organisation par étage

La maternité a été construite en 1890 à la suite des réflexions hygiénistes sur l'accouchement qui eurent lieu en France à cette époque. En 1885, la maternité de Clermont Ferrand, située dans un couvent, était malsaine et bondée. Lors d'une épidémie, 8 femmes sur 15 ont succombé. Cette catastrophe sanitaire a accéléré la construction de la maternité de l'Hôtel Dieu¹¹. Elle était alors située dans les jardins, afin de favoriser la circulation de l'air sain, selon les préceptes alors en vigueur. Depuis, elle a été entourée par d'autres bâtiments, mais une partie de ses fenêtres donne toujours sur le jardin Lecoq. Elle est accessible directement depuis la rue, mais en passant par la porte principale il faut traverser pratiquement tout l'hôpital. Dès le 2 juillet 1892, il fut décidé de construire une école d'accouchement juste à côté de la maternité, encore actuellement école de sage-femme. La maternité de l'Hôtel Dieu avait dès sa conception une ambition pédagogique qu'elle conserve aujourd'hui en tant qu'élément d'un centre hospitalier universitaire. Je souligne cette dimension parce que les étudiants prennent une place importante dans ces lieux et leur présence en nombre est souvent évoquée par les patientes dans leur récit.

Malgré les rénovations et réaménagement successifs, l'ancienneté du bâtiment pose un certain nombre de problèmes dont le plus crucial est celui du manque d'espace. En effet, les machines de plus en plus perfectionnées nécessitent de la place.

Par exemple, une femme devait être déplacée en brancard pour aller faire des examens complémentaires. Pour la déplacer du lit au brancard, il a fallu sortir le mobilier de la chambre, de manière à pouvoir déplacer le lit, ceci afin d'en rapprocher le brancard. Cette opération a nécessité la mobilisation pendant près de 10 minutes de deux brancardiers, de la sage-femme, de l'élève sage-femme et d'une aide-soignante. Plus tard dans la journée, Virginie (sage-femme, 36 ans, 20 ans de métier) m'a fait remarquer : « *t'as vu nos conditions de travail ? Tu as vu pour déplacer Mme G. il a fallu tout le monde et un bon moment !* » [Note, avril 2007].

L'installation de sanitaires dans les chambres n'a pas non plus été possible : les sanitaires se trouvent dans les couloirs et les chambres ne sont équipées que d'un lavabo avec un rideau. Pièces et couloirs sont exigus et il est vrai que les chambres comprenant plusieurs lits et sans sanitaires ne correspondent pas aux normes de confort contemporaines. De plus, la disposition des lieux n'avait pas été prévue initialement pour permettre les flux aujourd'hui nécessaires au fonctionnement, ce qui provoque attentes et gênes dans les couloirs. Les appareils –monitoring, chariot, brancards, fauteuils roulants- sont entreposés dans les couloirs et doivent être déplacés pour permettre certaines opérations (*encadré 4*). Outre ces aspects techniques, les peintures et les carrelages sont sombres et écaillés dans les couloirs – la peinture des chambres a été rajeunie en 1997-. L'ensemble apparaît tout de même terriblement vieillot.

¹¹ Cf. Jean BELIN, *op.cit.*

Encadré 4 : Le matériel est entreposé dans les couloirs exigus



Service de Grossesse à haut risque, maternité de l'Hôtel Dieu, avril 2007.

Cependant, l'exiguïté des lieux et leur disposition favorisent la rencontre entre les professionnelles. Elles participent à une sorte d'ambiance de « maison », qui vient contrecarrer l'impression « industrielle » ressentie par les patients. En effet, nombre d'informations sont échangées fortuitement, au passage. Les services sont à proximité, ce qui permet beaucoup d'échanges informels entre les équipes. Ces échanges, bien qu'informels, tiennent une place essentielle dans le déroulement des soins, comme l'explique Mélanie (sage-femme, 25 ans, 18 mois de métier) :

Quand [les patientes] sont suivies dans les locaux, même si on ne les a jamais vues, il y a forcément quelqu'un qui la connaît, qui va nous dire et bien voilà. On se parle entre nous, on n'est pas des robots qui ne font que se croiser, on parle un petit peu. On va se dire oh et bien moi je l'ai suivie, je l'ai croisée, c'est une patiente anxieuse. Et puis attention dans la famille et bien il y a eu le décès du papa il y a deux mois, des petites choses comme ça qui peuvent être marquées des fois dans le dossier, mais qui ont plus d'influence de façon orale parce que, parce que et bien on ne note pas tout. Et bien on ne va pas noter en détail le décès du papa, les conditions.

Ascenseurs et couloirs se prêtent à la rencontre des professionnels : avec les contraintes pour permettre le passage, la présence d'autrui s'inscrit dans les mouvements du corps. La proximité entraîne de facto le contact, et ceci en particulier entre les différents corps de métier. Les sages-femmes doivent par exemple faire reculer leur chariot de soin pour permettre à l'aide-soignante de sortir le tensiomètre d'une chambre. Ce jeu de reconfiguration permanente de l'espace engage la discussion. Ainsi, déplacer des objets pour faciliter le travail des soignants m'a souvent permis d'engager la discussion sans que cela n'apparaisse surfait.

En revanche, l'espace de convivialité est réduit au maximum pour les patients. Les chambres collectives ne permettent pas vraiment l'intimité des familles, mais elles sont le seul lieu qui favorise l'échange avec toutefois une dimension de contrainte. Il n'y a pas d'espace commun où les patientes et leurs visiteurs pourraient rencontrer les autres patients. La seule « salle d'attente » est le hall d'entrée, espace bruyant, avec quelques chaises en plastique et un distributeur, traversé de courant d'air. Pour lutter contre le tabagisme, il n'y a pas de fauteuil ou de bans à l'extérieur et le perron est constitué d'un parking peu engageant (encadré 5). En somme, rien n'est prévu pour favoriser la rencontre. Je n'ai jamais observé de conversation entre des patients ou leurs visiteurs.

Encadré 5 : Vue extérieure de la maternité



La façade de la maternité contraste avec les autres bâtiments. En bas à droite, on peut voir le hall et le « parking/perron ».

Maternité de l'Hôtel Dieu, avril 2007.

La maternité est organisée en quatre étages qui matérialisent la séparation entre les services (*encadré 6*). Le rez-de-chaussée est occupé par l'accueil, les consultations gynécologiques, les salles d'accouchements et le bloc opératoire. C'est un endroit bruyant, et on entend parfois au gré des ouvertures de portes les cris de femmes en travail. On y trouve aussi le bureau de la surveillante ainsi qu'une salle de réunion. Le premier étage est celui des « suites de couches ». Outre les chambres réservées aux femmes avec leurs nouveaux nés, on y trouve quelques bureaux – médecins, médecin chef de service, surveillante –, la nurserie, la tisanerie –pièce réservée aux soignants pour leur repas ou collations et où les aides-soignantes finalisent les plateaux repas- et la « salle de soin ». Cette dernière fait en réalité plus office de bureau des sages-femmes puisque c'est là que sont constitués et rangés les dossiers, ainsi que préparés les médicaments. En revanche, on n'y soigne jamais aucune patiente.

Le deuxième et dernier étage est divisé en deux parties. D'un côté le service de soins gynécologique, et de l'autre le service des grossesses à haut risque (GHR). Il y a aussi au milieu de la GHR¹² une salle de consultation gynécologique. Quelques chambres de cette partie du deuxième étage sont attribuées en fonction des besoins au service de gynécologie, à celui de GHR ou même en cas d'affluence à celui des suites de couches.

Le sous-sol est réservé aux professionnels. On y trouve la salle de repos des internes, une salle de conférence équipée, mais surtout machines à laver et couloirs de distribution à l'usage des aides-soignantes et des agents hospitaliers pour gérer approvisionnement et évacuation des échantillons, linge et autre. Il est aussi fréquenté par les élèves sages-femmes pour se rendre de l'école à la maternité. S'il est en sous-sol quand on y accède par l'entrée principale, la pente du terrain fait que la porte du sous-sol donne sur l'entrée de service de l'école de sage-femme où les élèves sage-femme en stage se retrouvent pour manger. Le sous-sol est particulièrement vétuste, mais les patients ne le fréquentent que pour se rendre aux cours de préparation à la naissance qui ont lieu dans la salle de conférence.

La séparation de la maternité par étage donne lieu à l'utilisation d'un champ lexical géographique par les professionnelles. En GHR « *elle est descendue* » signifie que la patiente accouche ou a accouché. En salle d'accouchement « *elle est montée* » signifie que le bébé est né et « *elle est au deuxième* » que la situation s'est stabilisée dans le cas d'une menace d'accouchement prématuré. Là encore, il est important de maîtriser le code pour comprendre les professionnelles.

¹² L'usage du déterminant « la » peut sembler curieux, mais c'est celui qui est utilisé par les professionnelles.

Encadré 6 : Organisation des services par étage



Rez-de-chaussée : en face le bureau de la surveillante, à gauche l'accès soignant aux salle d'accouchement et bloc opératoire, à gauche après l'ascenseur ; accès au sous-sol, à gauche au fond : la salle de réunion où se tiennent les « staff » quotidiens.

Premier étage : enfilade de chambres de « suites de couches ».



Le sous-sol est principalement consacré à l'entretien.

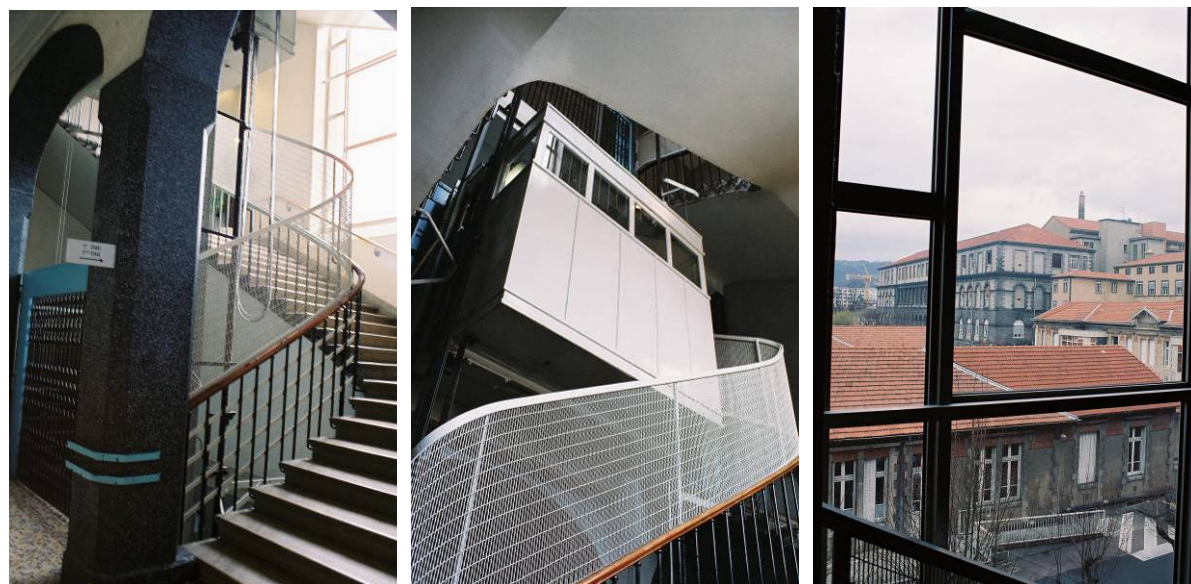


Le deuxième étage est divisé en deux : GHR et gynécologie.

La large cage d'escalier –dont la taille contraste avec la largeur des couloirs- enserme un ascenseur d'époque, utilisé par les patients aussi bien que par les soignants quand ils déplacent des chariots et autres encombrants. Fermé par un grillage, il est assez convivial car on peut voir ce qui se passe dans la cage d'escalier en même temps que l'on monte ou descend. Il faut fermer les grilles de la porte manuellement, y compris quand on sort. Ce détail inhabituel fait qu'il est souvent bloqué à un étage à cause des étourdis (*encadré 7*). On trouve aussi dans la cage d'escalier le seul téléphone de la maternité. Avec la résonance acoustique de l'escalier, cet emplacement nous assure de profiter pleinement de la conversation des personnes qui l'utilisent. Cette cage d'escalier constitue le lien principal entre les trois étages. C'est un lieu de circulation spacieux. Elle est au cœur de l'organisation de la maternité.

Il existe également un ascenseur de service, plus « récent », mais très étroit et peu fiable. Il est emprunté uniquement par les professionnels.

Encadré 7 : Cage d'escalier et vue de la cage d'escalier



Maternité de l'Hôtel Dieu, avril 2007.

La maternité de l'Hôtel Dieu possède une architecture particulière qui contraint fortement la circulation et influence l'organisation du travail et par conséquent les interactions entre patients et professionnels. La commodité du regroupement des services est contrebalancée par le manque récurrent de place et de confort, ceci aussi bien pour les soignants que pour les patients. Nous verrons que ce cadre revêt une grande importance dans l'expérience des femmes hospitalisées dans le service de GHR.

Dans le service des grossesses à haut risque, le mouvement perpétuel des soignants contraste avec l'immobilité forcée des patientes.

- L'organisation du travail

Le service des grossesses à haut risque est situé au deuxième et dernier étage de la maternité. Il prend en charge les patientes hospitalisées au cours de leur grossesse et en attente ou ayant subi une interruption médicale ou thérapeutique de grossesse. En cas de surcharge du service des suites de couches, il accueille également des femmes dont le nourrisson est en service de soins néonataux, mais aucun nouveau né. Les femmes hospitalisées sont contraintes à une immobilité qui contraste fortement avec le mouvement perpétuel du personnel soignant. Le service est composé en journée du côté soignant par une sage-femme, souvent assistée pendant la journée d'un ou une élève¹³, une aide-soignante et une agent de service hospitalier. Le suivi médical est effectué par un interne qui fait appel au titulaire présent en cas de nécessité. Si les tâches sont divisées en fonction des statuts, j'ai pu constater une certaine perméabilité en fonction des besoins du service et des moyens disponibles. Je vais présenter une journée type du service pour rendre compte du travail de chacun dans le service, sachant que les urgences et les imprévus sont aussi une composante essentielle du travail à la maternité. Je relaterai quelques uns de ces imprévus dans le fil de mon analyse. La journée du service commence à six heures. L'aide-soignante¹⁴ « du matin » fait le ménage du bureau des sages-femmes et du couloir. Elle vide les poubelles, vérifie la présence de papier hygiénique, de savon, etc. A sept heures, la sage-femme de jour arrive. Après un passage des dossiers avec la sage-femme de nuit, elle rend visite aux patientes : échange des nouvelles de la nuit, ouvre les volets. Elle est en général accompagnée par l'aide-soignante qui prend la température et les tensions. Mais si une élève sage-femme est présente, c'est plutôt elle qui effectue cette tâche. L'aide-soignante sert ensuite les petits déjeuners. Pendant ce temps la sage-femme prépare le chariot des soins, les seringues à remplacer dans le pousse seringue, les prises de sang à effectuer, les monitoring à poser (encadré 8).

¹³ Seuls les élèves sages-femmes de quatrième année (dernière année) font un stage en GHR. Les autres font leurs stages dans le service des suites de couches.

¹⁴ La présence féminine largement dominante justifie l'emploi du féminin générique. Si l'on excepte les médecins, la majorité des professionnelles sont des femmes. Il n'y a en fait qu'un aide soignant (que je n'ai jamais rencontré) et un élève sage-femme (le nom des hommes pratiquant le métier de sage-femme prête à débat comme l'explique Philippe CHARRIER dans « Des hommes dans une profession « traditionnellement » féminine : choix professionnel et dénomination chez les hommes sages-femmes », intervention au colloque *L'inversion du genre* à Brest, les 18-19-20 mai 2006, mais cet étudiant se définit lui-même comme étant un « homme sage-femme »).

Encadré 8 : Dans la salle de soin, la sage-femme prépare les traitements



Quand les patientes ont fini de déjeuner, l'aide-soignante fait les lits, change les taies d'oreiller, vide les bassins, effectue l'entretien nécessaire dans les chambres. Elle descend les sacs de linge sale au sous-sol où un camion viendra les chercher pour les emmener à la laverie générale. Elle emmène aussi les échantillons pour les analyses, soit dans un frigo placé à cet effet au sous sol, où les transporteurs viendront les récupérer, soit en cas d'urgence elle les emmène elle-même au laboratoire de l'hôpital. L'agent de service hospitalier prend son service à neuf heures. Elle est chargée de nettoyer et stériliser les instruments (encadré 9) et de faire le ménage des chambres en profondeur : sols, plaintes, rideaux...

Encadré 9 : la salle de stérilisation



La salle de stérilisation est l'espace des aides-soignantes et auxiliaires de soins. Elles y rangent le matériel ménagé, et y nettoient les instruments. Le tri du linge aussi est minutieux.

A neuf heures également, internes et médecins se retrouvent en salle de réunion pour le « staff » qui présente les patients de la veille et de la nuit. Le staff est pris en note par les secrétaires et les surveillantes. Consultations et actes sont passés en revue dossier par dossier. Après le « staff », internes et titulaires font les visites (encadré 10). L'équipe se constitue à l'aide des bippers. Elle se compose du médecin en charge du service pour la journée, de l'interne, d'un ou deux externes¹⁵ en médecine, de la sage-femme, de l'élève sage-femme, et parfois d'un étudiant en pharmacie de

¹⁵ Les externes sont les étudiants en cinquième année de médecine. Ils ne pratiquent pas, doivent seulement observer.

quatrième année. Le médecin pose des questions sur la patiente pour se mettre à jour devant la porte de la chambre. Tout le monde entre ensuite sur ses talons. La visite dure quelques minutes : le médecin vérifie l'adéquation des soins avec les besoins de la patiente, échange quelques mots avec elle, internes et sage-femme prennent en note les décisions du médecin sur le dossier en sortant.

Encadré 10 : Les chariots

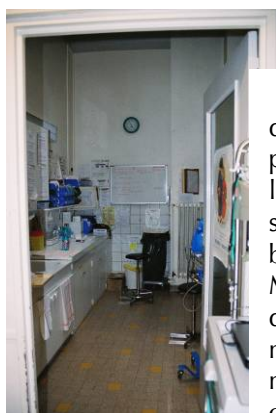


Les chariots sont caractéristiques du travail des soignants. Rares sont les déplacements qui se font sans qu'ils ne poussent l'un d'eux : chariot des repas, appareils de soins etc. Ici à gauche, l'appareil servant à mesurer la tension et à droite le chariot des visites qui supportent le classeur des feuilles de soins et les tiroirs qui renferment les médicaments courants.



Vers onze heures, l'aide-soignante descend au premier étage, à la tisanerie, pour vérifier les plateaux repas, et les met à chauffer. S'il n'y a pas d'urgence, l'activité du service se ralentit. Les sages-femmes et les aides-soignantes des trois services (GHR, suite de couches et gynécologie) prennent cafés, thés ou collations dans le service, les sages-femmes dans la « salle de soin » et les aides-soignantes dans la remise. Les internes et les médecins descendent manger au réfectoire. Le moment du repas est un moment privilégié pour échanger des informations sur les patientes et personnels suivant les affinités (*encadré 11*).

Encadré 11 : Division professionnelle de l'espace



Sages-femmes et aides-soignantes déjeunent dans le service. On peut observer une division de l'espace. En haut, la « salle de soin » où toutes se préparent une boisson chaude à l'occasion. Mais c'est principalement le lieu des sages-femmes. Elles y mangent et y préparent les soins médicaux. En bas, « la réserve » où déjeunent les aides-soignantes des trois services. C'est un lieu principalement à leur usage professionnel, où sont rangées les fournitures plutôt à leur usage, moins « médicales » : draps, bandages, etc. C'est aussi là que l'on trouve le tableau des aides-soignantes.



A midi, l'aide-soignante apporte les plateaux-repas aux patientes. L'aide-soignante du matin finit sa journée à treize heures. L'après-midi est consacrée à différents examens, aux échographies et monitorings qui n'ont pas été passés le matin. Avec les urgences et les admissions, elle est très occupée. Par exemple à chaque départ, l'aide-soignante doit nettoyer la chambre et « faire le lit en grand », c'est-à-dire en changer tous les draps. La sage-femme se présente à chaque nouvelle patiente et met en place les traitements. L'élève sage-femme du matin termine à quinze heures, et l'élève sage-femme de l'après-midi arrive à treize heures. A seize heures, l'aide-soignante d'après-midi distribue les goûters. En fin d'après-midi, la sage-femme administre les différents traitements et fait de nouveau le tour des chambres pour prendre des nouvelles des patientes. Ce moment est consacré à un échange plus approfondi sur le moral, les projets etc. Elle prend soin ensuite de remplir les dossiers et la feuille de service en détail à l'attention de la sage-femme de nuit. Vers dix-huit heures l'aide-soignante fait chauffer les plateaux du soir. A dix-neuf heures, la sage-femme de nuit arrive. Pour la nuit elle sera seule (elle peut bien sûr faire appel à l'interne de garde) pour s'occuper des deux services (GHR et suite de couche). Il y a un bon quart d'heure de passage d'information et la sage-femme de jour ainsi que l'élève d'après-midi s'en vont. L'aide-soignante s'en va après avoir repris les plateaux repas. La sage-femme de nuit fait le tour des chambres pour s'assurer que les patientes n'ont besoin de rien, elle distribue des tisanes et si besoin des aides aux sommeils. Ce passage lui permet de prendre contact et de se présenter, afin que les patientes soient moins angoissées si elles doivent faire appel à elle dans la nuit. Les professionnelles ont le sentiment de travailler dans de mauvaises conditions. Elles se plaignent beaucoup des lieux, de leur vétusté, de leur configuration. Ces plaintes sont en général formulées au nom de l'intérêt des patientes, mais elles expriment surtout un sentiment de malaise. Nombreuses sont les soignantes qui m'ont fait remarquer l'absence de fenêtre dans le bureau des sages-femmes par exemple. Lorsque j'ai demandé l'autorisation de prendre des photos, on m'a répondu « *Bien sûr ! Montre leur nos conditions de travail* ».

- Professionnels et profanes, deux rythmes opposés

Les soignants sont sans cesse en déplacement. A chaque appel de patiente, ils laissent une tâche pour en accomplir une autre, et la reprennent quand ils le peuvent. Les moments calmes sont rares et la multiplicité des impératifs conduit les soignantes à hiérarchiser leurs activités en fonction de l'urgence. Cela les entraîne parfois à différer la demande d'une patiente, sans avoir le temps de la prévenir. Le temps leur paraît plus long à elles qui sont tenues de rester alitées. Ainsi, le rythme et donc la perception du temps est absolument opposé selon que l'on se trouve avec les soignantes qui sont presque toujours en effervescence et qui manquent de temps, ou avec une patiente dans une chambre, pour qui le temps s'égrène doucement, rythmé par les passages des soignants.

Mme H (30 ans, kinésithérapeute, pas d'enfant) : Finalement je suis contente que le rythme soit toujours un peu le même. Ça va faire longtemps maintenant, ça va faire six semaines [que je suis dans la maternité]. Et quand ça ne se passe pas tout à fait dans l'ordre des habitudes je suis, ça me gêne quoi, c'est idiot ! Parce qu'à la maison on n'est jamais dans des rythmes et on mange à des horaires n'importe lesquels mais voilà.

Moi : ça scande le temps.

Mme H : Oui c'est ça j'ai besoin de savoir à telle heure il y a ça qui se passe et à telle heure il y a ça qui se passe et voilà. Ça me manque si ça n'a pas lieu. Même si ce n'est qu'un petit rituel et...

La division des tâches est relativement souple ; elle aussi est marquée par la disposition des lieux. L'enchevêtrement forme un cadre propice à l'entraide entre professionnels. L'exiguïté les entraîne à se croiser sans cesse et à entrer en contact pour s'organiser afin de ne pas se gêner. Par exemple, il sera absolument impossible d'accéder à une chambre avec le tensiomètre ou le chariot de visite si l'aide-soignante est en train de distribuer les repas. La nécessité d'accélérer parfois le mouvement conduit donc les professionnelles à s'accommoder d'une porosité de la division du travail. Ainsi il est fréquent de voir la sage-femme participer au débarrassage des plateaux repas afin que l'aide-soignante puisse évacuer son chariot plus rapidement, ou tout simplement distribuer les collations de seize heures pour soulager l'aide-soignante débordée. Les chambres allouées au service de GHR offrent un nombre de lits parfois insuffisant : en cas d'affluence, certaines chambres du service de gynécologie sont attribuées à des patientes de la GHR¹⁶. Cette redistribution entraîne des complications au niveau de l'organisation. Les couloirs sont étroits et rejoindre les chambres de l'autre service avec les chariot demande de l'ingéniosité. Ensuite, les sages-femmes doivent reporter à la main sur leur fichier des cases concernant ces chambres. Enfin, les aides-soignantes doivent modifier la distribution des plateaux dans les blocs repas car en cuisine les plateaux sont triés en fonction des numéros de chambre alors que la distribution des repas est assurée par service. Les plateaux de ces patientes de GHR sont alors groupés avec ceux de gynécologie alors que c'est l'aide-soignante de GHR qui doit les distribuer.

¹⁶ Pour un schéma du service se référer à l'annexe 1.

Ce bricolage nécessite une coopération des soignants des autres services. Cette coopération est facilitée par le fait que la plupart des soignants change régulièrement de service¹⁷. Mais la collaboration va plus loin encore. En effet, en cas de grande affluence, les services se confient des patientes. Par exemple, s'il y a saturation du service suite de couche, il n'est pas rare qu'une patiente dont l'enfant est dans le service des soins néonataux soit accueillie en GHR. J'ai aussi vu des soignants aller proposer leur aide aux autres étages pour soulager leurs collègues. Il me semble que cette collaboration étroite est rendue possible par la proximité spatiale qui conduit à un décloisonnement. Enfin, l'urgence et l'imprévisibilité qui caractérisent le travail à la maternité entraînent aussi les professionnelles à s'entraider. Un jour de grande affluence, l'aide-soignante en charge de la GHR s'est piquée avec une seringue en vidant une poubelle. Elle est descendue consulter la médecine du travail. Elle a donc cessé son activité pendant environ une heure et demi. La sage-femme a alors distribué les collations pour lui permettre de rattraper son retard sur le nettoyage des chambres. En somme, les professionnelles peuvent décider de manière autonome de se charger de tâches théoriquement attribuées à leurs collègues afin de permettre un bon fonctionnement du service.

Le matin en arrivant dans le service je trouve les aides-soignantes en train de faire le ménage. Michèle (sage-femme, 40 ans, 15 ans de métier) m'explique : « *on a un agent mais elle est réquisitionnée en bas, alors ce sont les aides-soignantes qui font le ménage* ». Du coup ce matin là Michèle et l'élève sage-femme font les actes normalement attribués aux aides-soignantes (lits, soins, toilettes...) [Notes, novembre 2006]

On a vu que la disposition des lieux revêtait une grande importance pour l'organisation du travail des professionnelles. Les patientes sont elles aussi amenées à séjourner pour de longues périodes dans le service. Les lieux constituent un cadre structurel pour elles aussi, même si les implications sont différentes. Les femmes que j'ai interrogées étant transférées à l'Hôtel Dieu par un autre établissement, elles n'avaient pas choisi cette maternité qui leur était pour la plupart inconnue ou presque¹⁸.

Dans le récit de leur arrivée ou de leur sentiment concernant l'expérience de l'hospitalisation, elles racontent toutes avoir été effrayées par l'apparente vétusté du service. Après avoir été examinées en salle d'accouchement, elles sont conduites directement dans leur chambre, sauf si aucune chambre seule n'est disponible, auquel cas elles seront amenées à en changer. Les chambres n'ont pas le même aspect. Certaines situées au sud sont peintes de couleurs chaudes et sont plus larges que celles situées au nord (*Encadré 12*). Suivant la chambre occupée, le ressenti des lieux est différent. Les professionnelles ont conscience de la différence de qualité suivant les chambres et essaient au maximum d'attribuer les chambres les plus confortables aux patientes qui séjournent le plus longtemps.

Mme I (24 ans, assistante sociale, pas d'enfant): C'est vrai que moi quand je suis arrivée déjà, en plus on arrive on est allongée donc ce n'est pas...donc moi je connaissais un petit peu les lieux parce que ma belle sœur avait été hospitalisée ici il y a 6 ans en arrière. Donc je ne me rappelais plus trop en fait comment c'était etc. donc je sais que quand je suis arrivée déjà, j'ai vu les murs franchement, en plus il pleuvait cet après midi, donc j'étais couchée, je vois les murs je me suis dit dans quoi tu arrives, je monte dans l'ascenseur, je vois l'état de l'ascenseur je me dis alors là c'est la déprime, et alors finalement quand je suis arrivée dans la chambre je me suis dit bon, ça pourrait être pire. Finalement il y avait un petit peu de couleur.

Moi : Vous êtes venue directement ici ?

Mme I : Directement on m'a mis là en fait et quand j'ai vu, j'étais presque contente voilà. J'étais contente, ça m'a rassurée, parce que quand j'ai vu les murs comme c'était gris etc. je me suis dit ahhh ! Je savais surtout que j'en avais normalement pour un moment quoi donc je m'étais dit passer deux mois dans une chambre comme ça je vais péter un plomb quoi.

(Mme I dispose d'une des chambres les plus confortables de la GHR).

Le manque d'espace pèse plus ou moins sur le moral en fonction des habitudes personnelles. En revanche l'absence de sanitaires privés est un inconvénient que les femmes hospitalisées dans ce service ont toutes ressenti. Il est en effet difficile de faire sa toilette dans le lavabo entouré d'un rideau. Comme elles doivent limiter leurs déplacements au maximum, les trajets vers les toilettes et les douches sont vécus comme un véritable effort, d'autant plus qu'elles les estiment contradictoires des consignes d'immobilité. Certaines n'osent pas se déplacer et se restreignent au lavabo individuel de leur chambre.

Mme C (34 ans, employée, un enfant) : Qu'est-ce qui m'a déplu le plus à la maternité de l'Hôtel Dieu ?

Mr C (35 ans, militaire, un enfant) : Déplu le plus ? De toute façon c'est l'infrastructure pour l'instant. C'est démoralisant l'Hôtel Dieu. C'est démoralisant.

¹⁷ Il faut demander spécifiquement à rester attaché à l'un ou l'autre service pour ne pas en changer régulièrement.

¹⁸ Pour une réflexion détaillée sur la situation de transfert, voir le chapitre 2.

Mme C : Il faut vraiment habiter en ville pour connaître ces vieux immeubles.

Mr C : Faut être habitué.

Mme C : Je pense que celui qui est habitué bon ben il ne perd pas le moral quoi. Mais quand vous habitez à la campagne vous avez l'habitude de, vous ouvrez votre porte, vous sortez dehors ! C'est ce fait de... c'est la ville en fait. Le bruit, ça n'arrête pas.[...] Et puis pour se laver le matin. Poh !...alors il faut attendre que [?] et puis pour fermer le rideau, là, pour fermer, parce que si je commence à tout me vider, non je vous jure ! Les volets je les laisse, et je ne ferme que le pan, en fait que ce qui vous sert de cabine. Il n'y a pas beaucoup de place ! Quand vous avez un ventre comme ça, vous faites comment ? J'avais le ventre qui touchait le lavabo donc finalement, je ne pouvais pas fermer leur espèce de cabine ! Donc c'était beaucoup de travail pour se laver (rires). Et puis c'est le fait de ne pas prendre de douche. Oh, c'était terrible ça !

Moi : Et ça c'était lié à votre condition ou le bâtiment ?

Mme C : Non, non, c'était lié aux conditions de il ne fallait pas que je bouge quoi. Je me levais juste pour aller me laver au lavabo, mais quand il fait chaud ! [...] mais vous dites, on dit ce n'est pas grand-chose des toilettes dans une chambre. C'est énorme. Parce que après j'avais la hantise, c'était d'aller aux toilettes pour croiser quelqu'un !

Mr C : Et puis de te refaire engueuler.

Mme C : Et puis de me refaire engueuler. Mais après si vous voulez je, je l'aurais sûrement pris moins mal. Mais tout le temps

Moi : C'est vrai ? Vous y réfléchissiez : j'attends un peu, j'irais tout à l'heure

Mme C : non, je ne pouvais pas attendre. Non, attendre je ne pouvais pas. Ce n'était plus possible à la fin. Donc j'y allais et puis ma foi, je tombais sur quelqu'un, je tombais sur quelqu'un.

Encadré 11 : Une chambre



Cette chambre est l'une des plus confortables du service. Deux autres sont équivalentes. Les autres chambres seules sont nettement plus étroites.

L'infrastructure a une influence certaine sur l'expérience. Les patientes qui avaient initialement choisi pour le suivi de leur grossesse et leur accouchement la clinique de Clermont Ferrand admettent à demi-mot qu'elles l'avaient fait en partie pour le confort qu'elle propose, bien que cette motivation n'arrive souvent qu'en deuxième position, après le fait d'y connaître un praticien. Par contre, les patientes qui ont le plus intégré leur indispensable collaboration au soin relativisent l'importance de cette vétusté, considérant que la dimension primordiale est celle de la qualité des soins reçus.

Mme A (36 ans, comptable, pas d'enfant) : C'est-à-dire que quand vous arrivez d'une chambre où vous avez les toilettes et tout ça... Mais le côté vieillot on connaît du CHU, moi je suis du coin, je connaissais, je savais que je n'allais pas vers quelque chose du plus confortable possible c'était certain. Mais le confort est largement secondaire par rapport à la prise en charge médicale qui elle est primordiale. Donc il faut savoir quelle est la priorité, le confort c'est du détail.

Les sages-femmes s'efforcent d'attribuer les chambres seules en premier lieu, et les chambres collectives ne sont données qu'en dernier recours. L'absence de lieu collectif conjuguée à l'immobilité des patientes conduit à leur isolement. Elles ne peuvent partager leur expérience, ni lier connaissance avec les autres patientes.

Ainsi, la chambre individuelle constitue un confort à double tranchant. Les femmes qui reçoivent beaucoup de visites sont satisfaites de posséder une certaine intimité :

Moi : Comment ça se passe avec les autres femmes ?

Mme A : Et bien malheureusement on ne se voit pas ! Parce que comme on est toutes plus ou moins dans le même cas, la plupart du temps clouées sur notre lit. De temps en temps je croise, quand on va aux toilettes, mais sinon c'est tout. Alors la seule personne avec qui j'avais quelques liens c'est la personne qui était avec moi dans la chambre quand j'étais dans la chambre à deux lits en arrivant. J'ai su qu'elle avait accouché, je lui ai passé un petit coup de fil. Bon, son titou était en néonate. Ça n'allait pas plus mal. Mais bon on a appelé et puis on s'est perdues parce qu'elle a dû sortir elle sans doute. Mais sinon on ne se voit pas. Et puis bon, je ne sais pas si c'est forcément... Et puis moi je ne le cherche pas forcément non plus. Ce n'est pas dans mon tempérament. Je trouverais quelqu'un qui me parlerait ça ne me gênerait pas, mais ce n'est pas quelque chose que je recherche.

Moi : Vous préférez être en chambre seule ?

Mme A : Ah oui, ça sans doute oui. Complètement.

Tandis que celles qui en ont peu se sentent réellement isolées :

Moi : Et vous n'avez pas eu de contact avec les autres dames qui étaient en même temps que vous dans le service ?

Mme C : Je n'ai connu personne, j'étais dans ma petite chambre au bout du couloir là, c'est vrai que vous ne voyez personne hein !

Mr C : Le placard à balais. C'est vrai que c'était mal fichu quand même.

La chambre individuelle apparaît comme une norme de confort contemporain. Plusieurs patientes en sont satisfaites car cette disposition leur permet de recréer une intimité familiale. Mais à propos de cette norme il existe un décalage entre les patientes isolées, plutôt issues de milieu populaire, et les sages-femmes. Elles regrettent de devoir placer des patientes en chambres collectives et elles soulignent souvent la présence des chambres collectives comme un symbole de la vétusté de la maternité. Pourtant, la chambre collective peut permettre à certaines de partager leur expérience avec d'autres femmes concernées. Ainsi, un soir, une dame est arrivée en GHR. Son compagnon l'avait quittée peu de temps avant.

Une dame arrive, visiblement fragile, au bord des larmes. Michèle (sage-femme, 40 ans, 15 ans de métier) est ennuyée. « *Dans ma suite présidentielle [c'est le surnom de la chambre à trois lits] j'ai déjà deux patientes. Est-ce que votre mutuelle prend en charge les chambres seules ?* » La dame répond « *Je ne sais pas, mais je ne veux pas dormir toute seule, je vais craquer* ». Il s'ensuit une incompréhension complète entre la sage-femme qui insiste pour mettre la patiente en chambre seule pour qu'elle soit tranquille et la patiente qui répète qu'elle préfère une chambre collective. Finalement la sage-femme conclue : « *D'accord, on va essayer comme ça et si ça ne va pas, on vous changera* ». Elle ne parvient pas à comprendre que la chambre collective puisse correspondre à un véritable souhait de la patiente. [Notes, novembre 2006]

Ce qui est intéressant c'est l'écart entre les souhaits que les sages-femmes attribuent aux patientes à partir de l'image qu'elles se font de l'expérience et les ressentis concrets de certaines personnes pour qui l'alitement dans une chambre seule se transforme en un véritable cauchemar.

Les murs du service sont chargés d'affichettes porteuses de différents types de messages, qui constituent des interfaces omniprésentes par leur présence en masse. Nous pouvons les diviser en deux groupes selon les lecteurs auxquels elles sont destinées. Le premier groupe concerne les informations à destination des professionnelles. Elles sont principalement accrochées dans des lieux qui leurs sont réservés. On y trouve les protocoles à suivre, des consignes d'entretien et d'usage du matériel, mais aussi des lettres de patientes rentrées à domicile et des photos d'enfants nés après une hospitalisation. Ce groupe est intéressant en ce qu'il constitue une connaissance commune entre les professionnelles et garantit ainsi une certaine unité de comportement sans nécessiter d'échanges. Par exemple, une affiche à propos du tabagisme des femmes explique en détail le comportement à adopter et les conduites à tenir. Le second groupe, à destination des patient-e-s est essentiellement constitué d'affiches de prévention et d'information. L'étude de ces affiches est intéressante parce que celles-ci sont un support matériel des normes en vigueur : prévention alcool et tabac, mais aussi incitation à l'allaitement etc. On trouve une affiche de prévention contre l'absorption d'alcool de la femme enceinte jusque dans les toilettes. Ces affichettes constituent un rappel aux normes permanent.

- Une institution sexuée

Enfin, le service de GHR comme l'ensemble de la maternité est caractérisé par une très forte dominante féminine. Alors que l'on traite dans ce service de questions attribuées traditionnellement au féminin dans la division sexuée des tâches, à savoir le travail de reproduction, le personnel soignant en relation avec les patientes est constitué presque exclusivement de femmes. Dans l'ensemble de l'équipe, il n'y a qu'un aide-soignant et un élève maïeuticien. Il y a trois médecins hommes, dont le chef de service. Toutes les internes sont des femmes, toutes les sages-femmes sont des femmes. Cette situation n'est guère exceptionnelle. En France, la quasi-totalité des métiers associés à la petite enfance et au soin sont pratiqués par des femmes : les hommes représentent 1% des emplois d'assistantes maternelles et 1% des éducateurs spécialisés dans la petite enfance¹⁹. Les chiffres de la DRESS montrent que dans la région Auvergne, au 1^{er} janvier 2004, 100% des sages-femmes étaient des femmes²⁰, tandis qu'elles représentaient 99% des effectifs de la profession dans l'ensemble de la France. Les femmes représentent 90.7% des aides-soignantes en 2004 et 81% des agents de services hospitaliers, tous services confondus. En outre, la gynécologie médicale est exercée aujourd'hui à 90% par des femmes²¹. La maternité et en particulier le service de GHR peut donc être considérée à double titre comme « un monde de femmes » dans lequel des femmes soignent des femmes pour assurer le travail féminin de reproduction, ou encore, comme le fait Gêrôme Truc comme une institution matrifocalisée²². Les normes de parentalités qui y sont véhiculées sont transmises par des femmes vers les femmes et le statut accordé aux pères est ambigu. Ils sont à la fois sommés de s'investir, de suivre l'ensemble de la grossesse, mais ils sont parallèlement mis à l'écart des soins et des examens. Ils ne sont pas considérés par les soignantes comme des interlocuteurs et elles ne leur adressent jamais la parole, bien que ce comportement soit en contradiction avec leurs représentations du « bon père » comme père présent.

Le travail en GHR est divisé en accord avec une division sexuée traditionnelle des tâches. Aux médecins les décisions techniques, et aux sages-femmes et aides-soignantes les soins proches du corps et le soutien moral : le travail de *care* à l'hôpital.

Cette division est ressentie par les patientes.

Mme I (24 ans, assistante sociale, pas d'enfant) : On a quand même des médecins qui, à force de faire ce métier ils perdent un peu d'humanité quoi on va dire. Ils ont, pour eux c'est tellement courant de voir des cols à 5mm ou des bébés prématurés qu'en fin de compte ils ne se rendent même plus compte de, vraiment ils banalisent les choses en fait. [...]

Moi : Et ça se passait toujours avec des médecins ou ça se passait aussi avec les sages-femmes ? Ou c'est différent avec les sages-femmes ?

Mme I : Disons qu'avec les sages-femmes je n'ai pas eu trop de, même à Issoire je veux dire, j'ai eu quand même, c'est vrai qu'au niveau des sages-femmes je n'ai pas eu, je veux dire les sages-femmes ce n'est pas pareil. C'est vrai qu'elles sont, je pense qu'elles comprennent mieux quand même que les médecins. Dans la mesure où ce sont elles qui vous accompagnent quand même tout au long, c'est vrai que, je veux dire quand même [...] C'est vrai que c'est elles qui, enfin, les sages-femmes quand même vous les voyez, quand elle viennent elles sont là le matin, toute la journée en fin de compte. Alors que les médecins vous les voyez voilà, à midi moins dix pour la visite, on vous dit et bien tout va bien continuez comme ça et puis après on revient vous chercher pour une échographie et puis voilà, enfin bon, et puis ils perdent, tout ce côté humain je trouve ils le perdent.

Je retiendrai comme définition du travail de *care* celle que propose Pascale Molinier :

« Par travail de care, je définis l'ensemble des activités qui répondent, pour reprendre la formule de Patricia Paperman « aux exigences caractérisant les relations de dépendance ». Prendre soin de l'autre, se soucier de lui de façon intellectuelle ou même affective, ce n'est pas nécessairement l'aimer, c'est faire quelque chose, c'est produire un certain travail qui participe directement du maintien ou de la préservation de la vie de l'autre, c'est l'aider ou l'assister dans des besoins primordiaux comme manger, être propre, se reposer, dormir, se sentir en sécurité et se consacrer à ses intérêts propres »²³.

¹⁹ Marc Bessin, « Le travail social est-il féminin ? », in Jacques Ion, *Le travail social en débat[s]*, Paris, La Découverte, 2005, p.152-169.

²⁰ « Les sages-femmes au 1^{er} janvier 2004 », Rapport de la DRESS, téléchargeable sur www.infirmier.com/doss/télécharger/dress-infirmier.pdf

²¹ Sabine Bessière, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue Française des Affaires sociales*, « Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », 1, 2005, p 19-33.

²² Gêrôme Truc, « La paternité en maternité. Une étude par observation », *Ethnologie Française*, XXXVI, 2006, Vol 2, p. 341-349.

²³ Pascale Molinier, « Le care à l'épreuve du travail », in *Le souci des autres, éthique et politique du care*, (Patricia PAPERMAN et Sandra LAUGIER, dir.) Paris, EHESS, 2006, p.301.

A l'hôpital, le travail de *care* s'ajoute au travail de *cure*, soit des soins médicaux au sens strict. Il est traditionnellement dévolu aux infirmières, puis a été en partie reporté sur les aides-soignantes au moment de la création de cette profession.

« En termes de division du travail, l'enjeu principal de la délégation du travail des infirmières vers celui des aides-soignantes a été de s'affranchir de la part considérée comme la plus ingrate du travail de care, c'est-à-dire les soins corporels d'hygiène et de confort. Cette part du travail de care appartient à la catégorie du dirty work (littéralement « sale boulot ») tel qu'il a été conceptualisé dans les années 1950 par le sociologue étasunien C.H. Hugues. »²⁴

Ce report du travail de *care* considéré comme le plus dégradant permet de se concentrer sur des tâches considérées comme plus nobles, comme l'assistance et le soutien moral. Bien que leur profession ait acquis un statut médical en particulier en attachant sa formation à celle des études de médecine, les sages-femmes effectuent en GHR un travail proche de celui des infirmières. Il n'y a pas d'infirmière dans les services de GHR et de suite de couches : cela montre que les sages-femmes effectuent le travail qui leur est habituellement dévolu ailleurs. Leurs positions dans la division hiérarchique du travail peuvent donc être comparées. Les métiers d'infirmière et de sage-femme n'ont, non pas été féminisés, mais toujours été associés au féminin. En effet, les capacités nécessaires au travail de *care* font partie des dispositions acquises par les femmes dans le cadre de la socialisation sexuée, comme le révèle l'analyse des travaux de Carol Gilligan²⁵ par Patricia Paperman²⁶. Ces dispositions sont naturalisées et apparaissent ainsi comme constitutives de la nature même de femme. Le travail de *care* est donc invisibilisé, puisqu'il apparaît comme résultant de la personnalité des personnes – des femmes pour une grande majorité- qui l'effectuent.

« Que le travail de care doivent s'effacer en tant que travail, qu'il doive ne pas se laisser apparaître, contribue à ce qu'il soit sous-évalué dans le registre du faire et surévalué dans le registre de l'être. Le travail de care est en règle générale confondu avec la féminité (la femme-douée-pour-le-relationnel), ou avec le féminin de l'homme ; il est perçu comme un don de soi qui serait une émanation de l'âme et non comme un savoir faire acquis avec l'expérience. Le travail de care est ainsi référé à des « qualités morales » qui sont aussi des « qualités de genre » et que l'on ne peut pas codifier ou rémunérer. »²⁷

En somme, les rapports sociaux de sexes sont une composante essentielle de l'expérience de l'hospitalisation en GHR, ils font partie du cadre structurel de cette expérience. En effet, la construction de la parentalité est liée à la place attribuée à chacun des sexes dans le travail de reproduction. Elle dépend des représentations que les parents se font des rôles parentaux sexués et des modèles de ces rôles véhiculés par les soignantes.

Le genre comme perspective analytique est une composante transversale de l'analyse de la co-élaboration des normes de parentalités dans les interactions entre les futurs parents et les soignant-e-s du service de l'Hôtel Dieu.

²⁴ *Ibid.*, p 300.

²⁵ Carol Gilligan, « Moral orientation and moral development », in V.Held (ed.), *Justice and Care. Essential Readings in Feminist Ethics*, Boulder, Westview press, 1995, p 31-46.

²⁶ Patricia Paperman, « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel », in *Le souci des autres, éthique et politique du care*, op. cit., pp. 281-297.

²⁷ Pascale Molinier, *op.cit.*, p.304.

CHAPITRE 2 : EMERGENCE DE L'OBJET EN PRATIQUE

Réflexion sur ma position

La recherche a été menée dans le cadre d'un appel à projet émanant du Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne qui souhaitait mieux connaître le vécu des femmes transférées pendant leur grossesse au sein du réseau. J'ai été introduite sur le terrain par le médecin en charge de la coordination de cette étude avec la maternité : elle m'a présenté les surveillantes de la maternité et fait visiter les lieux. Ensuite, je me suis présentée chaque matin de ma présence sur le terrain aux différentes professionnelles présentes car l'établissement de plannings complexes entraîne un véritable turn-over des soignantes. De part mon inscription dans cette étude, je disposais d'une légitimité institutionnelle qui m'a beaucoup aidée à me faire accepter. De plus, étant une jeune femme, d'approximativement le même âge que les étudiantes, nombreuses dans le service, j'ai été vite intégrée au fonctionnement du service sans que ma présence ne pose trop question²⁸. Néanmoins, convaincue de l'intérêt d'analyser ma propre position dans le déroulement de l'enquête, je vais présenter dans cette partie quelques points révélateurs de la position que j'ai pu prendre ou que l'on a pu m'attribuer.

L'observation d'un service hospitalier présente certaines difficultés. En effet, l'action se déroule simultanément en divers endroits et l'observation exhaustive y est comme partout impossible. La question du choix des observations se pose avec acuité, d'autant que les acteurs sont multiples. D'abord submergée par le flot d'informations, je me suis attachée à suivre les événements qui me semblaient les plus marquants : staff médical, visite des médecins, visite des sages-femmes. J'ai ainsi compris le fonctionnement global du service et intégré son rythme. Toutefois, il m'a semblé manquer l'essentiel des petits gestes qui constituent le quotidien du travail et le fonctionnement de chacun des métiers. Lors de ma seconde observation, j'ai donc adopté une stratégie différente. Chaque jour, je me suis attachée à suivre une professionnelle durant la totalité de son service. De cette manière, j'ai pu saisir en partie les logiques propres à chacune de ces professions et éclairer ma réflexion. De même, j'avais d'abord adopté une position très en retrait, parlant peu et n'agissant pas. En suivant les professionnelles dans leur travail, j'ai été amenée à les aider en effectuant de petites tâches, à prendre même quelques menues initiatives. Se côtoyer toute la journée conduit à discuter et permet d'accéder à des informations que les soignantes n'auraient pas songer à me dire, selon les vertus de l'observation ethnographique.

Comme l'explique Olivier Schwartz : « *Le « non officiel » de la vie quotidienne comporte à la fois du refoulé, de l'implicite, du mal connu parce que trop familier, du trop banal pour être dit. L'enquête ethnographique permet donc de « voir ». Mais elle ouvre aussi la possibilité d'écouter et d'entendre. [...] Au fur et à mesure que l'insertion se fait, les contacts s'étendent et les registres de communications varient. Des occasions apparaissent pour des conversations informelles qui, dans la mesure où elles se déroulent dans le cadre de la vie quotidienne peuvent –en partie- assouplir, déritualiser la relation enquêteur/enquêté. Il peut s'agir de propos en apparence anecdotiques ou banals, qui se révèlent souvent très instructifs sur la manière dont se passe le cours ordinaire des choses.* »²⁹

Un des éléments fondamentaux qui permet au chercheur de comprendre la place qu'il a adopté sur le terrain est de prêter attention aux statuts que lui attribuent les enquêtés en fonction des registres dont ils disposent.

D'après Olivier Schwartz encore : « *Dès lors que l'interaction démarre, se met en place un processus de contre-interprétation de l'« observateur » par les observés, au cours duquel ceux-ci élaborent leurs propres réponses aux questions que leur pose son enquête (que vient-il faire ? Pour qui et pour quoi travaille-t-il ?), ainsi que des représentations spécifiques concernant à la fois ce qu'il attend d'eux et ce qu'ils peuvent attendre de lui. Le rôle –ou les rôles- variables dans le temps- qu'ils lui prêtent se nourrit aussi bien des signes qu'il émet, consciemment où à son insu, que des classifications endogènes dont disposent les enquêtés pour s'expliquer sa présence et lui donner un sens. Ce processus de définition projeté sur la personne de l'enquêteur, largement indépendant de sa volonté,*

²⁸ Le sexe et l'âge de l'enquêteur sont des informations disponibles pour les enquêtés, qu'ils mobilisent pour attribuer une position à l'observateur. Cf. Pierre Fournier, Le sexe et l'âge de l'ethnologue : éclairants pour l'enquêté, contraignant pour l'enquêteur, *ethnographiques.org*, n°11-octobre 2006 [en ligne]. www.ethnographiques.org/2006/Fournier.html.

²⁹ In Olivier Schwartz, « L'empirisme irréductible », postface de *Le Hobo : sociologie du sans-abri*, de Nels Anderson, Essais et recherches, Nathan, 1993, p.268

constitue certes une des conditions de son acceptation. Tout ethnographe sait d'expérience que ce qui normalise sa présence, c'est qu'on finit par lui attribuer une « case » : ce qu'il fait, ce qu'il veut et comment en user avec lui ; on s'en forme une idée semi-consciente, qui affleure parfois dans la manière dont on le présente aux autres. Mais ici se joue à la fois les possibilités de l'enquête et ce qui tend à en compromettre les résultats.»³⁰

Tout sociologue enquêtant en milieu hospitalier est confronté à la question du port de la blouse. Celle-ci confère un avantage : elle invisibilise le chercheur en l'assimilant aux autres professionnels, mais elle a justement cet inconvénient : elle ne lui permet pas de s'en différencier facilement. Elle est cependant obligatoire pour entrer dans les chambres en compagnie des soignantes, ou du moins celles-ci m'ont imposée de la porter pour les suivre, certainement pour ne pas avoir à expliquer le pourquoi de ma présence dans chaque nouvelle chambre. J'ai donc adopté la politique suivante : je passais la blouse lorsque j'accompagnais les professionnelles dans leur service, mais je la retirais pour visiter les patientes et pour mener les entretiens.

Trois extraits de mon carnet de terrain permettent de comprendre l'invisibilisation conférée par le port de la blouse, à la fois auprès des professionnelles et des patientes.

En sortant de la visite, je croise l'agent de soin hospitalier avec qui j'avais discuté longuement hier. Devant mon salut insistant, elle hésite puis me reconnaît : « *ah, c'est vous ! C'est mieux avec la blouse, on vous prend pour une élève. Je ne vous avais pas reconnue.* » [Notes, novembre 2006]

Pendant la visite, au moment d'entrer dans la chambre de Mme B, j'hésite. J'ai peur que ma présence aujourd'hui parmi les soignants ne lui fasse regretter d'avoir tenu des propos critiques la veille. Finalement j'entre à la suite des médecins. J'ai l'impression qu'elle ne me reconnaît pas. On ne peut échanger aucun regard, elle ne regarde pas les étudiantes et ne s'adresse qu'au médecin. Magie de l'anonymat que confère la blouse blanche ! [Notes, novembre 2006]

Je demande un entretien à Mme F (40 ans, assistante vétérinaire, pas d'enfant). Elle ne me reconnaît pas, alors qu'hier j'ai fait son lit avec Simone pendant une demi-heure et avant j'avais discuté de sa broderie ! Je lui dis « *nous nous sommes déjà vues* ». Elle ne voit pas. A la fin de l'entretien elle me dit : « *je sais ! Vous avez fait le lit ! C'est vrai que sans la blouse je ne vous reconnaissais pas* » [Notes, mars 2007]

Le port de la blouse a donc aidé professionnelles et patientes à me considérer comme une étudiante parmi les autres. Il faut dire que celles-ci sont très nombreuses dans ce centre hospitalier universitaire. A chaque visite, elles sont trois ou quatre. En outre, elle a permis aux soignantes de me faire passer pour une étudiante auprès des patientes, les dispensant ainsi d'un discours d'introduction.

La manière dont j'ai pu me présenter a elle aussi influé sur les statuts que l'on m'a accordés. Aux soignantes du service de GHR je me suis chaque fois présentée comme une « étudiante en sociologie ». Si la plupart du temps, il m'a semblé qu'elles avaient compris ma recherche, la position d'étudiante est souvent restée fondamentale, comprise comme position d'apprenante. En suivant une élève sage-femme en stage pour comprendre en quoi consistait son travail, le peu de différence à la fois d'âge et de statut entre elle et moi l'a conduite au cours de la journée à me demander de participer : d'abord en déplaçant des chariots, puis en fin de journée elle m'a confié la pose d'un monitoring –sous étroite surveillance bien sûr-. De même l'aide-soignante m'a laissé relever les températures des patientes lors de sa tournée du matin. Mais ces petits gestes m'ont d'abord été expliqués et montrés. Par contre, dans le service suite de couche, la sage-femme coordonne cinq élèves qui dispensent les soins. Celle-ci n'avait retenue de ma présentation que le mot étudiante : elle m'a demandé d'aller soigner une cicatrice d'épisiotomie. J'ai refusé évidemment et j'ai constaté que mon statut devenait nettement plus flou à ses yeux.

Les patientes aussi sont accoutumées à voir des étudiantes dans le service. J'ai remarqué qu'elles essayaient de ne pas en tenir compte, en ne les regardant pas lors des visites du médecin. J'ai rarement eu un signe de reconnaissance de patiente, pas même de celles avec qui j'avais mené un entretien.

Mme H m'a accueilli ainsi lorsque je me suis présentée pour faire un entretien après l'avoir vue pendant une semaine de manière anonyme en compagnie des soignantes : « *ah, c'est ça que vous faites ! Il me semblait bien vous avoir déjà vue. Mais on ne peut pas lire sur les blouses. Et puis il y a tellement d'étudiantes, on ne peut pas savoir* ». [Notes, avril 2007]

³⁰ Ibid., p 272.

On m'a donc attribué un statut d'étudiante. Ce statut présente quelques nuances. Parfois j'ai été assimilée à l'équipe soignante par des patientes :

Deux jours après l'entretien j'ai croisé Mme B le soir de sa sortie : elle m'a remercié et a fait les louanges du service comme si je faisais partie de l'équipe. Elle m'a dit aller bien, qu'elle n'aurait pas pensé récupérer si vite et que c'était grâce à « nous ». [Notes, décembre 2006]

Par contre, certaines avaient bien saisi la différence.

Par exemple l'aide-soignante Simone (aide-soignante, 45 ans, 25 ans de métier) que je suivais pas à pas ce jour là dit à Mme I (24 ans, assistante sociale, pas d'enfant) en entrant dans sa chambre pour plaisanter : « *Vous avez vu, à cause des méchancetés que vous avez dit sur moi j'ai une inspection !* ». Ce à quoi Mme I a répondu : « *Ne me racontez pas n'importe quoi, je sais très bien qui est cette dame et elle n'a rien à voir avec l'hôpital* » (Mme I a elle-même réalisé un mémoire de recherche sociologique dans le cadre de ses études en sciences de l'éducation. Elle avait donc les moyens de mieux entrevoir quelle était ma position). [Notes, mars 2007]

L'assimilation à ce statut présente un certain confort : on a répondu de bonne grâce à mes questions, on m'a laissé observer tout ce que j'ai souhaité ; elle permettait qu'on ne fasse pas trop attention à moi. Les professions médicales sont tout à fait habituées à être observées par des étudiants, l'observation étant une part importante de l'apprentissage. Lorsque j'ai remercié Virginie pour son accueil remarquable tout au long de sa journée, elle m'a répondu « *Ce n'est rien, c'est normal que les jeunes apprennent* ». Par contre, il ne m'a que peu permis de cerner les règles implicites du service. Ce n'est que lorsque j'ai transgressé le rôle d'étudiante que j'ai pu voir ma présence devenir problématique.

Mme G souhaitait rendre visite à son nouveau-né en service de réanimation néonatal. Elle devait être accompagnée pour s'y rendre mais aucun proche ne lui rendait visite ce jour là. Elle m'a donc demandé de l'accompagner, ce que j'ai accepté. Je suis allée demander l'accord de la sage-femme, accord qu'elle m'a donné. Seulement, au moment de prendre le fauteuil roulant, l'agent de soin hospitalier m'a interpellée, s'opposant fermement à ce que je puisse accompagner cette patiente. Elle est alors allée voir la sage-femme en lui disant que je n'avais sans doute pas l'autorisation, puisque j'étais stagiaire, d'accompagner cette femme à titre privé. La sage-femme a donc dû demander l'autorisation de l'interne. [Notes, avril 2007]

Cette anecdote révèle les difficultés que peut poser la présence d'un tiers au statut flou et dont les droits d'agir sont par conséquent imprécis. Le fait que la protestation émane de l'agent de soin hospitalier souligne aussi les enjeux professionnels autour des prérogatives de chacun.

Enfin, je souhaite souligner combien le fait de se plier aux horaires des professionnelles facilite le contact et permet une meilleure coopération de leur part. Les moments où j'ai été le mieux intégrée étaient les soirs et les dimanche, durant lesquels ma présence semblait prouver mon intérêt et ma détermination.

Mélanie (sage-femme, 25 ans, 18 mois de métier) : Et tu interrogés plusieurs sage-femme ?

Moi : Oui, hier j'ai vu votre collègue.

Mélanie : Tu es venu le dimanche ?

Moi : Oui, et puis samedi aussi.

Mélanie : Non, mais c'est bien parce que bon, c'est pas tout le monde hein !

En somme, je n'ai pas rencontré de problèmes d'insertion sur le terrain, aidée sans doute par la légitimité institutionnelle de ma recherche. Mais j'ai mené assez peu d'entretiens enregistrés avec les professionnelles parce qu'elles me demandaient de couper l'enregistrement pour me donner leur opinion personnelle, et j'en apprenais bien plus lors de l'observation. Il me semble que c'est la contrepartie de l'assise institutionnelle de ma recherche. Les soignantes m'associaient peut-être à ces moments à une inspectrice de la direction. Il y a régulièrement des évaluations du service, menées en particulier par le service enquête-qualité de l'Hôtel Dieu. Cette intention a pu m'être prêtée à ces occasions.

J'ai rencontré quelques difficultés d'ordre émotionnel, en particulier lors de ma première observation. Selon Anne-Laurence Penchaud, « *les émotions participent à l'insertion du sociologue sur son terrain d'enquête et à son travail d'analyse* » car « *sur le terrain elles permettent d'établir des contacts privilégiés avec le milieu médical par le biais d'échanges. Il s'établit une complicité à partir des ressentis partagés* »³¹. C'est vrai dans une certaine mesure, en particulier dans les circonstances dans lesquelles les professionnelles reconnaissent avoir été affectées. Si les émotions que j'ai ressenties m'ont permis de me pencher sur la question intéressante de la place que les soignantes accordaient

³¹ Anne-Laurence PENCHAUD, « L'émotion du sociologue en milieu hospitalier : une contribution à la recherche », "Corps, Emotions, Santé", MSH Paris-Nord, 24-25 novembre 2005. Deuxièmes journées scientifiques du réseau "Santé & Société".

à celles-ci, elles m'ont le plus souvent perturbée d'un point de vue personnel. Il se passe le meilleur et le pire à la maternité, et si j'ai pu partager la joie des accouchements, j'ai aussi partagé le chagrin de certaines échographies et d'interruptions thérapeutiques de grossesses. Les soignants sont armés petit à petit au cours de leur formation pour maîtriser leur implication émotionnelle et ils possèdent une batterie technique qui leur permet de la maintenir à distance. Mais comme l'explique Anne-Laurence Penchaud, le sociologue construit la légitimité de sa présence en partie par l'empathie avec les patients. Certaines situations m'ont beaucoup émue. Sachant que la neutralité affective du chercheur s'avère parfois impossible³², j'ai réfléchi à cette implication entre mes deux observations. J'ai pu constater que j'étais moins atteinte personnellement lors de ma seconde observation. Je crois qu'entre les deux j'avais déjà acquis une certaine capacité de mise à distance.

Le transfert est principalement vécu comme une conséquence du risque pesant sur la grossesse

En France, la grossesse est considérée comme une situation potentiellement à risque jusqu'à preuve du contraire, comme le soulignent Madeleine Akrich et Bernike Pasveer³³. Par conséquent elle fait l'objet d'un suivi médical important, rythmé par des visites régulières chez les gynécologues libéraux ou hospitaliers. Les examens pratiqués ont pour objectif de déterminer si la grossesse se déroule selon les critères qui permettent médicalement de distinguer le normal du pathologique. Les futurs parents doivent s'inscrire dans une maternité de leur choix afin de planifier leur accouchement. Mais, depuis le décret de périnatalité du 9 octobre 1998, les maternités sont classées par niveau³⁴ en fonction de leur équipement disponible. Les femmes enceintes dont la grossesse est considérée comme présentant des risques avérés doivent être adressées aux maternités de niveau 3, c'est-à-dire celles qui disposent d'un service de néonatalogie et de réanimation néonatale sur le même site. Ainsi, si des complications surviennent lors de l'accouchement, la maternité sera équipée au mieux pour parer à toute éventualité. Le risque potentiel attaché à chaque grossesse est évalué à l'aide de facteurs considérés comme augmentant le risque. Certains critères comme l'âge de la femme (inférieur à vingt ans ou supérieur à quarante), les grossesses multiples, le risque constaté de prématurité pour l'enfant, des problèmes physiques de la femme ou du fœtus etc. font basculer les grossesses dans la catégorie des grossesses dites « à haut risque ». Cette appellation est problématique parce qu'elle introduit un niveau dans la distribution du risque. En fait, la grossesse est un état susceptible à tout moment de devenir pathologique, mais lorsque elle est dite « à haut risque », cela signifie que le risque dont on parle désormais est celui qui pèse sur le fœtus ou sur la femme ; l'état pathologique est déjà atteint et la grossesse présente des symptômes de cette pathologie. Le suivi de ces grossesses doit être transféré à la maternité de niveau 3 du secteur. De même, lorsqu'un épisode de risque -contractions fortes, modifications du col de l'utérus, rupture de la poche des eaux, etc.- survient pendant la grossesse avant la trente-quatrième semaine d'aménorrhée, la femme doit être transférée dans une maternité de niveau 3 car ce sont les seules pourvues d'un plateau de réanimation néonatale capable d'accueillir les grands prématurés : si des complications surviennent lors de l'accouchement, la maternité sera équipée au mieux pour parer à toute éventualité. On considère en France que le transfert doit être autant que possible effectué in utero plutôt qu'après l'accouchement pour maximiser les chances de survie du nouveau-né. Les futures mères sont donc transférées dans ces maternités en cours de grossesse. Comme l'explique Danièle Carricaburu, « ce dispositif est fondé sur des données épidémiologiques qui ont montré, en particulier pour le nouveau-né, que l'on pouvait nettement améliorer les résultats en matière de survie et de morbidité lorsque le transfert se fait in utero. »³⁵ Avant ce décret, l'équipe médicale consultée par les femmes pouvait déjà leur conseiller de s'adresser à un service plus équipé en cas de complication. Mais ce décret rend désormais systématique le déplacement des parturientes dont la grossesse présente un risque avéré. Ces grossesses sont alors qualifiées de grossesses « à haut risque ». L'application de ce décret a nécessité la mise en place d'une collaboration organisée entre les différentes maternités d'un secteur. Elle ne va pas sans poser de problèmes. En effet, les femmes qui ne présentent aucune pathologie particulière peuvent également choisir d'être prises en charge par une maternité de niveau 3. Elles ne seront pas pour autant transférées vers une maternité de niveau 1 ou 2. Outre les conflits que ce dispositif engendre dans le milieu de l'obstétrique³⁶, il pose le problème de la surfréquentation des maternités de niveau 3. Comme le fait remarquer Guillemette Buisson :

³² Voir à ce sujet Jeanne Favret-Saada, *Les mots, la mort, les sorts*, Gallimard, 2005 [1^{ère} édition 1985]. L'ethnologue démontre combien certains terrains nécessitent l'implication personnelle du chercheur si l'on veut pouvoir les comprendre.

³³ « Aux Pays-Bas, [la grossesse et l'accouchement] sont a priori normaux et ne doivent faire l'objet d'une prise en charge médicale que dans des cas bien spécifiés, alors qu'en France, ils ne peuvent être qualifiés de normaux qu'à posteriori » (p.63), Madeleine Akrich et Bernike Pasveer, *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas.*, MIRE, Synthélabo groupe, 1996, 194 p.

³⁴ Organisation déterminée par le décret périnatalité du 9 octobre 1998. Ce décret établit une typologie des maternités par niveau selon leur équipement disponible :

-niveau 1 : maternité de proximité accueillant les grossesses normales

- niveau 2 : maternité disposant d'un service de néonatalogie et de soins intensifs

- niveau 3 : maternité disposant d'un service de réanimation néonatale lui permettant en plus de prendre en charge les grands prématurés.

³⁵ Cf. Danièle Carricaburu, « Quand prendre des risques fait le métier : sages-femmes et obstétriciens face à l'accouchement », colloque « Acteurs, risque et prise de risque à l'épreuve des sciences sociales », Université de Lille 1, Villeneuve d'Ascq, 24 et 26 novembre 2004, p.2.

³⁶ Plusieurs articles soulignent les difficultés que ce décret engendre dans le milieu professionnel. En effet, les praticiens des maternités de niveau 1 et 2 redoutent une déqualification. En ne pratiquant plus que des accouchements considérés comme « normaux », ils craignent d'une

« 53,3% des femmes ne présentant aucun facteur de risque accouchent dans des maternités de niveau 1, 33,5% dans des maternités de niveau 2 et 13% dans des maternités de niveau 3. Des changements dans les comportements des femmes ou dans les orientations préconisées par les médecins pourraient pour partie expliquer ce déplacement des accouchements vers les maternités de niveau de classement supérieur. Accoucher dans une maternité de niveau élevé pourrait en effet être perçu comme une garantie supplémentaire, quel que soit le niveau réel de risque encouru »³⁷.

Cette transformation des comportements est certainement à mettre en parallèle avec l'importante médicalisation des grossesses et des accouchements en France qui tend à les dénaturiser³⁸ et à les faire percevoir comme des situations à risque pour les patientes. Les professionnel-le-s des maternités de niveau 3 interrogés par Sandra David³⁹ pointent des difficultés liées à un manque de personnel pour pallier une fréquentation jugée trop importante, et soulignent le risque de créer de « véritables usines à bébé » dans lesquelles le personnel est débordé. En outre, en Auvergne, la seule maternité de niveau trois est celle de l'hôpital de Clermont Ferrand, elle est donc parfois très éloignée du domicile de la patiente⁴⁰. Il me paraît important de souligner que l'étude la co-élaboration des normes de parentalité dans le cadre de grossesses à haut risque ne peut être isolée des enjeux professionnels induits par cette organisation nationale. Le secteur Auvergne s'est organisé en réseau : le Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne. Il souhaite mieux connaître le vécu des femmes transférées pendant leur grossesse pour améliorer autant que possible leur condition de transfert au sein du réseau.

Le service de grossesse à haut risque de la maternité de l'Hôtel Dieu accueille différents types de patientes. En effet, l'âge de la mère (moins de 20 ans ou plus de 40 ans), le diabète ou l'hypertension maternelle, des malformations fœtales ou maternelles, les grossesses multiples, et d'autres pathologies moins courantes sont autant d'indications de risque élevé (voir le tableau de l'annexe 2). Cependant, l'hospitalisation n'est mise en oeuvre que lorsque le risque se transforme en symptômes concrets de menace fœtale ou maternelle, ou en menace d'accouchement prématuré (dilatation du col, rupture de la poche des eaux etc.). Pour travailler sur le vécu des femmes transférées pendant leur grossesse je me suis concentrée sur les femmes effectivement hospitalisées dans le service de GHR. Intéressée par la problématique de la construction de la parentalité dans le cadre de ces grossesses à risque, j'ai écarté la problématique des grossesses adolescentes qui sont spécifiques et font l'objet d'études particulières⁴¹. Séjournent également en GHR les femmes ayant décidées d'avoir recours à une interruption médicale de grossesse, soit des couples qui renonçaient à devenir les parents de ce fœtus. Il était difficile de questionner ces couples sur leur parentalité étant donné les circonstances de leur hospitalisation. Je les ai également écartés.

Les patientes qui constituent mon échantillon sont des femmes transférées parce qu'elle présentait un risque important d'accouchement prématuré (voir annexe 4, tableau présentant les caractéristiques des patientes rencontrées). Elles correspondaient ou non aux populations définies par le tableau de calcul de coefficient des risques d'accouchement prématuré. Ces patientes sont également celles qui séjournent le plus longtemps dans le service, et leur expérience me permettait mieux d'aborder la problématique de la co-élaboration des normes de parentalités.

Le transfert des patientes de la maternité de leur choix vers la maternité de l'Hôtel Dieu me paraissait soulever à priori plusieurs problèmes, qui étaient ceux posés par les commanditaires de la recherche : la distance par rapport au domicile est considérablement accru pour les patientes qui ne résident pas à Clermont Ferrand, l'hospitalisation et la prise en charge du suivi de la grossesse est fait par une équipe jusqu'à maintenant inconnue, et le transport s'effectue généralement en ambulance et peut générer des inquiétudes. Mais l'enquête a montré que ces problèmes n'étaient pas fondamentaux pour les patientes.

part que les patients pensent qu'ils ne sont pas capables de faire face à une difficulté, et d'autre part, qu'en ne pratiquant plus, ils perdent leurs capacités à réagir alors même que, comme ils le mettent en avant, les difficultés pouvant survenir lors d'un accouchement ne peuvent pas toutes être prévues. Les professionnels des maternités de niveau 3 quand à eux, craignent de ne devoir intervenir que sur des cas problématiques, ce qui aurait des conséquences importantes sur leur moral. De plus, les sages-femmes ont peur de ne plus pouvoir exercer que comme assistantes des obstétriciens puisqu'elles n'exercent pleinement leur rôle que lors des accouchements qui se déroulent sans difficulté particulière.

Cf. entres autres Danièle Carricaburu, *op. cit.*

³⁷ In Guillemette Buisson, « Le réseau des maternités entre 1996 et 2000. Un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales. », *Etudes et résultats*, DRESS, n°225, mars 2003.

³⁸ Cf. Madeleine Akrich et Bernike Pasveer, *op.cit.*

³⁹ Cf. Sandra David, « *Evaluation du réseau de santé périnatale Auvergne comparativement à un référentiel national : le réseau sentinelle AUDIPOG* », Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur ès sciences, sous la direction de Nicole Mamelle, soutenue à l'université de Lyon 1 le 12 octobre 2004.

⁴⁰ Le rapport de Guillemette BUISSON, « Le réseau des maternités entre 1996 et 2000. Un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales. », *Etudes et résultats*, DRESS, n°225, mars 2003, consultable en ligne à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er225.pdf> décrit les différences régionales en détail.

⁴¹ Pour un approfondissement de cette question, consulter par exemple l'ouvrage de Johanne Charbonneau, *Adolescentes et mères. Histoires de maternité précoce et soutien du réseau social*, Presse de l'Université de Laval, Québec, 2003, 271p.

J'ai procédé en partie de manière inductive, c'est-à-dire que, bien que j'ai préalablement défini le thème de la recherche, c'est à partir des observations du terrain et des entretiens approfondis que j'ai fait émerger les problématiques telles qu'elles sont vécues par les acteurs, répondant ce faisant à une préconisation d'Olivier Schwartz :

« A quoi être attentif quand la matière est soit trop abondante, soit trop « banale » au premier regard pour que l'on puisse en tirer quoi que ce soit ? Toute une tradition d'épistémologie officielle dispose, on le sait, d'une réponse toute prête à cette question : pas de bonne observation, nous dit-elle, sans construction préalable de l'objet, sans corpus d'hypothèses unifiées en une problématique. On peut pourtant tout à fait contester qu'un tel modèle corresponde à la situation réelle de l'ethnographie. Celui qui s'engage dans une enquête de cette nature ne le fait certainement pas l'esprit vierge, mais il se peut fort bien que son questionnement de départ soit flou, et le demeure pour une longue période. Le premier objet de l'enquête n'est non pas de répondre à des questions mais de découvrir celles que l'on va se poser, et il faut, pour cette simple découverte, du temps : le temps de comprendre où sont, dans l'univers des enquêtés, les problèmes et les enjeux, et de parvenir à une perception suffisante de leur vie pour dégager ce qui vaut la peine d'être étudié. »⁴²

C'est donc en commençant mon enquête sur les conséquences du transfert sur l'expérience de la grossesse que j'ai découvert que, d'une part la notion de transfert pour les patients n'était pas aussi précise que les professionnelles semblaient le penser, et que d'autre part, même pour les parents transférés, ce n'était pas le transfert qui était au centre de leur expérience mais le risque.

Les entretiens menés auprès des patient-e-s ont fait apparaître que la notion de transfert n'était pas précise pour eux ainsi que l'exprime Mr A dès le début de l'entretien : « *Quand vous dites transfert, vous parlez de quoi ? Du changement de clinique ?* ». Pour les professionnelles de la maternité, le transfert est le fait de se voir confier le suivi de la grossesse d'une patiente dont l'état empêche les maternités de niveau inférieur de le conserver. Les maternités d'origines établissent un diagnostic, effectuent des premiers soins, administrent un premier traitement et c'est devant l'échec de celui-ci et avec l'accord du médecin de service à l'Hôtel Dieu que l'opération de transfert est mise en œuvre. La patiente sera considérée comme une patiente « transférée » durant la totalité de sa grossesse et ce quel que soit le temps qu'elle passera à l'Hôtel Dieu, d'autant plus que si son état le permet, et si elle le souhaite, elle pourra être re-transférée vers sa maternité d'origine, ou vers une maternité de niveau 2 plus proche de son domicile. La coordination du suivi de cette patiente sera assurée par les médecins et la surveillante au cours du staff de réseau hebdomadaire. Ce staff effectué sous la forme d'une visioconférence permet aux praticiens de tous les établissements du réseau de discuter des cas des patientes et de co-élaborer leurs diagnostics. Les professionnelles se représentent ce que le transfert implique pour les patientes à partir de la définition qui est la leur.

Moi : Comment vous savez si la femme qui est arrivée dans la journée ou dans la nuit est une femme transférée ?

Françoise (sage-femme, 42 ans, 16 ans de métier) : Et bien on se, on a un temps de transmission donc on se... Déjà on a un papier, on a un dossier, un papier et puis la parole hein aussi.

Moi : Et ça fait partie des choses que vous vous dites ?

Françoise: Euh, oui, moi, enfin, personnellement oui, je trouve que c'est important de savoir que telle femme a été transférée de Bourges de Nevers, de Vichy, parce que là, ça vient d'un peu partout.

Moi : Pourquoi ça vous semble important ?

Françoise : Et bien parce que justement ce sont des personnes qui sont transbahutées, qui sont, qui sont coupées, coupées de leurs familles, coupées de leur quotidien, coupées de leur origine géographique et coupées de leur, de leur, de là où elles étaient suivies médicalement.

Moi : Et du coup elles nécessitent des soins particuliers ou une attention

Françoise : Pas un soin mais une écoute particulière oui, bien sûr.

Les récits des patient-e-s montrent que pour eux le transfert ne recouvre que le temps du déplacement proprement dit. Une fois installés à l'Hôtel Dieu, ils se considèrent comme hospitalisés mais non plus comme transférés. Ces récits permettent aussi de comprendre que l'expérience du transfert telle que comprise par les professionnelles est décomposée en quatre temps par les patients concernés.

⁴² Olivier Schwartz, *op. cit.*, p 281.

Le premier moment du transfert est l'annonce par la maternité d'origine qu'elle n'est pas en mesure, qu'elle ne dispose pas des équipements permettant de prendre en charge le problème de la patiente. Généralement, cette annonce suit de près la découverte d'une anomalie dans la grossesse des patientes concernées. Elle est vécue et relatée comme un moment dramatique et traumatisant.

Mme E (29 ans, auxiliaire de soin hospitalière, 2 enfants): Puis surtout que le médecin il n'a pas pris de gants quoi pour m'annoncer la situation. A 10h, 10h30 du soir, presque 11h, il m'a dit texto « bon, on fait un transfert à l'Hôtel Dieu en urgence parce que, vous risquez de perdre votre bébé et même il a peu de chance de vivre quoi ». Donc quand on vous annonce ça euh, on ne sait plus comment réagir je pense alors euh, j'ai pas trop, je n'ai pas calculé, je n'ai pas bien compris. J'étais complètement, bon, donc je pleurais beaucoup donc ce qui est normal, mais je ne comprenais pas. Je ne comprenais pas. Je n'ai pas compris, même après, quand je suis arrivée ici, donc ils m'ont fait appeler les ambulances.

Cependant, les récits montrent qu'en même temps, les patientes font un grand travail de relativisation, comme un réflexe d'autoprotection. Pour surmonter le choc de l'annonce, elles essaient d'admettre que ce transfert est nécessaire et bénéfique.

Mme I (24 ans, assistante sociale, pas d'enfant) : Et bien moi en fait c'était plus, enfin, je ne l'ai pas mal vécu dans le sens ou au contraire j'étais plus rassurée dans le sens où je savais qu'à X ils étaient, je savais que c'était plus loin parce que j'habite Y., donc c'est vrai que pour moi c'était plus loin de venir sur Clermont, mais d'un autre côté je savais que si j'accouchais à X je savais que, enfin, pour le bébé c'était risqué, donc d'un côté c'est vrai que j'attendais quand même d'être transférée, j'attendais un peu ce transfert quand même histoire d'être un peu plus rassurée⁴³. Je me disais et bien s'il arrive quelque chose à Clermont, et bien il arrivera ce qu'il arrivera mais au moins, je serai sur place. C'est pour ça que d'un autre côté je ne l'ai pas mal vécu dans ce sens là.

Mme A (36 ans, comptable, pas d'enfant): Le transfert ? Et bien quand on vous l'annonce vous avez plus peur, vous vous dites forcément si je change, si le niveau 2 ça ne suffit pas, si je vais au niveau 3, la gravité est augmentée donc forcément ça suscite du stress. Mais en même temps c'est un peu plus de stress sur le coup, mais on relativise et on fait relativement vite enfin on l'a fait relativement vite : de toute façon si il y a besoin, il faut aller là où il faut et là où ils sont performants. Où il faut et où ils sont performants pour les mamans et pour les bébés, c'est l'Hôtel Dieu, c'est la maternité de l'Hôtel Dieu. Donc il n'y avait pas de discussion, il n'y avait pas de problème. Donc, mis à part le fait que ça vous fait un coup parce que vous vous dites zut, ça ne va pas marcher parce qu'il y a un problème et que le problème est difficile à gérer, après non. La confiance est tout de suite établie parce qu'on sait qu'on va dans un endroit qui est performant, qui est qualifié et qui a du matériel adéquat.

Mais la nécessité de ce transfert n'est pas toujours bien comprise ou admise et dans ce cas, l'expérience est encore plus difficile. Mme C (34 ans, employée, un enfant) a considéré cette mesure comme une manière de se débarrasser d'elle par sa clinique d'origine. N'ayant pas acceptée les raisons de sa présence à l'Hôtel Dieu, l'ensemble de son expérience est marqué par ce qu'elle considère toujours comme une injustice.

Mme C : Personnellement, moi, il y aurait eu des sages-femmes, jamais je n'aurais vu l'Hôtel Dieu ! Je suis tombée sur des sages femmes qui n'en avaient rien à foutre, c'était un week-end, donc c'était la facilité.

Le second moment du transfert est le déplacement physique. Pour la plupart des patientes il s'est effectué en ambulance, depuis la maternité d'origine, ou depuis le cabinet de leur gynécologue, jusqu'à l'Hôtel Dieu. Ce moment reste important dans les mémoires, mais il ne semble pas traumatisant, l'esprit de la patiente étant concentré sur la signification attribuée à ce déplacement, à savoir que leur cas est grave puisque la maternité d'origine ne s'estime pas en mesure de le traiter. Les patientes que j'ai rencontrées avaient pour beaucoup compris que leur transfert avait pour origine une distribution des grossesses en fonction de l'âge du fœtus entre les maternités selon leur niveau d'équipement, mais aucune n'avait connaissance de l'existence d'un réseau. La plupart des patientes gardent un souvenir relativement serein de leur transport en ambulance proprement dit, soulignant la gentillesse et la professionnalité des ambulanciers. Toutefois, ce transport en ambulance a été dans bien des cas le moment précis où les patientes racontent avoir pris conscience de la gravité de leur état, comme une concrétisation de celle-ci : si elles ont besoin d'une ambulance pour être déplacée, c'est que le problème est véritablement important.

⁴³ Il faut préciser que les transferts n'ont lieu qu'à la vingt-quatrième semaine d'aménorrhée, soit le délai à partir duquel le nouveau-né est considéré comme un enfant prématuré. Si sa perte survient avant, elle aura le statut de fausse couche. Certaines patientes attendent donc le transfert comme un symbole de la reconnaissance de l'existence probable de leur enfant.

Mme E : les ambulances M., M. est venu me chercher, ça a été très très très rapide. Je n'ai pas eu le temps de vraiment bien calculer ce qu'il se passait quoi, même dans l'ambulance... Les ambulanciers étaient très charmants, ils m'ont posée pas mal de questions, ils ont commencé de me rassurer, oui vraiment du personnel très compétent, même les ambulanciers, j'étais même surprise, décontractés, même ils m'ont fait rire, enfin, je veux dire ça faisait du bien quoi aussi de pas. Alors j'essayais de ne pas trop non plus montrer vraiment ma peur, parce que moi je ne comprenais pas donc je n'avais pas non plus de preuve, je n'avais pas non plus, tant qu'on n'a pas non plus un visuel, ou des papiers ou des gens vraiment compétents, parce que là bon, j'avais quand même vu des gens compétents, mais en la matière quoi. Je veux dire, dans les prémas, tout ça. Quand je suis arrivée là, bon ben là c'est sûr il y avait tout ce qu'il fallait hein, et là vraiment, j'ai commencé à réaliser la gravité de la chose et puis voilà quoi.

En revanche, le souvenir n'est pas serein pour leurs conjoints qui ne sont pas autorisés à les accompagner, qui suivent l'ambulance en voiture et doivent ensuite retrouver leur compagne dans le labyrinthe de l'Hôtel Dieu. Cette épreuve est largement aggravée par l'état d'inquiétude dans lequel ils se trouvent à ce moment là.

Moi : Et alors vous avez été transférée comment en fait

Mme C : En SAMU. Je n'ai jamais eu aussi peur de ma vie.

Moi : Pourquoi ?

Mme C : (rit) Parce qu'ils roulaient beaucoup trop vite. Ah oui ! Je n'étais pas sur le point d'accoucher, on aurait dit que j'allais mourir.

Mr C (35 ans, militaire, un enfant) : C'est vrai qu'ils roulaient... Moi je les suivais derrière en voiture, j'ai prié le bon dieu qu'il n'y ai pas de radar quoi. J'ai suivi jusqu'à Clermont hein, mais après dans Clermont, ils ont grillé les feux, et puis je ne connaissais pas, je ne connaissais pas Clermont, je ne connaissais pas la route donc.

Le troisième moment de l'expérience du transfert est celui de l'arrivée à la maternité de l'Hôtel Dieu. Ce moment est caractérisé dans le récit des patientes par un mélange d'inquiétude –liée à l'arrivée dans des lieux inconnus et à l'état d'angoisse dans lequel se trouve la patiente- et de soulagement – les patientes ont le sentiment d'être arrivées à destination, à l'endroit où l'on va pouvoir traiter leur problème-. Trois facteurs jouent un rôle déterminant à ce moment précis. D'une part l'infrastructure de l'Hôtel Dieu est un facteur aggravant de l'inquiétude. L'aspect vieillot et dégradé conduit les patientes à se demander où elles « atterrissent », et ce même si elles connaissent déjà les lieux. Cela peut sembler paradoxal, mais l'état d'angoisse dans lequel elles se trouvent alors modifie leur perception.

Mme E (29 ans, auxiliaire de soin hospitalière, 2 enfants) : Il faisait froid en plus, c'est vrai qu'il faisait froid ! Et ben il faisait froid et puis je suis arrivée dans le couloir. J'avais oublié les sensations. Parce que quand j'avais accouché pour la première, j'étais partie de chez moi à 3h30 parce que j'habitais du côté de Riom, j'avais oublié cette sensation de froideur quand je suis entrée dans les locaux. Je ne sais pas, je n'étais pas à l'aise non plus quoi. Ça m'a rappelé des souvenirs. Je me suis dis tiens ! Je connais. Après et bien j'ai reconnu les lieux parce que c'est là que j'avais accouché donc, mais ça m'a fait bizarre quand même parce que quand on a été dans le noir un petit moment, d'un seul coup bon il y a les sages femmes qui sont arrivées donc elles ont allumé les lumières et une impression de froideur quoi.

Mme B (36 ans, secrétaire, pas d'enfant) : Quand je suis arrivée donc je vous dis, j'étais à 13-7 de tension, j'étais mal et il y a une fille qui était en train d'accoucher sans péridurale, avec beaucoup de mal, c'est le cas de le dire. Ça se passait très mal, elle hurlait s'était abominable donc moi je ne savais pas ce qui allait m'arriver. Et elle hurlait c'était mémorable et du coup les deux brancardiers du Samu je leur ai dit : « je peux retourner faire un tour en camion avec vous parce que, parce que là c'est horrible ce que j'écoute ». Je me disais le pire va m'arriver bientôt. C'était pffou là là même eux ils ont dit. Ça a duré je ne sais pas 10 minutes, un quart d'heure, je ne sais pas, à écouter ces cris devenaient. De surcroît je vous dis je me rendais bien compte de la gravité, je me rendais bien compte que j'étais à l'Hôtel Dieu que, les minutes de rire était plus que comptées, que les secondes de sourire étaient comptées mais ces hurlements m'effrayaient encore plus. [...] Et arriver là en disant « je veux retourner avec vous parce que » han pour hurler comme ça ; m'effrayait d'avantage. Je me disais : et ça t'arrivera forcément. Donc c'est vrai que, ils m'ont dit ben nan, on ne peut pas, on ne peut pas refaire un tour de camion donc, j'en avais les larmes aux yeux avec une pointe d'humour mais, les cris ça m'effrayait de surplus en fait. Je me suis dit, ça va bientôt m'arriver, ça m'arrivera forcément comme ça. Je me disais mais c'est épouvantable d'accoucher avec des cris pareils quoi. C'est vrai que je suis arrivée avec une pointe d'humour mais bon on m'a mis dans une chambre vers

les salles d'accouchement parce que... J'avais 10 secondes de déconnexion, parce que... J'étais vers des salles d'accouchement, mais qu'est-ce que j'y faisais là⁴⁴ ?

D'autre part la réputation de l'Hôtel Dieu a un effet ambivalent : soit elle rassure car les patientes savent arriver dans un endroit performant, soit elle contribue à entretenir leur frayeur car elle savent que c'est l'endroit où sont soignés les cas les plus « graves ». On peut retrouver ces deux effets simultanément chez les mêmes patientes.

Mme B : Le fait de dire on vous emmène à la maternité de l'Hôtel Dieu c'était, c'était pas sain entre guillemets, c'est pas le mot sain parce que je pense qu'il n'est pas adapté effectivement je n'allais pas dans l'amélioration, j'allais dans la dégradation en fait. Donc ça c'était clair. Je me disais : je vais dans un endroit où on ne me connaît pas. Mais ça bon, qu'ils connaissent mon cas ou pas, ils en ont assez pour, ils seront bien apte à juger ce qui allait m'arriver quoi.

Moi : Mais ça vous inquiétait qu'ils ne vous connaissent pas ?

Mme B : Bien sûr ! Bien sûr puisque ce n'est pas du tout là que j'aurais dû atterrir entre guillemets donc ça me tracassait d'être transférée là donc c'est vrai que ce n'était pas, pas rassurant. C'était bien clair dans ma tête.

Moi : Et quand vous dites que ce n'était pas rassurant d'aller à l'Hôtel Dieu parce que ça voulait dire que votre cas était grave, c'est cette réputation que ça a en fait ?

Mme B : Ben, pff, oui parce que c'est que l'Hôtel Dieu tout ce qui est maternité et gynécologique, la gynécologie médicale etc. C'est, on sait que c'est là que c'est traité où les problèmes de par exemple il y a les urgences pédiatriques pavillon Tissier, on sait que toutes les grosses pathologies gynécologiques ou maternelles arrivent ici donc je veux dire c'est cette réputation, entre guillemets réputation enfin, obligation d'un gros souci maternité, d'un gros souci, on sait que la chirurgie néonatale elle est à l'Hôtel Dieu. Donc c'est tout ce qui est grosse pathologie, qui arrive de plus sordide arrive ici quoi. Donc euh effectivement c'était clair et net que je n'allais pas dans un endroit rassurant. Enfin, qui était censé être pour améliorer mais... Pour moi ce n'était pas un endroit rassurant (et plus fort) Pour moi ce n'était pas un endroit rassurant. On y va effectivement si ; c'est le dernier lieu où on va si ailleurs on ne peut pas être suivie, enfin, si ailleurs on ne peut rien faire, c'est là où on atterrit.

Enfin, le comportement des professionnelles est très important. Pour de nombreux patients, l'arrivée constitue le premier contact avec l'équipe soignante et celui-ci peut contribuer à les rassurer ou à accroître leur appréhension. La nouvelle série d'examen à laquelle les patientes sont soumises a elle aussi un effet ambivalent. A la fois elle rassure, car les patientes ont le sentiment que l'on s'intéresse à leur cas et qu'elles ne seront pas de parfaites inconnues lorsqu'elles seront installées dans le service, et elle agace car les patientes ont l'impression que leur problème a déjà été diagnostiqué et se lassent de répondre à ce qu'elles considèrent comme les mêmes questions. Toutes les patientes que j'ai interrogées ont raconté avoir été bien accueillies.

Mme C (34 ans, employée, un enfant) : c'est vrai qu'on a été super bien accueilli par contre. Tout de suite on s'est occupé de nous. Parce que elles ont [?] à faire, elles ont très bien vu que je n'avais pas mangé donc elle m'ont mis en chambre, elles m'ont donné à manger. Je n'ai pas été délaissée. Mais c'est, ça reste toujours médical, médical, médical. Quand vous savez que vous êtes là pour un bout de temps, au bout de 2, 3 jours normalement ça devrait y aller, mais là non. C'est la, (pleure, émue, voix se casse).

Mr A (41 ans, comptable, pas d'enfant) : Jusqu'à ce que les infirmières aient fait le dossier. Déjà rien que le fait qu'elles fassent le dossier, s'il y a quelque chose, leur manière de réagir fait que vous vous dites « bon, bien là on est entre de bonnes mains ». Et donc là ça a été et puis il y a eu la première injection et là il y a toujours eu un, elles sont toujours restées comment dire avec un ton égal, très sympathique, égal, donc ça a calmé un peu les choses et puis il faut dire aussi que les gens du Samu avaient été très bien. Moi forcément je n'avais pas le droit donc je les suivais en voiture donc [...]

Moi : Et quand vous dites que les infirmières vous ont rassuré dans leur manière de faire, est-ce que vous pouvez expliciter ?

Mr A : Pas d'excitation. Vous savez, j'aime bien la télé, mais ce n'est pas Urgence vous voyez ? Vous voyez ce que je veux dire ? On en court pas partout en disant « hé ! hé ! » Non, ça c'est bien. Et puis

⁴⁴ Mme B étant enceinte de cinq mois au moment de son arrivée à l'Hôtel Dieu, elle ne réalise pas que le fœtus qu'elle porte est décédé et par conséquent ne comprend pas pourquoi elle est en salle d'accouchement.

la dame qui l'a reçue, l'infirmière, enfin la sage-femme qui lui a fait le dossier, qui lui a mis le pousse-seringue, a parlé calmement, elle a répondu aux questions, elle est restée un petit moment. Et puis même les internes, il y a eu un jeune, un jeune sympathique qui est venu après pour les échographies, pour assister, on a bien discuté donc, le fait que ce soit toujours, que ça ne soit pas l'excitation.

Moi : Que ça ne soit pas la panique ça vous a

Mr A : Et puis là on tient compte quand même un peu de moi. Bon on s'occupe de la femme c'est normal, c'est l'essentiel, mais on m'a demandé, on m'a adressé la parole. Alors que généralement ce n'est pas toujours ça, j'imagine. On m'a adressé la parole. Les gens ont toujours eu une parole gentille. Mais même maintenant. C'est toujours pareil.

Moi : Qu'est-ce qu'on vous a dit ?

Mr A : Je ne m'en rappelle pas.

Le quatrième moment du transfert tel qu'il est considéré par les professionnelles est celui du séjour dans le service de GHR. Ce séjour n'a lieu que si l'accouchement n'est pas immédiat, que la menace d'accouchement prématuré est contenue. Les femmes qui subissent une interruption thérapeutique de grossesse ou dont le fœtus décède séjourneront aussi en GHR dans la mesure du possible, car les professionnelles estiment préférable qu'elles ne soient pas soumises en suite de couches aux pleurs des nourrissons des autres supposés accroître la douleur de leur expérience. Les femmes qui accouchent de manière prématurée dès leur arrivée sont ensuite hospitalisées dans le service des suites de couches, sauf dans les cas rares où celui-ci est surchargé. Pour étudier la co-élaboration des normes dans le cadre des grossesses à haut risque, je n'ai rencontré que des patientes effectivement hospitalisées en GHR⁴⁵ dans le cadre de leur grossesse, sauf l'une d'entre elle qui venait de subir une interruption thérapeutique de grossesse (Mme B).

Ma recherche porte essentiellement sur l'expérience vécue pendant le séjour. Ce séjour est caractérisé par le fait que, alors que les professionnelles considèrent toujours la patiente comme transférée, elle-même se considère comme hospitalisée, en dehors des préoccupations de transfert. En somme, le transfert est vécu de manière paradoxale. Il est à la fois un facteur angoissant – en ce qu'il concrétise la gravité du problème rencontré – et rassurant – les patients ont la certitude d'être dans le lieu adapté, entourés de gens compétents-.

Moi : Vous êtes satisfaite d'être ici ou ?

Mme E (29 ans, auxiliaire de soin hospitalière, 2 enfants) : Ah ! Le mot satisfaite. A choisir, à choisir j'aimerais être chez moi, mais chez moi quand je dis, c'est-à-dire environnement. C'est-à-dire, se sentir dans son cocon familial. Parce que là c'est quand même froid. C'est froid. Mais bon, côté technique, je préfère être là. A midi j'ai eu un peu mal au ventre. Ça m'a affolé et j'ai sonné et c'est tout ce qui est arrivé. Je pense que j'aurais été chez moi j'aurais complètement paniqué, j'aurais appelé 50000 fois les mêmes personnes et là j'aurais été vraiment stressée. Ça n'aurait pas été bon pour le bébé, mais c'est comme ça, et peut-être même que j'aurais peut-être déclenché les contractions sans. Parce qu'il ne me faut pas de stress, il faut bien que je sois au repos maximum donc là dans les deux sens. Côté confort plus chez moi, mais côté technique ici, c'est sûr. Parce que là, j'ai juste à sonner, elles sont là, donc. Même s'il m'arrive quoi que ce soit là-bas, perte des eaux machin, je suis sûre qu'elles sont là.

Finalement, le transfert n'est pas la préoccupation centrale des patientes concernées : il est même tout à fait au second plan. Bien qu'il induise des difficultés particulières qui ont des conséquences concrètes sur le vécu du séjour, par exemple une distance importante d'avec le domicile entraîne une baisse de la fréquence des visites etc. Ce qui apparaît comme central en revanche pour les acteurs c'est plutôt ce qui est à l'origine du transfert : à savoir l'omniprésence du risque dans la grossesse, comme l'exprime très bien Mme A.

Mme A (36 ans, comptable, pas d'enfant) : Ce n'est pas le fait d'être transférée. C'est la cause du transfert qui change la grossesse. Sinon le transfert en lui-même non. Je vais te dire, si je n'avais pas été transférée c'est que je n'aurais pas eu de problème donc ça aurait été encore mieux. (Rires) Simplement, c'est la seule chose qui pour moi fait la différence à mon avis.

Il faut préciser aussi que les patientes transférées sont également des inconnues pour les soignantes qui doivent rapidement se faire une opinion sur les patientes qui leur sont ainsi confiées, comme l'explique Mélanie (sage-femme, 25 ans, 18 mois de métier) :

Oui parce que le suivi est différent, peut être différent de, déjà de l'hôpital à la clinique nous il y a un peu d'incohérences, autant c'est l'inconnu vis-à-vis de nous autant c'est l'inconnu pour nous aussi

⁴⁵ J'ai essayé de rencontrer deux patientes qui étaient allées directement en service des suites de couches, mais accaparées par leurs visites et leur nouveau né, elles ont refusé de m'accorder un entretien.

finalement. Quand elles sont suivies dans les locaux, même si on ne les a jamais vues, il y a forcément quelqu'un qui la connaît.

La question centrale qui naît de l'observation ethnographique de l'expérience des patientes transférées, ainsi que des entretiens menés auprès d'elles, est : Comment se faire parent à l'hôpital ? Ou : comment construire sa parentalité dans le cadre d'une grossesse à risque ? Ce sont sur ces questions que les deux parties suivantes se concentrent.

Un questionnement qui s'inscrit au carrefour de plusieurs champs sociologiques

L'enquête de terrain a été initiée par la rencontre de deux questionnements. Mes recherches de master 1 s'attachaient à décrire et à comprendre comment les professionnelles des centres de PMI (protection maternelle et infantile) véhiculent des normes de comportements parentaux sexués, perpétuant des assignations de genre à certaines tâches parentales en contradiction avec leurs intentions. Je me suis alors appliquée à comprendre comment les normes parentales s'élaborent entre parents et professionnelles au travers de leurs interactions. Le Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne, quant à lui, souhaitait être éclairé sur le vécu des femmes transférées dans le service de grossesse à haut risque et sur les éventuelles conséquences de ce vécu sur les comportements parentaux que les couples adoptent par la suite. L'enquête de terrain a été menée dans une perspective inductive m'a permis d'extraire de l'expérience des patientes une problématique centrale : comment construire sa parentalité avec le risque de perdre le futur enfant comme cadre de l'expérience, l'existence de ce risque conduisant les parents à élaborer leur identité parentale à l'hôpital, et par conséquent avec des interactions étroites et prolongées avec les soignantes de la maternité.

La maternité a été délaissée par les travaux étudiant les questions du genre car les impératifs biologiques qui régissent la reproduction humaine tendent à en éloigner les questions sociologiques. Pourtant, les rapports sociaux de sexes sont au cœur de l'expérience de l'hospitalisation dans le cadre d'une grossesse à haut risque et du processus identitaire de construction de la parentalité. A partir des observations sur le terrain, il apparaît que l'usage des concepts de care et d'assignations sexuées des rôles parentaux permet d'éclairer les dimensions sociales de la grossesse. La question de l'élaboration de la parentalité est essentielle pour comprendre comment la division sexuée des tâches et en particulier concernant l'élevage des enfants se perpétue malgré les déclarations d'intentions égalitaires.

Cette problématique se situe au carrefour de plusieurs champs sociologiques.

En premier lieu, elle s'inscrit dans le champ de la sociologie de la santé. Ce champ a été maintes fois travaillé. D'abord pour analyser les pratiques professionnelles : comment elles se construisent et comment elles se traduisent dans les relations entre les patients et les professionnels. Les travaux précurseurs ont été menés par l'Ecole de Chicago, en particulier par Everett Hughes qui a élaboré une sociologie des professions de services qui compare métiers modestes et professions prestigieuses, en étant attentive aux conflits qui opposent ceux qui produisent le service et ceux auxquels il est destiné, tout en contextualisant les interactions en tenant compte des différences de classe qui les façonnent. Des travaux plus récents menés sur les hôpitaux se sont inscrits dans ce cadre analytique, par exemple les recherches d'Anne-Marie Arborio sur le travail des aides-soignantes⁴⁶ ou d'Anne Paillet sur l'élaboration des décisions médicales concernant les enfants prématurés⁴⁷. Mon travail de recherche s'inscrit en partie dans cette perspective puisque j'ai cherché à saisir comment se déroule le travail des soignantes. Mais cette analyse est transversale parce qu'elle s'intéresse à l'ensemble des métiers du service, et en cela ma perspective théorique s'écarte de la sociologie introduite par Everett Hughes. Une autre approche du champ de la sociologie de la santé consiste à s'intéresser aux enjeux de la relation asymétrique qui se noue entre les soignants et leur patient, dans la continuité des travaux précurseurs d'Eliot Friedson. On peut citer dans cette perspective l'ouvrage de Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*⁴⁸, mais aussi une série de recherches analysant les transformations du statut de malade en particulier avec l'apparition des associations de malade en relation avec l'épidémie de Sida comme le livre d'Emmanuel Langlois, *L'épreuve du sida*⁴⁹. La recherche présentée dans ce mémoire a adopté en partie cette perspective en s'attachant à recueillir l'expérience des couples dans le service de grossesse à haut risque. Nicolas Dodier a impulsé une nouvelle dynamique au champ en s'attachant à contextualiser les interactions qui avaient lieu dans l'hôpital dans une problématique sociale plus générale, qui à la fois résultent et conduisent la transformation des institutions médicales et scientifiques⁵⁰. C'est sans doute malheureusement un des points aveugles de la recherche restituée ici de n'avoir pas eu le temps de situer plus largement la problématique du risque dans le débat social actuel par exemple concernant le statut du fœtus. Enfin, certains chercheurs ont utilisé le contexte hospitalier pour travailler les questions de la technique et de l'usage de la technique. L'ouvrage de Madeleine Akrich et Bernike Pasveer est un excellent exemple de cette approche. La problématique de ma recherche s'inscrit dans le champ de la santé et j'ai essayé

⁴⁶ Anne-Marie ARBORIO, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos, 2001, 334 p. Les ouvrages cités dans cette partie le sont à titre d'exemple. Je ne prétends pas, loin s'en faut fournir une bibliographie exhaustive des champs abordés.

⁴⁷ Anne PAILLET, *Sauver la vie, donner la mort, une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, La Dispute, 2007, 286 p.

⁴⁸ Béatrice JACQUES, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, PUF, 2007, 212 p.

⁴⁹ Emmanuel LANGLOIS, *L'épreuve du sida. Pour une sociologie du sujet fragile*, PUR, 2006, 294 p.

⁵⁰ Jeannine BARBOT, et Nicolas DODIER, « Approche sociologique des rapports des patients à l'univers médical. Le cas de l'infection à VIH », in Chauvin, P., Parizot, I., *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris, 2005, Editions de l'INSERM, pp 226-234.

d'exploiter au mieux l'état des connaissances dans ce domaine. Néanmoins, le cadre hospitalier n'est pas le sujet central de ma recherche puisqu'il s'agissait surtout de déterminer en quoi ce cadre influençait la construction de l'identité et des normes parentales.

A ce titre, cette recherche s'inscrit également dans le champ de la sociologie historique des comportements parentaux. Ce champ a été surtout éclairé par les travaux d'Yvonne Knibiehler⁵¹ et de Geneviève Delaisi de Parceval⁵² qui ont montré comment les comportements parentaux et les normes qui régissent la puériculture sont construits par les acteurs de la santé et comment leur légitimité a varié dans le temps.

Ce champ comporte en filigrane les questions relatives à l'étude des rapports sociaux de sexe. En effet, les rôles de sexes se construisent en permanence dans un jeu de miroir : la maternité et les comportements qui lui sont attachés, qui sont au fondement de l'identité féminine, dessinent en creux les comportements attachés à la paternité. Le travail de reproduction est au centre de la division sexuée du travail que se sont attachés à décrypter les travaux féministes fondateurs de la problématique du genre. Dans la perspective de rétablir l'égalité entre les sexes, la plupart des travaux féministes ont écarté la grossesse⁵³, car le système humain de reproduction biologique empêchait d'en évincer la spécificité féminine qu'il s'agissait alors de déconstruire. La quasi absence de travaux féministes concernant ce thème a laissé la place à une re-naturalisation des dispositions féminines, en particulier par le biais de théorie psychologique essentialiste représentée par les travaux d'Aldo Naouri⁵⁴.

C'est par le biais des travaux sur l'inégalité subsistante entre les sexes dans la répartition des tâches ménagères que les études de genre ont réinvesti la maternité. En effet, malgré les discours annonçant l'avènement de nouveaux comportements parentaux plus égalitaires, les études sur l'emploi du temps montre que les femmes effectuent encore bien plus que les hommes les tâches relative à l'élevage des enfants. Pour comprendre cette situation, les recherches se sont penchées sur les représentations effectives des rôles parentaux qui sous-tendent cette répartition inégalitaire et qui s'inscrivent dans un contexte social patriarcal.

En France, les travaux des années soixante-dix sur le contrôle social ont montré que les rôles parentaux s'élaboraient en relation étroite avec les institutions de protections sociales et de santé⁵⁵. En effet, les travailleurs sociaux véhiculent des normes comportementales qui conduisent à des mesures de coercitions sociales si elles ne sont pas respectées⁵⁶. Or, les études sur le travail social qui ont pris en compte la dimension du genre ont montré que dans la majorité des cas le travail social était effectué par des travailleuses sociales⁵⁷. La perspective apportée par la conceptualisation de « l'éthique de care »⁵⁸ permet de comprendre comment les travailleuses sociales, elles-mêmes assignées à des métiers ayant recours à des dispositions naturalisées comme féminines, véhiculent des normes comportementales sexuées ; et de quelle manière ce dispositif tend à renforcer la division sexuée du travail et du travail domestique en particulier. Les travaux sur « l'éthique de care » ont montré que les dispositions qui lui sont attachées ne sont pas naturellement féminines mais correspondent à des dispositions acquises en occupant une position socialement subordonnée⁵⁹. Les perspectives sociologiques ouvertes par ces études permettent d'adopter un positionnement théorique qui soit attentif à l'imbrication de trois rapports sociaux de domination : les rapports sociaux de sexes, de races et de classes⁶⁰.

⁵¹ Yvonne KNIBIEHLER et Gérard NEYRAND, *Maternité et parentalité*, Rennes, ENSP, 2004, 176 p.

⁵² Geneviève DELAISI DE PARSEVAL, *La part du père*, Paris, Le Seuil, 1981.

⁵³ A l'exception du livre d'Elisabeth Badinter, *L'amour en plus*, essai, poche, 1981, 472 p, qui montre que l'amour maternel prétendument naturel est le fait d'une construction socio-historique. Mais ce livre est décrié par les féministes en particulier à cause des prises de position que l'auteure a pris par la suite dans *Fausse Route*, poche, 2005, 188 p. En effet, Elisabeth Badinter a reproché au féminisme politique d'avoir une position aporétique : de nier d'une part l'existence d'une nature féminine tout en défendant la cause des femmes en tant que femme. Elle rejoint en quelque sorte la position tout aussi controversée de Marcela lacub qui considère que le féminisme a une position victimaire et ne prend pas assez en considération la place que prennent les femmes elles-mêmes dans les rapports sociaux de sexe. Une analyse fine de la construction de la parentalité à l'aide d'une grille de lecture basée sur les rapports sociaux de sexe semble permettre de dépasser en partie cette controverse.

⁵⁴ Aldo NAOURI, *Les pères et les mères*, Paris, Odile Jacob, 2005, 277 p.

⁵⁵ Philippe MEYER, *L'enfant et la raison d'Etat*, Seuil, 1977, 186p.

⁵⁶ Coline CARDI, « La figure de la « mauvaise mère » dans la justice des mineurs. La représentation de la déviance maternelle dans les dossiers de mineurs ayant fait l'objet d'une mesure de placement », in Yvonne KNIBIEHLER et Gérard NEYRAND, *Maternité et parentalité*, Rennes, ENSP, 2004, pp 69-82.

⁵⁷ Marc BESSIN, « Le travail social est-il féminin ? », in Jacques ION, *Le travail social en débat[s]*, Paris, La découverte, 2005, pp 152-169.

⁵⁸ Patricia PAPERMAN et Sandra LAUGIER, *Le souci des autres, éthique et politique du care*, Paris, EHESS, 2006, 348 p.

⁵⁹ Elsa Dorlin, « Dark care : de la servitude à la sollicitude », in Patricia PAPERMAN et Sandra LAUGIER, *Le souci des autres, éthique et politique du care*, Paris, EHESS, 2006, pp 87-100.

⁶⁰ Didier FASSIN et Eric FASSIN, *De la question sociale à la question raciale. Représenter la société française*, Paris, La Découverte, 2006, 263 p.

La méthode de l'ethnographie inductive adoptée pour cette étude conduit à construire un positionnement théorique à partir des connaissances disponibles dans les différents champs concernés.

La grossesse est un moment essentiel de consolidation des rôles sociaux de sexes parce qu'elle est la période pendant laquelle s'élabore la parentalité. La construction de la parentalité entraîne les parents à se représenter leurs rôles, ces rôles constituent ensuite le socle des comportements parentaux, en ce qui concerne le travail d'élevage des enfants en particulier et le travail domestique en général. Ils définissent un modèle familial qui constituera le cadre de socialisation primaire des enfants, et par conséquent participeront à construire leur représentation des rôles sexués. Ainsi se perpétuent et se reproduisent les différences entre les genres. Comprendre de quelle manière les interactions avec les soignantes de la maternité influencent la construction de la parentalité nécessite de s'intéresser à la pratique des soins –donc à la sociologie de la santé- et à la surreprésentation féminine parmi les professionnelles – ce que permet en partie la perspective du care-.

Enfin, l'expérience de la grossesse à haut risque et l'hospitalisation qu'elle entraîne conduisent à re-problématiser les questions autour de l'autonomie et de la dépendance. En effet l'expérience étudiée s'articule autour d'une antinomie aporétique. Les parents sont d'une part exhortés à montrer leur autonomie en respectant la discipline médicale et les normes de parentalité, alors que d'autre part cette autonomie leur est justement niée par le placement de la femme dans une situation de dépendance et leur incapacité supposée à élaborer seuls leurs propres normes de parentalité.

DEUXIEME PARTIE : CONSTRUIRE SA PARENTALITE AVEC LE RISQUE COMME CADRE DE L'EXPERIENCE

CHAPITRE 3 : LE FŒTUS EST UN PATIENT AU SEIN DU CORPS DE SA MERE

Un rapport au corps de « malade » sans la maladie

- Malade ou pas : difficile de s'identifier

Les femmes hospitalisées dans le service de grossesse à haut risque ne sont pas « malades » au sens strict du terme. Les soins qu'elles reçoivent visent à permettre le déroulement de leur grossesse. Cependant, elles se trouvent devant une grande hésitation pour qualifier leur état. Certaines se considèrent malades, d'autres non, et au cours d'un entretien, une patiente peut se qualifier à la fois comme malade et comme non malade. Cette hésitation les suspend entre deux statuts, ce qui les met dans une position délicate : elles ne parviennent à se construire ni une identité de malade, ni une identité de personne en bonne santé dans leur rapport au corps médical, oscillant sans cesse entre les deux. Une indication de la difficulté qu'ont les femmes à définir leur état se trouve dans la présentation de soi qu'elles adoptent. Certaines s'habillent, se maquillent, se parfument même, d'autres restent en chemise de nuit, et d'autres encore proposent un panaché : elles se maquillent et portent des bijoux tout en restant en chemise de nuit. Outre les enjeux de confort, et de gestion du linge –certaines restent en chemise de nuit pour faciliter l'entretien du linge à leur conjoint-, la présentation vestimentaire révèle en partie le statut adopté par les femmes. D'ailleurs, ces indications sont relevées de manière inconsciente par les soignantes qui déduisent quelquefois l'état psychologique des patientes à partir de leur habillement.

Michèle (sage-femme, 40 ans, 15 ans de métier) dit « *elle va mieux madame x, aujourd'hui elle est toute fardée* » [Notes, novembre 2006].

En France, la grossesse est considérée par l'institution médicale comme un état a priori pathologique, caractérisé par le risque, comme l'expliquent Madeleine Akrich et Bernike Pasveer⁶¹. Par conséquent, elle est prise en charge médicalement et requiert de nombreux examens même sans être considérée comme à « haut risque ». Béatrice Jacques détaille le processus médical à l'œuvre dans cette définition :

« Toute la difficulté repose sur la frontière entre le normal et le pathologique, sur le passage du faible risque au risque moyen, au haut risque[...]A la question : « Pourriez-vous me décrire ce qu'est pour vous une grossesse normale ? », les obstétriciens ont beaucoup de mal à répondre. Les blancs et les hésitations sont nombreux, la question demande réflexion [...] Après une analyse approfondie des entretiens, on peut néanmoins distinguer deux types d'approches, deux conceptions de la normalité obstétricale. Pour les premiers (8/11), le normal ne peut être défini qu'après avoir exclu toute présence de pathologie [...] Pour les autres (3/11), même si, comme les premiers, ils définissent la grossesse et l'accouchement comme des situations toujours à risque, l'approche de la normalité est inverse. »⁶²

Toutefois, cette approche rencontre un courant contestataire, minoritaire mais connu du public, qui affirme que la grossesse est un processus physiologique normal, que les femmes enceintes ne sont pas des personnes malades⁶³. La question de l'identité de malade se pose à toutes les femmes enceintes. Mais elle se pose avec plus d'acuité pour les femmes hospitalisées, car cette hospitalisation les contraint à une discipline médicale plus rigoureuse et à un rapport à leur corps qui est celui des malades hospitalisés. En outre, elles ont le sentiment d'être faibles, amputées d'une part importante de leur capacité qui est supposée par leur appartenance au genre féminin: celle de procréer. La menace d'accouchement prématuré, et les différents risques traités dans le service renvoient les femmes à un sentiment d'incapacité, et les conduisent à se penser comme malade. En effet, la féminité est fortement associée socialement à la capacité de maternité, et la difficulté à se reproduire peut conduire la femme vers un sentiment d'échec douloureux. La division sociale sexuée traditionnelle repose sur les rôles procréatifs occupés par chacun des sexes, de sorte que le fondement de la féminité est presque défini par la capacité de procréer, comme la virilité. Tout empêchement dans ce domaine conduit donc à un fort sentiment de dévalorisation. Ceci d'autant plus que l'accession au statut de femme à part entière est presque corrélé à celui de mère. Et comme l'exprime Marcela Iacub, les principes régissant actuellement les droits de la filiation renforcent très largement l'importance de la participation physique de la future mère :

⁶¹ Madeleine Akrich et Bernike Pasveer, *op.cit.*

⁶² Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, PUF, 2007, p 57-58.

⁶³ A ce sujet consulter par exemple les sites visant à la promotion d'une conception démedicalisée de la procréation. Par exemple : www.perinatalite.info

« La réforme de 1972 [...] a refondé le modèle familial sur des bases nouvelles : la « vérité » de l'accouchement et non plus la « légitimité » du cadre dans lequel l'enfant a été voulu. Loin d'en finir avec des exclusions arbitraires de certaines catégories minoritaires de liens de filiations, elle en a créée de nouvelles : femmes incapables d'accoucher, couples homosexuels, femmes ménopausées [...] »⁶⁴

Certes, la grossesse à haut risque n'est pas équivalente à l'infécondité, mais elle renvoie cependant les femmes à un sentiment d'incapacité de mener à bien leur procréation qui peut lui être associé. Comme l'explique Béatrice Jacques :

« La spécificité biologique de la femme de « porter l'enfant » est réaffirmée. C'est sur elle que le regard se pose, rappelant son rôle essentiel de reproduction de l'humanité. Cette responsabilité sociale amène alors les femmes à vivre leur grossesse comme un temps « presque obligatoire » de travail sur soi. Les théories psychologiques ont toujours présenté la grossesse comme un moment fondamental du développement de l'identité féminine. La maternité est décrite comme un temps de croissance personnelle, comme une expérience « conclusive de l'identité de femme. » »⁶⁵

Certaines parviennent à dissocier l'ensemble constitué par leur « matrice », constituée de leur utérus et du fœtus, du fonctionnement habituel de leur corps, et à se considérer comme « saines ». Il leur est alors encore plus difficile d'accepter l'application sur elles de soins qui ne leur sont pas destinés, mais qui sont destinés au fœtus qu'elles portent. Cela nécessite alors un travail d'acceptation de leur condition, qui est réalisé grâce à la réaffirmation de leur volonté de parvenir au but visé, à savoir mener la grossesse à terme.

Mme H (30 ans, kinésithérapeute, pas d'enfant) : C'est dur, c'est très dur. Etre hospitalisée c'est très difficile. Surtout en étant alitée en n'étant pas malade. Le fait d'être alitée je ne le vis pas trop mal parce que je sais très bien pourquoi je reste au lit et voilà quoi. Et je ne regrette pas parce que ça va faire 6 semaines et ça tient et c'est peut-être grâce à ça. Si je m'étais levée plus, ça n'aurait peut-être pas tenu et puis...[...] C'est surprenant quand même. On a du mal à imaginer qu'on peut devenir comme ça. Et puis en même temps c'est notre ventre, et puis en même temps on est un peu extérieur quand même.

Alors que le statut de parents suggère d'être autonome et responsable, l'état de dépendance que vivent les femmes en service de GHR est en complète contradiction avec le rôle social de future mère, ce qui ajoute à sa difficulté. L'état de dépendance représente une des épreuves les plus pénibles dans l'expérience.

Mme I (24 ans, assistante sociale, pas d'enfant) : Le plus dur c'est d'avoir envie oui, de faire des choses, et ne serait-ce que pour aller prendre une douche c'est vrai que je suis obligée d'attendre que mon compagnon soit là pour qu'il m'accompagne parce que forcément et bien je n'ai plus de muscle ni rien, et bien je vais te dire, étant donné que je reste couchée tout le temps et bien le fait de me lever et bien forcément j'ai des vertiges il suffit que j'aille à la douche, que je ne me sente pas bien enfin tout, en fait on devient très dépendante des autres quoi. Et ça c'est vrai que quand on ne l'a jamais été c'est ça qui est dur à encaisser quoi. Parce que bon, par exemple mes jambes et bien j'essaie de ne pas pencher ma tête trop en avant parce que ça me donne des vertiges, c'est tout. On retourne en enfance en restant alitée comme ça. Non, il faut qu'il me mette mes chaussettes, mes bas de contention, c'est lui qui m'épile les jambes (rires) enfin bon on en arrive à un point où, non on devient complètement, complètement dépendante. C'est vrai que c'est ça qui est le plus, le plus pénible quoi.

Aux dires des soignantes du service de GHR : la patiente est la femme. Pourtant, la plupart du temps, les soins qu'elle reçoit sont destinés au fœtus, directement ou indirectement. Par exemple, les injections de corticoïdes faites à la mère ont pour objectif de stimuler la maturation pulmonaire du fœtus. Les soins visant à diminuer les contractions sont destinés à la femme mais pour le bien-être du fœtus. En définitive, les soins sont toujours expliqués par rapport aux besoins du fœtus. Même ceux qui visent au bien-être de la femme trouvent leur justification dans un rapport au fœtus : « la maman elle est bien, le bébé il est bien » (Mme C, (34 ans, employée, un enfant)), comme s'il était indécemment pour les femmes de se préoccuper de leur confort ou même de leur santé. Puisqu'elles s'estiment incapables d'être de « bonnes mères » sur le plan physique, elles redoublent de dévouement, comme pour prouver leur détermination.

⁶⁴ Marcela Iacub, *L'empire du ventre. Pour une autre histoire de la maternité*, Paris, Fayard, 2004, p 20.

⁶⁵ Béatrice Jacques, *op.cit.*, p 24.

Mme H : Je suis surveillée toutes les semaines par une échographie en fait et du bébé et du col, donc le bébé c'est pour évaluer sa croissance, et le col c'est pour voir comment il évolue [...] Et puis il y a des médicaments que je ne supporte pas bien donc ils ne veulent pas m'en donner. Et il y en a un autre qu'ils ne me donnent plus parce que ce n'est pas très bon pour le bébé. Là encore il faut gérer entre laisser les contractions et le risque d'accouchement prématuré ou limiter les contractions et le risque de malformation pour le bébé d'après ce que j'ai compris.

Il apparaît donc que c'est le fœtus le véritable patient, mais au sein du corps de sa mère, et que, plus que la femme, c'est la matrice qui est l'objet des soins. L'impossible identification au statut de malade vient du fait que les femmes ont du mal à déterminer si cette matrice est une partie d'elle au même titre qu'un organe, ou si elle leur est quasiment extérieure. La longue socialisation de cette matrice explique cette hésitation. Si la formation du futur enfant se déroule au sein du corps de la femme, la procréation est encadrée par un ensemble de règles sociales destinées entre autre à garantir la connaissance de la paternité. Les femmes ont intégré cette emprise sociale sur leur corps pendant la période spécifique de la grossesse, et si les formes de cette emprise ont changé, particulièrement suite aux mouvements féministes des années soixante-dix, elle n'a pas pour autant disparu. Une part d'elles-mêmes considère que cet enfant leur est confié par la société, matérialisée ici par le père.

Mme H : Je me dis il faut qu'il me fasse vraiment confiance, maintenant il le voit, mais au début... Je veux dire il n'y a que moi qui peut décider de ne pas bouger, de rester coucher. Les hommes, il faut qu'ils aient une confiance en nous pour ce genre de problème. Ils nous confient vraiment, enfin c'est ça, ce bébé, il nous est confié, enfin on y tient autant qu'eux mais... Après si je n'étais pas raisonnable il ne pourrait pas faire grand-chose quoi.

En somme, la position identitaire des femmes hospitalisées est paradoxale. D'une part, elles sont soignées comme des malades et doivent se comporter comme tel – en intégrant et respectant les indications médicales par exemple-. De plus, les problèmes apparus pendant leur grossesse leur octroient un sentiment d'incapacité, qui contribue à les faire adhérer à ce statut. D'autre part, elles ne sont pas malades et ont tout à fait conscience que l'objet de soin est le fœtus qu'elles portent. Tout se passe donc comme si accepter d'être considérée et traitée comme une personne malade à cause de cette difficulté à procréer seule, et donc respecter les indications médicales, servait à prouver que, malgré leur supposée incapacité, elles méritaient d'être mères.

- Un corps public ; l'impossible intimité

La médicalisation de la procréation a conduit à une meilleure connaissance médicale du corps de la femme et du processus d'enfantement, et à une réduction notable de la mortalité maternelle et infantile. Mais cette connaissance et ces soins ont une contrepartie importante : ils supposent de livrer le corps des femmes à des inconnu-e-s, parce que ceux-ci appartiennent au corps médical. Longtemps, l'accouchement fut l'affaire des femmes et il n'existait pas de suivi professionnel médical de la grossesse. Yvonne Verdier décrit finement cet état de fait dans son chapitre « la femme-qui-aide » :

« A cette époque, l'accouchement est en effet l'affaire de la sage-femme et de la femme-qui-aide. En principe, on n'appelle le médecin, et encore est-ce la sage-femme qui en décide, qu'en cas d'accouchement « laborieux », et seulement lorsque celle-ci s'estime impuissante ; en fait, quand il n'y a plus rien à faire et presque toujours trop tard »⁶⁶.

Cette représentation a laissé des traces dans le vocabulaire des sages-femmes, lorsqu'elles expliquent à la femme en travail qu'elles vont devoir faire appel à ce qu'elles nomment « *la main masculine* ». Cette expression désigne toute intervention médicale invasive –telle qu'une ventouse, un forceps, une épisiotomie ou une césarienne- que le médecin soit d'ailleurs un homme ou une femme. Le processus de médicalisation de la procréation a progressivement conduit à un quasi monopole des médecins sur l'accouchement et sur les examens en leur subordonnant les sages-femmes, comme l'explique en détail Béatrice Jacques :

« Les sages-femmes ont des compétences de surveillance et de prescription, mais dès que le diagnostic de pathologie est posé, elles ont l'obligation d'orienter la patiente vers un médecin [...] Comme le note Danièle Carricaburu, la profession repose sur la délégation par les médecins du normal aux sages-femmes, ce qui veut dire que « tous les actes et toutes les prescriptions d'examens et de médicaments autorisés aux sages-femmes peuvent être effectués par les médecins »^{67 68}

⁶⁶ Yvonne Verdier, *Façons de dire, façon de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière*, NRF, Paris, 2003 [1979], p.89

⁶⁷ Danièle Carricaburu, « Les sages-femmes face à l'innovation technique », in Pierre Aïch, Didier Fassin, *Les métiers de la santé*, Paris, Anthropos « Sociologique », 1994, p 290.

⁶⁸ Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, PUF, 2007, p 75.

L'accompagnement de la grossesse conduit les soignants à mesurer, à normer les phénomènes de la grossesse, ce qui impose aux femmes enceintes de subir de nombreux examens approfondis. Par exemple, lors d'une grossesse sans problème particulier, outre le premier rendez-vous qui confirme la grossesse, la femme enceinte, éventuellement accompagnée par son conjoint, se rendra au minimum sept fois en consultation⁶⁹. Lorsqu'une menace d'accouchement prématuré est détectée, la femme devra se prêter aux examens de confirmation, puis au minimum chaque semaine à de nouveaux examens de contrôle comme des touchers vaginaux ou des échographies vaginales, qui sont des examens particulièrement intimes. En France, la majorité des femmes font l'apprentissage de ce type d'examen dès le début de leur vie sexuelle, car elles sont examinées chez leur gynécologue, par exemple pour obtenir des contraceptifs. La nécessité de ces examens semble tout à fait acceptée socialement comme la contrepartie à un suivi médical de qualité. De plus, le fait d'appartenir au corps médical semble pouvoir gommer le genre de l'intervenant : ce n'est plus un homme ou une femme, c'est un soignant. Le corps médical semble considérer que le genre est neutralisé par le port d'une blouse. Pourtant, la controverse surgit lorsque certaines patientes refusent d'être examinées par un homme. Ce refus est alors mis sur le compte d'un archaïsme culturel. Rémi (élève sage-femme de deuxième année) nous décrit un peu comment certaines femmes refusent qu'il ne les examine, ou plutôt comment leur mari le refuse.

Moi : Et par rapport à, aux patientes, ça se passe, t'as un exemple d'une patiente avec qui ça ne c'est pas bien passé lié au fait que tu étais un garçon ?

Rémi : J'en ai ouai, parce que, mais c'est toujours la même chose. Ce sont souvent des dames d'origine maghrébine et le mari ne veut pas que je reste là, il ne veut pas que je l'examine ou : c'est toujours la même catégorie.

Moi : C'est toujours comme ça ? C'est toujours à cause de ça ?

Rémi : Euh, il y a des dames qui sont plus ou moins réticentes, parce que souvent elles ont une femme gynécologique, pardon une femme gynécologue. Elles ont l'habitude d'être examinée par des dames et le fait de voir un homme ça les perturbe un petit peu. Mais je n'ai jamais de refus strict. En dehors des dames chez qui leur religion les interdit d'être examinée par un homme.

Moi : Ça concerne les musulmanes seulement ?

Rémi : Les musulmanes oui. Mais toutes les musulmanes ne sont pas pareilles. Ça dépend. Les dames turques par exemple refusent et les dames algériennes. Mais ça m'est déjà arrivé d'avoir une dame en salle d'accouchement, j'ai déjà accouché des dames turques. Et elles ne me disaient strictement rien. Mais la proportion est plus importante chez les dames turques et chez les dames algériennes. Chez les dames tunisiennes il n'y a aucun problème, jamais. Elles sont musulmanes mais il n'y a aucun problème. Et le mari il n'y a aucun problème.

Moi : Tu crois que ça dépend si le mari est là ou pas ?

Rémi : Oui. Beaucoup. Et je pense que si les maris n'étaient pas là pour influencer la patiente, la patiente ne dirait pas non.

Pourtant, il serait intéressant de questionner plus avant ce type de problème : n'est-ce pas une manière de contourner des examens vécus comme trop intimes et qui nécessitent un long apprentissage social pour être en mesure de s'y prêter? L'acceptation de l'ensemble des « autres femmes » n'est-elle pas le résultat d'une longue socialisation à la négation du genre que constitue l'appartenance au corps médical ?

Les patientes que j'ai rencontrées n'ont pas mentionné être gênées dans leur intimité par les examens médicaux en eux-mêmes, convaincues qu'ils sont nécessaires, que leur acceptation est naturelle. Ainsi, bien que les examens gynécologiques soient inconfortables et gênants, un fort tabou règne qui empêche de les critiquer. Curieusement, seul un élève sage-femme a formulé le problème quand je le questionnais sur la manière dont il se positionnait personnellement comme homme dans un métier habituellement féminin. En approfondissant le sujet, il a montré avoir conscience qu'au-delà des discours universalisant, les soignants appartiennent à l'un ou l'autre sexe et que la relation médicale, malgré ce qu'elle prétend, n'est pas située en dehors de des rapports sociaux de sexes.

Rémi : Non, non, mais quand, même il y a des rapports plus intimes que d'autres. Toucher les ventres c'est peut-être des rapports intimes, mais faire un toucher vaginal c'est peut-être beaucoup plus intime ouai. Pour une patiente. Moi je me mets à sa place, c'est quelque chose d'extrêmement intime mais, je, je ne me pose pas la question de savoir. Je me pose toujours la question pour le toucher vaginal, ce qu'elle peut ressentir parce que je suis un homme. Mais de toucher son ventre, c'est

⁶⁹ Afin de préparer les femmes à ne pas les oublier, les sites spécialisés proposent même des calendriers des consultations qui calculent automatiquement les dates de prises de rendez-vous en fonction de la date du début de la grossesse. Ex : http://www.doctissimo.fr/html/grossesse/mag_2003/0103/calendrier_grossesse.htm

quelque chose qui est naturel. Je suis une sage femme donc, c'est quelque chose de naturel. Je ne sais pas si je réponds ou pas à ta question ?

Moi : Si, si, tu réponds. Pour le toucher vaginal par contre tu te poses la question ?

Rémi : Je me sens toujours un petit peu gêné quand je fais un toucher. Je regarde toujours la patiente, je regarde les mimiques, ce qu'elle fait quand elle va savoir que c'est moi qui vais faire le toucher. Parce que je suis à côté. Et puis après je m'adapte en fonction. Si je vois que ça la gêne, c'est sûr que je vais me comporter d'une façon différente que si je vois qu'elle n'a aucune gêne par rapport à ça. [...] Mais je pense que même les gars dans ma classe, je pense qu'on a toujours une petite gêne par rapport à ça.

Moi : Et comment vous, comment vous faites ? Vous regardez le mur, vous regardez la dame ?

Rémi : Je me concentre sur ce que je dois faire. Je fais mon toucher vaginal pour regarder le col, pour voir comment il est fait, et voilà, et c'est comme ça que je fais le toucher. Et je reste d'un point de vue médical. [...] Moi je le vois comme mon métier, je ne le vois pas comme, je vois des patientes, je vois des dames qui me font confiance, enfin, je n'ai pas cette relation, ça ne me vient même pas à l'idée maintenant en fait ce genre de, d'idée. Mais c'est sûr que c'est un rapport, par rapport au corps par rapport à l'intime par rapport aux mains, par rapport à la timidité. C'est particulier.

Moi : Par rapport à la connaissance de l'autre aussi, par rapport à toi.

Rémi : Et bien c'est sûr que dans sa vie personnelle moi je vois je suis quelqu'un de plutôt pudique et j'essaie de me mettre à la place de ces patientes et je me dis qu'elles ont beaucoup de courage parce que se laisser examiner, même par une femme je veux dire, je trouve ça incroyable, moi je ne pourrais pas me laisser regarder comme ça, bon ça ne m'arrivera pas (rires) par mon médecin ou par une femme ou un homme, moi c'est : pas d'examen. Mais moi c'est mon vécu personnel hein.

Moi : Ouai, je pense que les femmes l'apprennent. Ce n'est pas toujours facile hein la première visite chez le gynéco.

Rémi : Mais dans le parcours d'une femme, ah mais ! J'ai déjà assisté à des premières visites de jeunes filles qui ont 16 ans et qui viennent pour la 1^{ère} fois chez le gynéco et bien elle sont comme ça (montre la peur) hein, c'est normal. Moi à leur place, je pense que ce serait pareil. J'essaie de me mettre à leur place hein. Ce n'est pas quelque chose de facile. Et je pense que les femmes elles sont, c'est marrant, je pense que plus que les hommes, tout au long de leur vie, elles sont confrontées ; je pense qu'elles sont moins pudiques que les hommes finalement. Enfin, je ne sais pas. Ce n'est pas qu'elles ont moins de pudeur, c'est qu'elles sont tellement confrontées à montrer leur nudité, les examens gynécologiques, l'accouchement, tout ça, enfin je ne sais pas elles sont

Moi : L'allaitement ?

Rémi : Oui, l'allaitement montrer leurs seins, elles peuvent plus montrer leur corps et peut-être faire moins preuve de pudeur que les hommes. Parce que ce sont des femmes.

En formation, ce jeune homme qui s'efforce de pratiquer ces examens avec neutralité réalise la difficulté que cela présente et suppose en miroir combien ils peuvent être difficiles pour les femmes. Au contraire, j'ai observé au staff médical un médecin gynécologue, raillant une patiente qui avait des difficultés à se soumettre à la procédure :

L'interne fait part du cas d'une patiente qui a une douleur inexplicquée à la vulve. Le Médecin répond : « elle, il faudrait déjà qu'elle apprenne à se connaître : quand on lui met le spéculum elle couine ». La surveillante relève : « elle 'couine' ? ». Lui sans se démonter : « oui, oui, elle couine. Il faut qu'elle s'explore elle-même ». Pour lui c'est un problème psychologique. [Notes, novembre 2006].

Ces remarques montrent combien se prêter aux examens gynécologiques semble corrélé au fait de pouvoir prétendre à un statut de femme mûre, sexuellement active et épanouie, donc implicitement au fait de pouvoir être une « bonne mère ». Il n'est guère étonnant que les patientes de GHR, déjà menacée dans ce statut n'expriment pas explicitement la gêne qu'elle peuvent ressentir : ce serait faire preuve d'immaturité. Nicole Loraux a montré le lien symbolique qui existait entre l'accouchement et la guerre dans la Grèce antique :

« La future épouse, procréatrice de citoyens, s'exerce : supporter l'enfantement comme l'hoplite supporte l'assaut de l'ennemi, lutter contre les douleurs : l'accouchement est un combat [...] Accoucher, serait-ce traverser « l'épreuve virile la plus accomplie de la femme » ? A ce compte, la

pointe extrême de la féminité serait de sortir de la féminité, et, si l'accouchement accompli réellement le mariage, il conquiert aussi à la femme un peu de la gloire des hommes »⁷⁰.

On peut ainsi faire un parallèle entre l'inconvenance de se plaindre des examens médicaux visant à permettre un bon suivi de la grossesse avec l'injonction faite aux hommes de supporter la douleur, en particulier lors d'entraînement militaire, considéré comme les hauts lieux de la formation virile⁷¹. Les patientes hospitalisées en GHR supporteraient donc ces examens sans en formuler les inconvénients pour rétablir leur dignité symbolique et prouver leur courage, et en somme montrer leur capacité à être mère donc femme.

Cette proximité avec l'intimité d'autrui peut aussi être gênante pour les soignants. Ainsi, Simone (aide-soignante, 45 ans, 25 ans de métier) me disait après avoir changé les serviettes d'une jeune femme ayant récemment subi une césarienne :

« Non mais franchement, ça ne les dérange pas qu'on aille comme ça s'occuper de leurs fesses ! Elle pourrait faire ça toute seule. Moi je ne supporterais jamais qu'on me change mes serviettes comme ça, elles n'ont aucune pudeur ! Enfin, elles sont habituées à être assistées. » [Notes, avril 2007]

On peut noter ici un paradoxe intéressant. La patiente, ayant intégré le déni de l'intimité corollaire au suivi médical de la grossesse a pensé naturel que l'aide-soignante change ses serviettes hygiéniques. Mais pour Simone, ces soins ont représenté une violation de sa propre intimité parce qu'elle ne les estimait pas nécessaires.

Si les patientes ne se plaignent pas des examens en tant que tel, toutes expriment en revanche l'atteinte ressentie à leur intimité en récriminant contre la multiplicité des intervenants appelés à les pratiquer ou à y assister. On peut ici saisir la faille dans la fiction qui voudrait que le corps médical soit unifié, presque universel quelque soit son représentant. Les patientes se sont toutes plaintes de cette multiplicité, et au fond de l'impersonnalité qu'elle paraît impliquer. En réalité, les interactions ne se font pas seulement entre un représentant du corps médical et une patiente, mais d'abord entre des individus. Il se crée plus qu'un lien professionnel entre une patiente et son gynécologue, c'est un lien individuel.

Mme A (36 ans, comptable, pas d'enfant) : En principe, si tout se passe bien (rires) à partir de la 34^{ème} semaine je peux aller accoucher à X.

Moi : Et vous choisissez ça ?

Mme A : Je pense que je choisirais X.

Moi : Malgré le fait que maintenant vous connaissez l'équipe ?

Mme A : Oui. Pourquoi ? Parce que j'ai quand même une longue expérience avec mon médecin gynécologue à X et que... Ce n'est pas une histoire de confiance loin de là. La confiance elle y est sinon je ne serais pas bien ici, ce n'est pas le cas. Je l'ai tout à fait. Mais c'est quand même bien lié aux relations quand même supplémentaires. Parce qu'il faut bien dire aussi : on est bien pris en charge, les gens sont charmants et compétents, ce n'est pas le problème, mais tous les jours, vous ne voyez jamais le même médecin. L'avantage aussi de X c'est que vous avez choisi un médecin, même si ça peut ne pas être lui qui vous accouche, mais c'est lui qui vous suit tout du long de votre grossesse. Et ça... Comment dire : une grossesse c'est quand même quelque chose de très intime, de très particulier, surtout avec le parcours qu'on a eu... donc il y a de la confiance et c'est un peu plus que de la confiance, c'est un peu plus fort je dirais. Et c'est vrai que n'avoir qu'un seul interlocuteur ça c'est important. Même si je vous dis tous les interlocuteurs qu'on a ici sont très bien et que je n'ai pas de problèmes relationnels et j'insiste bien là-dessus. Mais quand même, j'apprécie par exemple. Je peux vous dire que la plupart de mes échographies m'ont été passées ici par la même personne, la même interne, je trouve ça agréable. Ne serait-ce que pour se dire, je ne passe pas par 50 000 mains... On a l'impression, même si c'est fugitif, d'avoir un début de relation, différent. C'est un peu, on sait que c'est l'inconvénient de l'hôpital. C'est aussi l'avantage du fait qu'il soit universitaire : ce sont des gens qui sont là pour se former c'est logique aussi. Je ne renie pas le système, ce n'est pas ce que je veux dire. Mais c'est vrai qu'à X vous n'avez pas ce système.

Au contraire, l'organisation hospitalière conduit les patientes à s'adresser à une équipe, indépendamment de l'interlocuteur présent qui change constamment. Ce changement crée des complications émotionnelles qui révèlent finalement la difficulté de livrer son intimité à une institution.

⁷⁰ Nicole Loraux, « le lit, la guerre », in *Les expériences de Tirésias. Le féminin et l'homme grec.*, Paris, Gallimard, 1989, p 30 et 37.

⁷¹ Pour un approfondissement de cette question voir Marc Bessin (dir.), *Autopsie du service militaire (1965-2001)*, Ed. Autrement, Coll. « Mémoires », 2002, 215 p.

Mme H (30 ans, kinésithérapeute, pas d'enfant) : On ne se rend pas compte combien quand on est dans un lit d'hôpital, on est tout petit et dépendant. Et ce n'est pas facile de penser aux bonnes questions au bon moment. Les infos on les prend dans la figure et puis on ne pense pas aux questions. Et puis c'est après qu'on se dit mais tient il m'a dit ça et donc, mais la visite elle est finie et il faut attendre le lendemain. Et le lendemain ce n'est pas forcément le même docteur et il ne donnera pas forcément les mêmes infos.

Cette difficulté est renforcée par deux facteurs aggravants. Le premier est lié à la composition variée d'une équipe soignante. Suivant les ressources à la disposition des patientes elles comprennent plus ou moins bien cet environnement. Il est en effet malaisé de savoir qui est qui, et qui fait quoi, même si les statuts sont en principe inscrits sur les blouses. En fait, ils sont illisibles, mais leur présence dispense la majorité des soignants de se présenter aux patientes dont ils supposent qu'elles savent qui ils sont.

Mme H : Ça ne fait pas longtemps, ça doit faire trois semaines j'ai réalisé que je n'avais jamais vu la surveillante. Maintenant j'ai déterminé qui c'est [...] mais on ne peut pas lire sur les blouses, on n'a pas le temps. C'est écrit pâle, c'est écrit petit, et en plus quand quelqu'un est en train de nous parler si on bloque sur son truc ! (Rires) je pense que ce n'est pas très agréable pour la personne. Et puis la personne va se dire mais qu'est-ce qu'elle regarde enfin, voilà. Et donc du coup on ne sait pas forcément très bien. Mais ça c'est...

Les patientes doivent donc raconter leur histoire et se laisser examiner et soigner par de parfaits inconnus.

Mme I (24 ans, assistante sociale, pas d'enfant) : En fait vous rencontrez, en fait du moment où vous êtes hospitalisée, du moment où vous avez, en fait vous rencontrez tout un tas de gens, vous ne savez même pas qui fait quoi, qu'est-ce qu'il fait là, pourquoi il est là, qu'est-ce qu'il a à voir avec vous en fin de compte vous êtes un peu larguée.

Elles n'osent pas questionner ces professionnel-le-s sur leur identité car cela pourrait être interprété comme un manque de confiance personnelle et leur poser des problèmes de conflits, d'autant plus ingérables que rappelons-le, ces patientes sont placées en situation de dépendance. La crainte de créer des conflits personnels, de vexer une soignante, montre encore une fois la fragilité de l'illusion d'impersonnalité que prétend établir l'organisation hospitalière. D'ailleurs, dans leurs récits, les patient-e-s personnalisent toujours leurs échanges quand ils racontent une situation précise. Ils parlent dès lors de tel médecin, tel interne, telle sage-femme, même si bien souvent ils ne connaissent pas son nom, ce aussi bien de manière positive que négative. Ils ont cependant tendance à euphémiser les conflits tant que dure la dépendance. Ce n'est qu'après le retour à domicile qu'ils s'autorisent une critique plus importante. Les patient-e-s ne sont donc pas dupes de la prétendue universalité. La longue durée de certaines hospitalisations leur permet de différencier les pratiques soignantes individuelles⁷², à l'exemple de Mme H qui connaît suffisamment les sages-femmes pour différencier sa demande en fonction de son interlocutrice.

Mme H : Et ben moi ce que j'ai remarqué c'est que je sais auxquelles je peux demander et avec lesquelles je vais obtenir telle ou telle chose. Ce n'est pas une manipulation hein, mais je serais plus à l'aise, il y a le fait d'être plus à l'aise avec certaines ou avec d'autres, mais ça c'est une question d'affinité, mais c'est plus normal, après je sais où il y en a qui vont plus m'écouter sur telle ou telle chose, donc je vais plus me pencher sur certains soucis. Il y a une sage-femme, si je l'appelle pour des contractions, elle va vouloir vérifier par monitoring. Y'en a qui ont compris que les contractions je les sens de manière réelle.

Le second facteur est la vocation universitaire de l'Hôtel Dieu. En effet, chaque acte médical ou presque est fait en présence d'un ou plusieurs étudiants. Exceptées les élèves sages-femmes de quatrième année qui effectuent les gestes, ces étudiants⁷³ occupent un rôle de spectateurs qui est parfois mal vécu par les patientes, même si elles en comprennent la finalité. La position de spectateur peut être assimilée à du voyeurisme, elle met mal à l'aise celui qui la vit comme celui qui la subit. Les patientes élaborent des stratégies d'évitement, par exemple en ne regardant que le médecin lors des visites. Elles essaient de faire abstraction de la présence des étudiants, mais cela ne leur est pas toujours possible. Mme I (24 ans, assistante sociale, pas d'enfant) m'a fait part du malaise dans lequel le nombre de spectateur la plonge quand elle subit des examens intimes devant les étudiants.

Mme I : Et bien ça va oui. Mis à part que c'est un peu le défilé. C'est ce que je disais tout à l'heure, c'est pour. Pour l'échographie ça ne me gêne pas du tout que vous soyez présente, mais c'est vrai que ils ont un peu tendance justement du fait que ce soit universitaire à, voilà, à multiplier un peu les, bon, qu'il y ait un étudiant bon, c'est normal, moi j'ai été étudiante, je sais ce que c'est, mais bon,

⁷² Cette question sera approfondie dans le dernier chapitre.

⁷³ Les internes n'ont pas exactement un statut d'étudiants. Ils mènent seuls la plupart de leurs interventions et n'appellent le médecin qu'en cas de difficulté majeure.

quand on vous passe une échographie vaginale, qu'ils sont 4 pour vous passer une échographie, que vous n'en connaissez pas les trois quarts et vous ne savez même pas qui c'est, ce qu'ils font, qui ils sont, enfin, ils sont là en train de regarder la belle image

Moi : Vous le leur avez dit ?

Mme I : Oui, oui, oui.

Moi : Ils le prennent ?

Mme I : Bien vous voyez comme, oh, pour eux ce n'est pas, ce n'est pas grave, mais c'est vrai que bon, pourtant je n'ai pas un tempérament spécialement pudique non plus mais c'est vrai que, quand ça fait deux mois que vous avez toutes les semaines des personnes différentes qui vous auscultent bon, déjà ce n'est pas, je veux dire, on a quand même une part d'intimité aussi quoi. Ce n'est pas non plus. Alors après quand on vous passe des échographie, à chaque fois, que ce n'est jamais la même personne, enfin bon, c'est un peu délicat quoi. Et puis à leur faire comprendre aussi sans qu'elles ne le prennent mal. Voilà parce que bon, moi c'est pareil, qu'il soit deux à regarder, je n'y vois pas d'inconvénient parce que. Mais après, je trouve qu'il y a quand même un minimum quoi, parce que bon. Vous voyez ça fait un peu bête dans un zoo. Vous voyez quand ils sont tous là en train de regarder...c'est vrai qu'il y a un minimum. Il y a un minimum. Parce que moi c'est vrai que j'ai un col à cinq millimètres, enfin, imaginez qu'ils m'annoncent et bien que ça s'est dégradé ou des choses comme ça, se sont quand même des choses qui sont angoissantes, ce ne sont pas des choses que j'ai envie de partager avec cinq personnes dans une salle enfin. Vous voyez il y a quand même des, il y a un minimum je trouve.

Outre la question des examens médicaux, l'hospitalisation des femmes pose d'autres problèmes d'intimité. Alitées, elles sont confinées à leur chambre, qui constitue leur univers pour le temps parfois long que dure leur expérience. Cet espace est investi par les soignantes et les étudiants. Elles ne disposent donc pas d'espace privé. De plus, elles ne peuvent recevoir leurs visiteurs que dans leur chambre. Il leur est impossible de se ménager un espace intime, ce qui peut peser sur l'expérience de certaines.

Mme H : Pour les visites, peut-être que dans d'autres conditions justement, si j'étais malade par exemple j'aurais peut-être envie de plus. Encore que je ne suis pas sûre de, enfin, pas très sociable dans le sens où l'internat je l'ai très mal vécu. J'ai beaucoup d'amis, j'aime bien, mais, à condition que j'aie mon intimité. Et quand il y a trop de gens qui viennent dans mon intimité ça ne me va pas. Et là finalement c'te chambre c'est mon intimité. C'est ma vie en ce moment. Et donc ça j'ai du mal à, puis bon, le fait que la situation ait été un peu angoissante quoi. Non, et puis je n'ai pas forcément envie de le partager avec des gens.

L'encadrement médical et a fortiori l'hospitalisation des femmes enceintes soulèvent donc un problème d'intimité, en relation avec le rapport au corps particulier qu'implique cette expérience. En effet, les patientes voient leur corps devenir quasi public et ne disposent pas d'espace privé : la construction de leur parentalité s'en trouve affectée. La construction de la maternité telle qu'elle est véhiculée dans les sites internet, magazines et ouvrages à destination des futurs parents est représentée comme une construction intime et personnelle entre soi, le fœtus qui est pour l'occasion personnalisé, et le père. L'hospitalisation dans le cadre des grossesses à haut risque perturbe fortement cette représentation. Toutes les patientes, même celles qui vivaient cette expérience le moins douloureusement ont exprimé ce manque d'espace privé, parfois en évoquant l'envie ou le besoin d'être chez elles, d'être alitée parmi leur propres meubles, dans leur foyer. Accepter cette impossibilité demande un véritable renoncement à l'image que les patientes se faisaient de leur expérience de la grossesse. Renoncement qu'elles acceptent parfois ou qu'elles repoussent contre vents et marées, exprimant le besoin de rentrer quelque temps chez elles avant leur accouchement.

Moi : Et est-ce qu'il y a quelque chose qui vous a plu quand même ?

Mme C (34 ans, employée, un enfant) : Oui, la sortie c'est tout ! (Elle rit) ma sortie, je l'attendais tant ! Je savais que j'étais chez moi, j'étais alitée mais ce n'est pas pareil, parce que chez moi je suis restée vraiment alitée hein ! [...]

Moi : Et vous souffriez moins de l'enfermement ?

Mme C : Ce n'était pas pareil, j'étais chez moi. Il y a une sage femme qui venait me voir tous les deux jours, monitoring, voir comment ça se passait quoi. Ce n'est pas le même, le contexte n'est pas le même non plus hein ! Vous êtes chez vous.

- Un corps machine

L'hospitalisation pour grossesse à haut risque introduit donc un rapport particulier à leur corps pour les patientes concernées. Dans un corps de « malades-pas malades », dépendantes, elles doivent renoncer à leur intimité pour le temps de l'expérience. Mais le point le plus spécifique est que tous les soins et contraintes dont leur corps fait l'objet sont destinés à lui permettre de terminer la grossesse dans de bonnes conditions pour le fœtus. La proximité de ce corps avec la technique est dès lors fondamentale.

En premier lieu, une priorité est donnée aux appareils de mesure médicaux sur les ressentis de la femme. La véracité de ceux qu'elle exprime est contrôlée par ces machines et les résultats obtenus par la technique sont considérés comme les seuls valables. En second lieu, les machines détectent des signaux que la femme n'avait pas perçus. Dès lors, la connaissance du corps de la femme que permet la technique est considérée comme plus aboutie que celle de la femme elle-même. Enfin, les différents branchements que nécessitent cette connaissance et cette maîtrise par les appareils font ressembler le corps de la femme à une machine, à une extension biologique des appareils médicaux. C'est même une métaphore qui peut être utilisée par les médecins eux-mêmes :

Mr A (41 ans, comptable, pas d'enfant) : Et donc là il [le médecin de X] nous a expliqué que le meilleur incubateur c'était le corps de ma femme et que donc on descendait [à l'Hôtel Dieu].

De plus, on peut considérer que cette imbrication entre le corps de la femme et les appareils médicaux confèrent à ceux-ci un statut particulier, comme des extensions du corps de la femme. Traditionnellement l'outil est considéré en philosophie comme un prolongement du corps et du geste, contrôlé par son utilisateur. L'outil n'est pas autonome de la personne. C'est elle qui lui donne un sens. Ici, l'outil vient comme remplacer la parole de la femme et c'est lui qui donne le sens de l'expérience. Les contraintes appliquées au corps de la femme ainsi que les interventions à venir sur ce corps sont fonction des informations qu'il donne.

Il faut garder à l'esprit que cette inversion du sens de l'outil (ici les machines médicales) est surtout valable pour les patientes. En effet, les appareils sont contrôlés par le corps médical qui décide de leur pose, contrôle les informations ainsi recueillies et décide de leurs conséquences. Mais l'utilisation de ces appareils est contraignante pour l'exercice professionnel soignant. Nous avons vu comment leurs déplacements et leurs mises en place font partie intégrante du travail des sages-femmes et des aides-soignantes. La nécessité de se plier à leurs informations peut être aussi vécue comme une atteinte à la liberté d'action de ces soignantes.

Virginie, (sage-femme, 36 ans, 20 ans de métier) qui a choisit d'être toujours affectée en GHR m'expliquait son choix par la faible marge d'action possible pour les sages-femmes en salle d'accouchement : « *en bas, on ne fait que regarder les écrans. Si tout va bien on continue à les regarder, s'ils indiquent des problèmes on doit aller chercher le médecin pour qu'il décide quoi faire* ». [Notes, avril 2007]

Le monopole des médecins sur l'interprétation des résultats inhabituels de ces mesures techniques peut être considéré comme une autre forme de leur domination du processus. Ainsi, l'utilisation généralisée de machines médicales permet d'accroître la précision des connaissances et d'assurer une meilleure qualité des soins, mais également d'assurer une sorte de domination à ceux qui en contrôlent l'usage.

Les différents branchements entraînent des contraintes corporelles (encadré 12). Par exemple, il n'est pas question de bouger pendant que le monitoring contrôle battements du cœur du fœtus et contractions de l'utérus de la femme, et même en dormant il faut prendre garde à ne pas arracher la perfusion qui distille du produit contre les contractions. L'utilisation des machines crée aussi un environnement sonore spécifique fait de chuintements, sifflements et autres sonneries qui font parties intégrantes de l'expérience corporelle de l'hospitalisation. La mesure du cycle de tension est accompagné du bruit du bracelet qui se gonfle, des bips signalant que la tension est en train d'être mesurée, du bracelet qui se dégonfle, suivi de l'impression de la mesure sur un ticket, ceci régulièrement pendant toute la mesure. Ce bruit est un fond sonore pour nombre de mes entretiens enregistrés.

Encadré 12 : Les branchements corporels



Il est difficile de réaliser combien les branchements peuvent être nombreux et occuper une place fondamentale dans l'expérience corporelle. La patiente ici photographiée avait simultanément un apport en oxygène par les narines, une perfusion d'anti-contraction (photo de droite), un tensiomètre autour du bras, et un monitoring dont les capteurs étaient fixés sur son ventre (photo de gauche).



Il s'agit d'une concentration des branchements possibles, mais il n'est pas rare que ceux-ci soient associés, donnant un aspect robotique à la patiente : une multitude de fil part de son corps pour fournir des informations tandis qu'un certain nombre le rejoignent pour y instiller différents produits.

En effet, les sages-femmes posent l'appareil, et reviennent le chercher, le laissant pendant ce laps de temps en autonomie pour surveiller la tension des patientes. De même la pose du monitoring déclenche la diffusion des battements du cœur du fœtus qui emplissent la chambre, ce qui est assez émouvant, tandis que dans un bruit d'imprimante sort le graphique représentant ces battements en parallèle de celui qui représente les contractions utérines. Ce qui se passe au sein de l'organisme de la femme est ainsi mesuré et extériorisé, rendu public. Comme le suggèrent Madeleine Akrich et Bernike Pasveer, les appareils de mesures médicales recréent une sorte de matrice artificielle à l'extérieur du corps de la femme, permettant ainsi d'en dépasser les frontières physiques.

« Les dispositifs de surveillance, monitoring, examens divers, ne sont donc pas simplement là pour vérifier l'absence de problèmes : ils constituent, pour les acteurs en présence, l'utérus sur lequel porte le travail collectif et le fœtus autour duquel s'organise l'action. Les sensations de la femme sont reléguées au second plan, elles n'ont de pertinence qu'en temps qu'elles peuvent être retraduites dans le langage des courbes et des chiffres que délivrent les différents instruments [...] Parce qu'ils constituent l'utérus comme acteur-objet de l'expérience collective, les instruments autorisent une gestion commune de l'accouchement [...] On constatera ici encore le caractère collectif du travail qui s'appuie sur un corps reconstruit pour l'occasion et étendu hors des frontières du corps physique de la femme⁷⁴. »

Par les traitements qu'il subit et l'extériorisation de son fonctionnement interne, le corps des femmes devient une sorte de machine tandis que parallèlement, les appareils médicaux deviennent presque des organes de ce même corps. La frontière entre les instruments techniques et la constitution biologique du corps est gommée, rendue floue. Du coup, même les ressentis et les sentiments des femmes ne sont pas clairement séparés de cette emprise de la technique – des anti-dépresseurs seront prescrit par exemple aux patientes fragiles, car leur tristesse n'est pas bonne pour le fœtus et risquerait de les amener à des écarts de conduite-. Les patientes sont livrées toutes entières au contrôle médical. En outre, lorsque ce contrôle échoue, c'est alors la patiente qui est soupçonnée de résistance psychologique –par exemple de créer ses contractions à cause de sa propre angoisse-. Elle est donc appelée à accorder au plus vite sa confiance à l'équipe soignante et à essayer de se défaire de ses doutes. La prétention à l'accession à un statut de bonne future mère passe nécessairement par l'acceptation de cette main mise technologique des femmes sur leur corps.

⁷⁴ Madeleine Akrich et Bernike Pasveer, *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas.*, MIRE, coll. Les empêcheurs de penser en rond, Synthélabo groupe, 1996, p 98.

Mais l'usage de ces machines permet de mieux appréhender le fœtus afin de le constituer comme un patient : elle lui donne une réalité.

« Ces dispositifs de surveillance constituent une médiation entre le fœtus et les autres acteurs qui font cercles autour de lui : le fœtus devient un personnage en partie individualisé par rapport à sa mère. »⁷⁵

De nombreux travaux ont montré l'importance que pouvait représenter l'échographie dans la construction de la parentalité en matérialisant l'enfant à venir par des images, conçues par les parents comme de premières photographies. Luc Boltanski montre combien l'image du fœtus produite lors de l'échographie contribue à ancrer la réalité de celui-ci dans l'imaginaire de ses parents. Il cite à ce titre la thèse de Bénédicte Rousseau⁷⁶. Il écrit que : « *ce moment constitue par là aujourd'hui une étape importante dans le travail d'adoption par la mère de ce dont elle est porteuse.* »⁷⁷. J'ajouterais que les machines constituent une sorte d'intermédiaire par lequel non seulement les soignants mais également les futurs pères ont accès au corps de la femme. Tandis que les femmes enceintes sentent les mouvements du fœtus, les représentations de celui-ci offertes par les appareils –images et battements du cœur– permettent au père de réaliser la réalité de l'enfant et ainsi démarrer la construction de sa « paternelité »⁷⁸. A ce titre les machines constituent aussi un lien avec le fœtus en en faisant un enfant futur.

Mr A (41 ans, comptable, pas d'enfant) : Ce n'est pas que j'y croyais pas mais j'ai toujours tendance à voir le côté à moitié vide du verre donc jusqu'à la première échographie, jusqu'à ce que je les vois sur l'écran et que je les vois bouger euh, ce n'est pas que j'avais un doute mais bon. Et donc c'est sûr que ça, le fait de temps en temps les voir, les voir bouger voir qu'ils grossissent bien, qu'ils n'ont pas de problèmes, parce que pendant les échographies le médecin vous explique : il a bien tous les doigts il a bien ci, il mesure tout, c'est rassurant par un certain côté. Et ce côté rassurant il me manque un peu peut-être.

Un rapport au temps différent

- L'attente, le besoin que le temps passe

Par définition, la grossesse est une période d'attente. Elle désigne le processus de formation du fœtus, qui dure neuf mois dans l'espèce humaine. Mais l'attente intrinsèque à cette période prend une tournure particulière dans le cadre d'une menace d'accouchement prématuré avérée. En effet, les conséquences de l'accouchement sont variables selon l'âge gestationnel atteint par le fœtus. L'expérience de la grossesse à haut risque est rythmée par des paliers à atteindre, en fonction desquels un certain nombre de risques est écarté pour le fœtus. Lorsqu'elles arrivent dans le service, on explique aux patientes qu'elles ne pourront rejoindre une maternité de niveau deux si elles le souhaitent qu'à la trente-quatrième semaine d'aménorrhée. Jusqu'à cette date, les soignantes énumèrent chaque semaine aux patientes les progrès accomplis et ceux que l'on pourra encore accomplir si « *on tient jusqu'à la semaine prochaine* » : progrès pour les poumons, progrès pour le tube digestif etc. Dès lors, la patiente ne compte plus son séjour en jours ou en mois, en fait, c'est le séjour du fœtus qui est mesuré, jour après jour, semaines après semaines. Le séjour du fœtus est mesuré en unités médicales : les semaines d'aménorrhées auxquelles on adjoint les jours – exemple : vingt-quatre semaines plus quatre jours-. Cette mesure n'est pas évidente pour les patientes, son utilisation demande d'avoir bien compris le raisonnement médical : la première semaine d'aménorrhée est celle qui suit le premier jour des dernières règles. Ainsi, la première semaine de grossesse correspond à peu près à la troisième semaine d'aménorrhée. Mais les patientes alitées en GHR ne s'y trompent pas. Depuis le début de leur hospitalisation, elles ont perdu le compte qu'elles effectuaient jusqu'ici en mois pour adopter le compte en semaine. Compter, mesurer le temps pour être capables d'anticiper les conséquences sur la santé du fœtus, pour se raccrocher au temps déjà gagné, pour faire passer le temps, est une activité essentielle des patientes, comme des soignantes qui leur répètent ce temps chaque jour : « *Alors mme X, on a atteint les y semaines aujourd'hui, c'est bien* » ou « *encore deux jours et ça fera z semaines, on gagne du terrain* ». Sur la feuille de service, la patiente est presque définie par cet âge du fœtus : on lit le nom, l'âge fœtal puis le traitement. Ce découpage du temps, cette attention aux jours qui passent confère à l'expérience d'hospitalisation en GHR une étrange perception du temps. Il faut attendre, mais il est aussi urgent que le temps passe pour que le risque s'éloigne.

Mme I (24 ans, assistante sociale, pas d'enfant) a dans sa chambre un calendrier que son conjoint a confectionné. Il ne montre qu'un mois –« *sinon ça paraît trop long* »- et les semaines du fœtus sont

⁷⁵ *Ibid*, p 95.

⁷⁶ Bénédicte Rousseau⁷⁶, *Ethique et moralité ordinaire dans la pratique du diagnostic prénatal*, thèse en socio-économie de l'innovation, sous la direction de Madeleine Akrich, école Nationale supérieure des mines, Centre de sociologie de l'innovation, Paris, 2003

⁷⁷ Luc Boltanski, *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard, 2004, p 176.

⁷⁸ Je choisis le terme de « paternelité » pour mettre l'accent sur le processus de construction identitaire qu'il induit, parce que « paternité » est trop souvent utilisé pour désigner les seuls liens biologiques.

indiquées en rouge, comme des étapes. Chaque jour écoulé est barré d'une croix. Les mois terminés sont laissés.

Mme I : Oui, c'est vraiment l'attente le plus dur. C'est de compter les semaines, alors vous voyez je coche les jours en fait. Enfin il me coche les jours en fait. Et c'est le plus dur.

Moi : Oh, c'est votre chien et votre chat ?

Mme I : Oui, voilà. Bon, il n'a pas pris les meilleures photos, mais... Et en fait c'est ça le plus dur, c'est quand vous partez, je serais rentrée à 7 mois ça n'aurait pas été du tout pareil. Mais là je suis rentrée à 5 mois, on vous dit il faut que vous teniez en fait tout ce temps là. Ça vous semble une éternité. Et avec toute l'angoisse que ça suscite. Parce que après 7 mois vous savez qu'il y a moins de risque, vous savez que le bébé est formé et que ben, moi je suis rentrée à 5 mois, on m'a fait des grosses piqûres pour les corticoïdes, pour développer l'air dans les poumons etc. Je veux dire c'est quand même vraiment un climat qui n'est pas du tout rassurant. C'est quand même très très angoissant quoi. Donc moi j'avais besoin de visualiser, parce que je ne me rendais pas compte, ça paraît, ça paraît super long, donc du coup il m'avait imprimé les calendriers et comme ça tous les jours il me coche un jour. Comme ça je voyais, donc là il me reste avril et je lui ai dit et bien tu me le mets quand j'aurais terminé mars. Parce que sinon j'ai l'impression que ça m'en fait encore trop. Donc du coup en fait il me marque les semaines en dessous, à l'avance et comme ça on sait à quelle semaine je suis. Et c'est vrai que, même si, je pense que je n'ai pas besoin de calendrier pour savoir à quelle semaine je suis.

La situation est paradoxale car les patientes sont à la fois dans l'attente, et le temps s'écoule doucement, et à la fois, elles sont maintenues dans une sorte d'urgence vitale. En effet, chaque jour est aussi considéré comme pouvant être le dernier de leur grossesse, avec les conséquences que ça aurait pour le fœtus. Il est donc urgent que le temps passe.

Mme E (29 ans, auxiliaire de soin hospitalière, 2 enfants) : Je n'ai pas dormi de la nuit après qui a suivi, le lendemain j'étais allongée et j'attendais ce qu'on allait vraiment me dire, les nouvelles surtout. Et puis j'attendais le résultat parce qu'on m'avait fait une prise de sang à deux heures pour savoir si elle était atteinte d'un microbe, donc si elle était atteinte c'était, pour moi c'était terminé quoi. On en venait au fait que elle ne pouvait pas survivre. Donc la nouvelle est tombée le lendemain après-midi. Donc soulagement. Et vous voyez demain matin on refait la même piqûre et de nouveau l'angoisse et demain je ne sais pas s'il y aura soulagement ou pas, je n'en sais rien. C'est comme on dit, comme ils disent tous ici, au niveau du personnel, c'est jour pour jour et voilà hein ! On vit au jour le jour.

- L'ennui, s'occuper, ne pas bouger

La principale indication pour palier aux menaces d'un accouchement prématuré est de rester allongée au maximum. L'ennui fait alors partie intégrante de l'expérience : il faut trouver des moyens d'occuper le temps. Dans cette recherche, il y a une grande inégalité en fonction des patientes qui reçoivent beaucoup de visites et celles qui en reçoivent peu. Les visites peuvent aussi être compensées par des appels téléphoniques. Plus la patiente possède un réseau de soutien important, moins le temps qui passe lui paraît long, car il est occupé par la conversation avec les proches. C'est il me semble la principale différence notable entre les patientes. Le niveau culturel joue peu car bien qu'elles ne soient pas malades, la position alitée et l'angoisse suscitée par le risque ne permet pas aux femmes hospitalisées de s'intéresser à des lectures ou à la culture. Lorsqu'elles sont seules, la plupart regardent la télévision.

Mme A (36 ans, comptable, pas d'enfant) : Dans la journée, outre ma toilette que je fais, de toute façon c'est ce que je dis, le fait de rester allongée on est quand même relativement fatiguée quand on fait quelque chose. Donc on fait beaucoup de pause finalement ! (Rires) Sinon je bouquine essentiellement, alors des magazines, je fais des mots croisés, je lis des bouquins et puis sinon j'ai de la visite, ma maman vient le matin alors on discute pas mal, ou alors rien du tout, des fois on ne discute pas, on est simplement ensemble. Un peu de télé, de temps en temps des petites bribes, le journal des choses comme ça pour essayer de rester un petit peu au courant et puis c'est tout ! (Rires) On ne peut pas faire grand-chose d'autre, c'est assez limité ! Et puis j'ai pas mal de coups de fils aussi donc bon. C'est plus de la discussion là après.

Les soignantes conseillent une émission matinale sur l'enfance et l'éducation : *Les Maternelles*⁷⁹. La grande majorité des patientes suivent cette émission, et au moment de la visite, on la retrouve dans chacune des chambres. Comme l'a relevé Béatrice Jacques, cette émission de vulgarisation des savoirs médicaux et psychologiques participe à une prémédicalisation de la parentalité en diffusant des normes de comportement sur le mode du conseil. Dans le cas des patientes du service de GHR, elle participe à l'intégration des normes en redoublant les discours des soignants. Il me semble intéressant de relever que de nombreuses patientes se mettent à broder durant leur hospitalisation, alors que pour la plupart elles ne pratiquaient pas cette activité. Elles affirment le faire pour passer le temps ou s'occuper les mains.

Moi : Et qu'est-ce que, pendant que vous y étiez, qu'est-ce qui vous a apporté du réconfort ?

Mme C (34 ans, employée, un enfant) : Les coups de fil que j'avais, le fait de ne pas me sentir seule, lui qui venait me voir tous les jours, ça c'était énorme puis ben les quelques amis que j'avais à côté. Mais à côté j'avais trouvé une autre occupation c'était la broderie quand même.

Moi : Ah oui ?

Mme C : Je n'avais jamais fait ça, mais il fallait que j'occupe mes mains. Ce n'est pas occuper ses yeux, parce qu'on m'a dit il faut lire, il faut regarder la télé, faut... Non, les bouquins ça ne m'intéressait pas, c'était occuper mes mains, j'ai fait de la broderie, c'est là-bas que j'ai commencé.

Puisque c'était l'activité nettement dominante -elle concerne plus de la moitié des patientes-, j'ai cherché à savoir s'il y avait une tradition de broderie à Clermont Ferrand. Suivant les dires des patientes et des soignantes, si tel est le cas, elles n'en ont pas conscience. J'ai donc voulu savoir comment leur était venue l'idée de broder. En fait, les origines de l'idée sont diverses pour chaque patiente : une tante, leur mère, une voisine ou encore la publicité (une patiente avait acheté une collection d'apprentissage de la broderie suite à une publicité). Je me suis donc attachée à la signification de ce geste. Les ouvrages sont destinés au futur enfant : faire-part, décorations murales... La broderie ainsi pratiquée a peut-être pour fonction d'effectuer concrètement quelque chose, de l'ordre d'une confection, pour le fœtus qui donne tout le sens à l'expérience. De plus, elle est plus facile à mettre en pratique que le puzzle, allongée dans un lit d'hôpital.

Mme I (24 ans, assistante sociale, pas d'enfant) : Je bouquine un petit peu, je me suis mise un peu à la broderie, chose que je n'avais jamais fait jusque là ! (Rires) Donc je me mets à la broderie, je prépare du coup mes faire-parts. Ça m'occupe. Chose que je n'avais jamais fait auparavant, c'est vrai que j'étais quand même assez active ! Donc pour moi la broderie c'est un peu un truc de mémé, ce n'était pas du tout mon genre ! Donc c'est vrai que quand je me suis retrouvée hospitalisée au début, mon gynécologue est venu me voir et il m'a dit écoutez vous allez trouver très très long, parce que c'est vrai que je n'avais rien envie de faire au départ, mais vraiment même pas de lire rien parce que c'est vrai qu'on m'amenait des livres je ne les regardais pas, vraiment je n'avais pas envie de faire quoi que ce soit. Donc quand je suis arrivée là on m'a dit pourquoi tu ne te mets pas au point de croix, des choses comme ça, donc j'ai commencé, ma mère m'a ramené la matière première, elle me ramenait des, des toiles de, des toiles exprès etc., donc j'ai commencé à faire un peu de broderie et puis après bon, les petits chats et les machins ça allait bien cinq minutes, mais c'est vrai que ça ne me plaisait pas spécialement non plus, et puis après j'ai, enfin, je me suis dit je vais commencer à faire mes faire-parts et puis les faire moi-même quoi. Donc du coup ça m'a occupée ça m'occupe encore même, donc c'est pas mal quoi. [...] Donc voilà, je m'occupe un peu comme ça, heureusement qu'il y a la télé. Voilà, donc on se met bien sur les émissions les plus nulles. On est au top du programme. Et puis voilà c'est la télé surtout que je regarde.

Si l'on se réfère au sens hautement symbolique qu'Yvonne Verdier accorde à la couture, au marquage du linge et par extension à la broderie, on peut concevoir que le recours à la broderie comme occupation soit une manière de restaurer symboliquement l'identité féminine mise à mal par le déroulement problématique de la grossesse, qui, comme nous l'avons déjà vu, renvoi les femmes à un sentiment d'incapacité personnelle.

« A l'aube de leur adolescence, les filles marquent donc leur trousseau, et, beaucoup plus qu'une simple marque de propriété, nous verrons dans le marquage du linge l'affirmation d'une identité et d'un état, celui de fille pubère [...] La broderie peut être définie comme un passe-temps, un art de l'attente dont témoigne en sa tragique folie brodeuse, la vieille demoiselle du village qui, attendant toujours, brode encore –attente dont seul le mariage eût pu la délivrer [...] »⁸⁰

L'hospitalisation en GHR introduit un rapport au temps spécifique ; le temps est compté à l'aide de l'âge du fœtus mesuré en semaines d'aménorrhée, et l'immobilité qu'elle induit demande de déployer une importante ingéniosité

⁷⁹ L'émission est diffusée sur France 5 les lundi, mardi, jeudi et vendredi à 9h.

⁸⁰ Yvonne Verdier, *op.cit.*, p 189.

pour vaincre l'ennui. Les différentes activités effectuées par les patientes renvoient aux différences de la perception du temps, de l'attente et des occupations de loisir en fonction des classes sociales. Mais l'échantillon des patientes que j'ai rencontré n'était pas assez important pour que je prétende en extraire des conclusions vraiment significatives. Il reste néanmoins que les patientes possédant un capital culturel important avait recours à la lecture en plus des autres activités alors que les patientes avec un capital scolaire moindre se contentaient de la télévision et de la broderie.

- Etre dépossédés des rites sociaux permettant habituellement le passage au statut de parents.

Il ne suffit pas de procréer pour devenir parents. L'identification à ce statut est le produit d'un processus qui commence dès la grossesse par lequel les individus s'identifient comme étant un père, une mère et ensemble comme des parents. L'identité de parents est le résultat d'un processus d'identification qui possède deux dimensions étroitement liées. D'une part une dimension sociale, où dès lors que les individus sont reconnus socialement comme étant les parents de l'enfant, cette position leur confère un ensemble de responsabilités et de devoirs, conformément à un ou plusieurs modèles idéaux qui se basent sur les rôles et statuts disponibles et mobilisés par le groupe social⁸¹. D'autre part, l'individu lui-même va mobiliser ses représentations et celles de son groupe pour se construire une identité de parent. Dans le cas d'un couple, cette identité personnelle sera en plus négociée avec le parent partenaire pour parvenir à déterminer la manière dont ces deux personnes vont s'identifier ensemble en tant que parents. J'utilise le terme de parentalité pour mettre en valeur ce processus d'identification. Il me semble en effet que le terme de parenté désigne plutôt les liens entre les individus, et permet mal de penser la manière dont les normes qui régissent ces liens sont travaillées par les différents acteurs et nourrissent justement ce processus. En psychologie, la parentalité correspond « *aux transformations de la personnalité et du fonctionnement psychique d'une mère et d'un père pendant la grossesse et au début de l'existence de l'enfant* »⁸². Encadré par des normes sociales, ce processus est matérialisé par un certain nombre de petits rites sociaux dont sont privés les patientes du service de GHR et de fait leurs conjoints.

D'abord, depuis les années soixante-dix et les transformations des rapports sociaux entre les sexes qu'elles ont entraînées, il est d'usage que le futur père s'implique dans la grossesse. Par cette implication, il montrera sa volonté et sa capacité à être un père « responsable », un « bon père ». Le capital d'image de soi positive rejaillit ensuite sur le couple pour le constituer comme formant de « bons parents », unis. Cette implication paternelle tend à se constituer comme une norme, dont la transgression appelle l'opprobre social, comme le souligne Béatrice Jacques dans ses travaux sur l'accouchement:

« Les professionnels de santé et les futurs parents ont parfaitement intégré l'idée de la présence du père à l'accouchement, au point d'en faire une norme culturelle. A partir de la fin des années 1980, chaque homme vit sa présence comme une obligation, le personnel soignant allant jusqu'à jeter l'opprobre sur tout conjoint qui aurait fui l'une des étapes essentielles dans d'entrée dans son rôle de père. »⁸³

L'implication du père est devenue une norme ; et le partage des étapes et des sentiments de la grossesse est le modèle partagé par l'ensemble des patientes. La construction de la parentalité est modélisée comme devant se vivre à deux, dans le cocon familial, comme on peut le lire dans nombre de manuels qui visent à conseiller les parents pendant la grossesse, et par conséquent à la fois recensent et créent les représentations sociales.

« La grossesse est une pièce en neuf actes et trois personnages. La vedette est invisible, mais tire néanmoins les ficelles de l'intrigue. Sans elle tout s'écroule. Le deuxième rôle est écrasant. Sur lui repose tout le poids de la réussite. Le troisième acteur peut paraître inutile, mais sans ce précieux témoin, l'action perd beaucoup de sa saveur. Le bébé, la mère, le père sont bien les trois héros de la grossesse. »⁸⁴

Or, l'hospitalisation de la femme prive les parents d'une vie à deux. L'organisation du ménage est modifiée, mais dans le but de permettre au futur père d'accompagner sa conjointe et de la soutenir au maximum dans l'épreuve. Même si par leur soutien les pères s'impliquent quand même, cette séparation des parents leur coûte beaucoup car elle les prive des interactions quotidiennes et des moyens de la construction commune de leur parentalité. Chacun vit ses émotions de son côté et ils essaient de les partager en même temps qu'une foule d'autres informations pratiques lors

⁸¹ Florence Weber par exemple montre bien le caractère social de ce processus de construction en différenciant trois dimensions de la parentalité : la parenté biologique, la parenté par le nom et la parenté par le quotidien. Trois dimensions qui semblent aller de soi mais qui peuvent aussi être dissociées. Cf. Florence WEBER, *Le sang, le nom, le quotidien. Une sociologie de la parenté pratique*, coll. Mondes Contemporains, éd. Aux lieux d'être, 2005, 264p.

⁸² In Cécile Lothon-Demerliac et Murielle Shirvanian-Bossard, « Normes des pratiques médicales en décalage avec les valeurs de la parentalité : et si la violence provenait en partie de cette inadéquation ? », Journées d'étude du comité de recherche 13 « Sociologie de la santé » de l'AISLF, « *Normes et valeurs dans le champs de la santé* », Université de Bretagne Occidentale, Brest, 20 et 21 mars 2003, p. 223.

⁸³ Béatrice Jacques, *op.cit.*, p 152.

⁸⁴ Claude Lepage et Fanchon Paqès, *En attendant bébé. Le livre de la nouvelle maman*, Mercure, Poitiers, 1982, p 74.

des visites ou conversation téléphonique. L'écart se creuse alors entre les couples qui parviennent bien à exprimer leurs sentiments et ceux pour qui l'expression passe par les interactions quotidiennes⁸⁵. Le partage de l'expérience de la grossesse se voit limité par l'hospitalisation de la femme, et les relations du couple peuvent se compliquer si celui-ci ne parvient pas à élaborer de nouveaux modes de communications.

Moi : Et comment ça se passe avec votre ami alors ?

Mme D (32 ans, fleuriste, pas d'enfant): Maintenant ça va mieux mais c'est vrai qu'au début on avait l'impression c'est vrai un peu de vivre...lui a l'impression de ne plus suivre la grossesse, le soir il rentre avec personne à la maison c'est vrai que quand on va revenir on va se retrouver à 4 d'un coup (sourire). Donc c'est vrai que, au début ça l'a un petit peu miné aussi ce côté-là. Il se retrouve un peu tout seul, de ne pas suivre l'évolution quoi. Au moment où ils bougent le plus, qu'on commence à se préparer vraiment à être parents quoi. Maintenant ça va, et puis on sait que c'est tout proche là, c'est une question de jours donc ça va, mais il y a eu une dizaine de jours où là ce n'était pas forcément évident.

Moi : Il vient souvent ?

Mme D : Oui. Tous les jours.

Moi : Alors pourquoi vous dites qu'il a le sentiment de ne pas suivre la grossesse ?

Mme D : Parce que c'est complètement différent quand il est à la clinique que à la maison. A la maison il savait, moi je savais à telle heure où les bébés bougeaient bien et tout. A la clinique il passe entre ses heures de travail, ce n'est pas forcément le moment où les bébés sont, vont bouger, plein de choses. Et puis je suis stressée, on les sent peut-être un peu moins, et puis plein de choses comme ça. C'est différent.

Mme C (34 ans, employée, un enfant) explique bien par ces quelques mots les difficultés que la séparation peut générer pour la relation de couple :

Moi : Et pour votre couple en fait, ça n'a pas été trop difficile ?

Mme C : Et bien je me dis heureusement qu'on tient l'un à l'autre hein ! Parce que je pense qu'il y en a beaucoup qui auraient pris leurs jambes à leur cou et puis qui seraient partis. Parce que c'est, je ne vais pas dire que c'est invivable, non,

Mr C (35 ans, militaire, un enfant): Ca a été un peu dur mais bon, il n'y a rien d'alarmant quoi. Niveau couple, je ne sais pas. En plus c'est quand même, c'est pour une bonne cause donc euh.

La présence d'autres enfants à domicile renforce la difficulté. La séparation est un chagrin de plus pour la femme. Le soin des enfants alourdit fortement les tâches ménagères et les contraintes auxquelles l'homme doit faire face, ce qui limite les visites qu'il peut rendre à sa conjointe. La préparation du noyau familial à l'arrivée d'un nouvel enfant est d'autant plus délicate que les femmes se soucient de préserver leurs enfants des inquiétudes de la grossesse à haut risque. La problématique est alors un petit peu différente. Le couple concerné est déjà parent et c'est la construction de l'accueil de ce nouvel enfant au sein du foyer qui est rendue plus difficile.

Mme E (29 ans, auxiliaire de soin hospitalière, 2 enfants) : J'avais ma voisine qui est une très bonne amie à moi qui m'avait amené, parce que moi j'avais ma petite L qui s'était réveillé entre temps la nuit. Elle pleurait beaucoup donc j'ai dit à mon mari « on ne va pas dire à [la voisine] de rester près d'elle, elle a besoin d'un de ses parents pour la rassurer donc j'ai dit toi tu reste là et puis [la voisine] elle vient avec moi, en pensant que j'allais rentrer dans une heure, une heure et demi, j'ai dit à mon mari « à tout à l'heure ». Je ne lui ai pas dit « à dans trois semaines ou dans un mois quoi ». Et puis bien ma 'titou' elle pleurait beaucoup donc. Parce que je vous ais dit, j'ai une fille de 8 ans et une de 2 ans et demi. Bon, la grande de 8 ans le lendemain matin elle voyait que la voiture était là et maman elle devait aller travailler donc elle n'était pas à la maison, on a pu lui expliquer sans problème. Mais la petite de 2 ans et demi, c'est plus difficile hein. Elle ne comprend pas. D'ailleurs elle croit que je suis au boulot. Alors elle répète bien à son père tous les jours « maman elle est au boulot ». Alors c'est assez marrant quoi ! Moi je préfère qu'elle prenne, qu'elle nous amuse, je préfère qu'elle dise ça que...C'est vrai que c'est assez difficile quand même. Je ne pensais pas que c'était...

⁸⁵ Les modes de verbalisation des sentiments diffèrent selon les individus mais aussi fonction de la classe sociale. Les classes populaires ont tendance à moins verbaliser leur sentiment.

Il est d'ailleurs intéressant de constater que la majorité des femmes hospitalisées en GHR pour une durée longue sont des primipares⁸⁶. Deux hypothèses me permettent d'élucider cette question : d'une part, les femmes hospitalisées sont fortement marquées par leur expérience et expriment souvent le souhait de ne pas avoir d'autre enfant –quand elles n'ont pas eu besoin d'une assistance médicale à la procréation (ce qui complique encore le problème)- et d'autre part, il me semble que l'équipe soignante prend en compte les complications engendrées par la présence d'autres enfants pour prendre les décisions d'hospitalisation. Mais je n'ai pas de réponse formelle car cette question mériterait un échantillon plus important.

Certains gestes sont particulièrement symboliques et permettent d'endosser socialement le statut de parent. Les femmes qui sont hospitalisées en GHR ne porteront pas leurs habits de grossesse. Elles ne paraîtront pas enceintes en public, alors que les femmes sont aujourd'hui appelées à mettre en scène ce statut fortement valorisé. Cette claustration de la grossesse dans l'hôpital et donc dans l'univers soignant et privé entraîne un décalage entre les projets, les représentations préalables des couples et l'expérience telle qu'elle se déroule.

Mme H (30 ans, kinésithérapeute, pas d'enfant) : La société pour ça elle a une image qui est bon. Il y a une grosse pression sur la femme enceinte quoi. Elle est belle, au deuxième semestre elle pète le feu, et en fait et bien il y en a qui ne supporte pas de grossir, il y en a, il y a tout un tas de choses...[...] Non, mais cette super image de la femme enceinte hyper épanouie qui mets ses petites jupettes et des super jolis vêtements pour faire les boutiques. Mais moi j'aurais bien aimé. Et ce n'est même pas pour écraser les autres par mon bonheur. Mais ne serait-ce qu'aller me promener dans un parc main dans la main avec mon chéri et mon gros ventre, arborer fièrement mon gros ventre, oui, j'aurais aimé. Ça ne se fait pas, ça ne se fait pas.

De même, l'achat de layette, sa préparation, l'équipement et l'aménagement de la chambre sont des gestes concrets qui matérialisent l'arrivée prochaine d'un enfant. Par chance, certaines en avaient déjà fait une grande partie, malgré les avertissements de l'entourage –car la tradition veut qu'on attende le dernier moment-, mais la majorité se voit dans l'obligation de confier ces gestes à des tiers, ce qui renforce leur sentiment d'être exclue d'une maternité « normale ».

Mme D (32 ans, fleuriste, pas d'enfant) : C'est différent. Même pour préparer, moi ça fait depuis le mois de septembre que je n'ai plus le droit de faire de voiture donc tout ce qui est chambre, acheter les layettes et tout, je n'ai rien fait (sa voix se brise). J'ai toujours envoyé ou mon copain ou ma sœur ou quelqu'un pour acheter les babys gros parce que je n'ai pas pu le faire. C'est un peu frustrant. Ce côté-là.

Moi : Vous les avez choisis quand même, comment vous avez fait ?

Mme D : Non, j'ai demandé à ma sœur de me prendre. Non, je n'ai pas choisi. Ma sœur ou mon copain. Je disais : « il faudrait ça » et après ils m'appelaient, ils disaient : « y'a ça, ça et ça, tel âge » « oui, c'est bon, c'est pas bon » ça c'est toujours fait par téléphone en fait. Donc c'est vrai que dès fois c'est un petit peu frustrant mais, de ne pas pouvoir comparer tout ça.

De plus, la représentation de la préparation de l'arrivée de l'enfant comporte une idéalisation du départ pour la maternité, matérialisée par la préparation de la valise de l'accouchée. Les femmes hospitalisées se voient privées de la perspective de cette valise, et avec elle de l'attente des dernières heures. Certaines se font une raison, et d'autres fondent leurs espoirs de raccrocher en partie leur projet, la projection imaginaire qu'elles s'étaient faites de ce moment en exprimant le souhait de pouvoir rentrer chez elles, ne serait-ce que pour quelques jours une fois les délais cruciaux dépassés pour le fœtus.

Mme I (24 ans, assistante sociale, pas d'enfant) : C'est vrai que ça peut paraître idiot, mais c'est vrai que j'aimerais bien rentrer chez moi ne serait-ce qu'une semaine avant d'accoucher, ne serait-ce que pour préparer ma valise. C'est tout bête, mais j'aimerais bien rentrer pour faire ces choses : préparer ma valise, ne serait-ce que faire le linge du bébé, pour pouvoir le préparer tout ça. C'est vrai que ce sont des petites choses. On me dit « oh, mais le papa il pourra bien le faire ». Je dis non, je n'ai pas envie que ce soit papa qui, j'ai envie que ce soit moi qui repasse le linge, qui le lave enfin qui, ce sont des trucs bêtes, mais c'est vrai que je n'ai pas envie. Je sais qu'il le ferait mais enfin bon, c'est vrai qu'il y a que ça, parce qu'après le reste heureusement on avait choisi, heureusement. Je vois, on avait dû le sentir ! (Rires) purée !

Ces petits gestes institués en rites sociaux aident les futurs parents à s'identifier comme tels. En ce sens, en être privés leur donne le sentiment d'être écartés de la norme, de ne pouvoir créer les bases d'une parentalité « normale ».

⁸⁶ Le nombre moyen d'enfant à charge pour les femmes hospitalisée en GHR est de 0.6 tandis qu'il est de 1.6 pour les femmes hospitalisées en suite de couche (voir annexe 5)

A la privation de ces gestes s'ajoutent pour certaines des difficultés professionnelles. Tandis que les salariées bénéficient de congé maternité, les professions libérales se voient contraintes à arrêter leur activité pour un temps plus long que celui qu'elles avaient anticipées. Aux angoisses liées à l'irruption du risque dans la grossesse s'ajoutent alors les difficultés professionnelles.

Mme D (32 ans, fleuriste, pas d'enfant) : Et bien déjà j'ai un commerce, je suis à mon compte donc j'ai tout fermé d'un coup, je n'ai plus de revenu, je n'ai plus rien tout de suite. Donc moralement ça n'a pas été évident. Du jour au lendemain il a fallu que j'arrête mon activité et il y a eu le souci pour les bébés mais il y avait aussi le souci professionnel à côté. Il a fallu tout régler en peu de temps.

Or, la situation professionnelle est en rapport direct avec la construction de la parentalité. Pour les parents, elle représente la capacité à « gagner sa vie », à être en mesure de pourvoir aux besoins du foyer, et de la future famille qui va prendre corps avec la venue de cet enfant. Les travaux sur le travail social comme « police des familles »⁸⁷ ont montré combien l'autonomie –nécessaire pour être reconnu comme un parent capable– est corrélée au statut social accordé grâce à sa profession. On peut constater empiriquement l'existence de jugement de valeurs de classes. Par exemple, dans le tableau des coefficients de risque (cf. annexe 2), on peut voir plusieurs fois revenir comme facteur de risque l'appartenance à un « bas niveau socio économique ». Basée sur la pénibilité de l'emploi et de la vie que cette appartenance sous entend implicitement, cette catégorisation contribue à renforcer l'image des « classes dangereuses » comme potentiellement moins capable d'être de « bons parents », comme l'explique Coline Cardi concernant le corps judiciaire:

« Penser la figure de la mauvaise mère induit de mettre en relation des déterminations plurielles [...] Dans les dossiers de mineurs placés, les mères dont il est essentiellement question sont des femmes issues des classes populaires, mères célibataires pour la plupart et sans emploi [...] Le travail empirique permet de montrer que la caractérisation de la déviance maternelle emprunte principalement au registre de la psychiatrie et de faire l'hypothèse que les normes et intérêts liés à la différence de genre sont protégés par la mise en œuvre d'une psychologisation différentielle selon le sexe. Cette psychologisation différentielle selon le sexe est redoublée par la question de l'origine sociale et l'on voit comment le discours du système judiciaire est particulièrement archaïque lorsqu'il concerne les femmes des classes populaires. »⁸⁸

Dans un article issu d'une enquête sur les services de protection maternelle et infantile, Delphine Serre avait elle montré que le regard médical est lui aussi orienté en fonction des rapports sociaux de classes :

« En observant précisément les signes corporels des corps d'enfants qui suscitent des réactions de désapprobation de la part des professionnelles, nous avons pu reconstituer les trois figures déviantes qui organisent leurs jugements, ainsi que les modalités de construction et de repérage de chacun de ces corps déviants ; il est ainsi apparu que le repérage est orienté par la perception qu'a un groupe particulier (celui des professionnelles) d'autres groupes sociaux. »⁸⁹

La norme de « bonne parentalité » à l'œuvre chez les professionnelles est fortement corrélée au statut social des individus concernés.

Mélanie (sage-femme, 25 ans, 18 mois de métier): On y pense, mais après c'est au cas par cas. Par exemple, un couple euh, ils sont tous les deux au RMI ou au chômage, avoir un enfant qui a une malformation, une trisomie, c'est vrai que dès fois on se dit est-ce que, est-ce qu'ils vont arriver à l'éduquer de façon, sans les moyens financiers, est-ce qu'ils vont arriver à l'éduquer au mieux ? Parce qu'il faut quand même un soutien derrière hein ! Il faut une présence, il y a des frais. Même s'il y a la sécu ça ne fait pas tout, euh, c'est vrai que dès fois, on ne serait, pas tenté..., mais c'est vrai que c'est différent. On ne peut pas, on ne peut pas, on ne peut pas se permettre de.

Moi : Non, vous ne leur faites pas la remarque.

Mélanie : Non, on ne peut pas leur faire de proposition. Après c'est vrai que les médecins des fois pour des cas plus sévères, ils vont orienter ; ils vont dire et bien écoutez c'est vrai, le bébé a une malformation qui est quand même très sévère in utero, une fois qu'il sera né il va subir de multiples opérations, il va avoir, enfin, il va être tout le temps à l'hôpital, il va être opéré en permanence, c'est très lourd, on n'a même pas de garantie de survie. C'est vrai qu'ils arrivent à orienter dès fois, à conseiller

⁸⁷ Voir à ce sujet par exemple l'ouvrage de Jacques Donzelot, *La police des familles*, Paris, Editions de minuits, 2005 [1977], 221p. ou de Philippe Meyer, *L'enfant et la raison d'Etat*, Seuil, 1977, 186p.

⁸⁸ Coline Cardi, « la figure de la mauvaise mère dans la justice des mineurs », in Yvonne Knibiehler et Gérard Neyrand, *Maternité et parentalité*, Rennes, ENSP, 2004, p 70-71.

⁸⁹ Delphine Serre, « Le « bébé superbe ». La construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance ». *Sociétés Contemporaines*, 1998, n°31, p1.

Par conséquent, les difficultés professionnelles peuvent venir s'ajouter au sentiment d'incapacité déjà ressenti. Tous ces écarts à la norme qui régit socialement les étapes de la construction de la parentalité viennent s'ajouter au désarroi des femmes hospitalisées et de leur conjoint. Ils leur donnent le sentiment de ne pas pouvoir devenir des parents « normaux », comme les autres, de vivre une expérience singulière et de devoir réinventer des rites. En outre, leur isolement est accentué par l'impossibilité de discuter avec les autres couples concernés de part leur isolement dans une chambre.

L'hospitalisation dans le service de grossesse à haut risque de l'Hôtel Dieu influence la construction de la parentalité à travers ses conséquences sur le corps. En effet, cette expérience est d'abord physique : l'hospitalisation entraîne des contraintes corporelles importantes –immobilisation, négation de l'intimité, branchements avec des appareils médicaux et séparation des conjoints-. La grossesse est par définition une expérience physique pour la femme ; mais l'hospitalisation redéfinit complètement cette dimension de l'expérience pour les patientes. Les parents qui vivent des grossesses à haut risque vivent une expérience physique particulière et très invasive.

L'identité parentale, qui se construit en partie à travers cette expérience physique pour les femmes, mais aussi pour les hommes, doit alors être réinventée par les patients. Cette possibilité de réinvention dépend des ressources qu'ils parviennent à mobiliser, et de leurs interactions avec les soignantes. Celles-ci imposent des comportements et stigmatisent ceux qu'elles jugent mauvais, orientant la construction identitaire des parents. Cependant, les normes de parentalité véhiculées par les soignantes n'ont pas fait l'objet de définitions préalables explicites ; elles dépendent des représentations individuelles des soignantes. Ces représentations évoluent à travers les interactions, c'est pourquoi on peut parler dans une certaine mesure de co-élaboration des normes de parentalité, tout en gardant à l'esprit son caractère asymétrique.

CHAPITRE 4 : INVESTIR LE FŒTUS : FUTURS PARENTS ET DEJA PARENTS ?

S'investir et intégrer le risque : le paradoxe d'une double injonction

- Le projet parental : le fœtus est porteur d'un projet

Quand une femme se trouve hospitalisée en GHR, l'expérience est d'autant plus difficile que le risque encouru est celui de perdre un enfant qu'elle a décidé d'avoir et dans la plupart des cas que le couple a décidé d'avoir ensemble⁹⁰. En effet, avec les progrès de l'intervention médicale dans la procréation –contraception et interruptions volontaires de grossesses- les grossesses non désirées se raréfient : le pourcentage de naissance non prévue est passé de 40% en 1970, à 20% en 1985 et à 17% en 1999⁹¹. Que le fœtus soit issu d'une grossesse planifiée ou que son acceptation ait nécessité une reformulation à la suite d'une grossesse non prévue, sa venue au monde est souhaitée lorsque les symptômes pathologiques apparaissent. Si le fœtus est atteint d'une malformation grave et qu'une interruption médicale de grossesse est pratiquée, il s'agit là encore d'un enfant désiré. Enfin, lorsque la vie de la femme est mise en danger par la grossesse ou que le fœtus est décédé, une interruption thérapeutique de grossesse est effectuée. Le fœtus perdu incarnait lui aussi un projet d'enfant. Ce travail de recherche se concentre sur les femmes hospitalisées pour une longue durée en GHR pour menace d'accouchement prématuré. J'ai en effet considéré qu'étudier la construction de la parentalité dans le cadre d'un fœtus perdu nécessiterait une enquête spécifique car les questions que cette perte soulève sont différentes de celles qui concernent les menaces d'accouchement prématuré.

Comme le fait remarquer Luc Boltanski, la conception d'un enfant est aujourd'hui le résultat d'un projet parental préalable, car la sexualité est socialement dissociée de la procréation :

« La dissociation entre sexualité et engendrement est assurée, sur le plan technologique par le progrès des moyens de contraception (et, secondairement par celui des techniques de procréation médicalement assistée) et, sur le plan juridique, par la garantie que ces moyens, quels qu'ils soient, peuvent faire l'objet d'un accès libre, ouvert à tous sans discrimination, n'exigeant que l'autorisation d'un professionnel de santé »⁹²

Nathalie Bajos et Michèle Ferrand précisent que, malgré les progrès de la contraception qui permettent à la femme de décider de la conception, la procréation est toujours principalement envisagée dans un cadre conjugal.

« L'idée de fonder une famille n'est pas à l'ordre du jour d'une relation qui débute et qui se veut fondée sur des liens volontaires, électifs et libres. C'est la stabilité et la durée de la relation qui permet, à terme, d'envisager la naissance d'un enfant. Si la contraception a permis de choisir le moment d'entrée dans la parentalité, elle n'a pas cependant remis en cause le cadre affectif et social dans lequel il était souhaitable qu'une naissance survienne. [...] Le modèle de la famille nucléaire reste le modèle de référence et très rares sont celles qui envisagent une maternité sans conjoint, c'est-à-dire sans père »⁹³

Claudine Philippe dit à peu près la même chose dans un article sur les grossesses non prévues dans lequel elle analyse les arguments mis en œuvre par les couples ou à défaut les femmes pour choisir si elles gardent le fœtus ou non. Elle explique que : *« la question d'accepter ou non une maternité surgissant dans un cadre inapproprié, du point de vu de ceux qui y sont confrontés, pose en creux en quelque sorte la question du « bon » cadre reproductif »⁹⁴*

La mise en œuvre ou à défaut la poursuite de la grossesse résulte le plus souvent de la volonté des parents. Le fœtus concerné appartient à la catégorie des « fœtus confirmés par la parole » pour reprendre l'expression de Luc Boltanski. Cela signifie qu'il fait l'objet d'un investissement parental qui lui confère un statut de futur enfant en même temps qu'un statut de futurs parents à ses parents.

« Tandis que les produits de la relation sexuelle engagés dans la chair se présentent comme remplaçables [...], les êtres confirmés par la reconnaissance de la mère font l'objet d'un processus de

⁹⁰ Je n'ai pas rencontré de mère isolée, je n'ai pu avoir d'information particulière à leur sujet. En effet, seules 3.3% des femmes ayant accouchées dans le réseau de santé périnatale d'Auvergne étaient célibataires (cf. annexe 7)

⁹¹ Nathalie BAJOS et Michèle FERRAND, « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ? », *Sciences sociales et santé*, volume 22, p179.

⁹² Luc Boltanski, *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard, 2004, p 129. Le travail de Luc Boltanski a suscité une vive controverse. Néanmoins, il me semble que certains passages, en particulier ceux qui concernent le statut du fœtus sont intéressants car ils donnent des pistes de réflexion.

⁹³ Nathalie Bajos et Michèle Ferrand, op. cit., p 194.

⁹⁴ Claudine Philippe, « Les couples face à la grossesse non prévue », in Yvonne Knibiehler et Gérard Neyrand, *Maternité et parentalité*, Rennes, ENSP, 2004, pp145-159.

singularisation. [...] Ils sont référés à une origine, orientés vers une place, préparés à recevoir un nom qui les attend, etc. [...] Le fœtus « adopté » sera traité comme un être absolument singulier pour lequel, par exemple, dès avant sa naissance on choisira un prénom. Il s'ensuit que leur perte ou leur destruction seront considérés comme des événements sans communes mesures : un « accident » ou une « nécessité » dans le premier cas ; une « perte » difficile à « réparer » dans le second. »⁹⁵

C'est seulement si l'on comprend la valeur accordée à cet enfant avant que le risque ne survienne que l'on peut appréhender les enjeux de l'expérience de l'hospitalisation en GHR. La question peut se poser: biologiquement, la différence est minime entre un fœtus éliminé dans le cadre d'une interruption volontaire de grossesse à trois mois (douze semaines de grossesses, soit environ quatorze semaines d'aménorrhée), et celui dont tout est mis en œuvre pour le sauver dans le cadre d'une hospitalisation en GHR dès vingt-quatre semaines d'aménorrhée. La différence fondamentale entre ces deux fœtus est constituée par l'investissement parental. Le fœtus est porteur d'un projet : il deviendra un enfant. Sa perte serait vécue comme celle d'un enfant. C'est l'investissement physique et émotionnel dans ce projet qui conduit la femme à accepter les soins qui lui sont dispensés en GHR mais qui sont à destination du fœtus.

Moi : C'est quoi le plus dur dans cette expérience ?

Mme H (30 ans, kinésithérapeute, pas d'enfant) : Je crois que c'est la peur de ne pas avoir cet enfant en fait. Ouais. C'est quelque chose d'horrible en fait. Ce n'est même pas par rapport à d'autres qui ont mis deux ans pour être enceinte qui disent on a tellement bataillé pour l'avoir cet enfant. Non. Mais on en veut. On était décidé, on a envie. Moi j'ai quand même été arrêtée très tôt pour ce bébé et puis c'est pour se dire que ça a valu le coup aussi. Que cette période ne soit pas difficile pour en plus au final ne pas avoir de bonheur à la sortie quoi.

En d'autres termes, avant que le risque ne survienne, le fœtus n'est plus considéré par ses parents comme un projet d'enfant. Il est déjà cet enfant, même si sa venue au monde n'est que future. Si chacun sait que la grossesse est intrinsèquement une situation à risque, la diminution des fausses couches et des décès maternels liés aux importants progrès médicaux tendent à l'éloigner des représentations. Le projet parental se construit en faisant abstraction de ce risque une fois que les délais médicaux qui circonscrivent la fausse couche sont passés. Ainsi les médecins conseillent aux futurs parents d'attendre pour annoncer la grossesse que le fœtus ait atteint l'âge de deux mois, moment à partir duquel le risque de fausse-couche dite « spontanée » s'éloigne statistiquement. L'encadrement médical semble donner une date de départ à la construction de la parentalité en autorisant les parents à investir émotionnellement ce fœtus puisqu'il y a dès lors quatre-vingt dix pour cent de chance de mener cette grossesse à son terme.

L'annonce d'un risque d'accouchement prématuré vient introduire une rupture dans cette représentation. La grossesse et l'enfant ont fait l'objet d'une élaboration imaginaire, avec laquelle l'apparition du risque introduit une rupture.

Moi : Et qu'est-ce que vous avez ressenti, vous dites que vous ne vouliez pas aller à l'Hôtel Dieu en fait : pourquoi ?

Mme D (32 ans, fleuriste, pas d'enfant) : Parce que quand on est enceinte on se prépare à l'accouchement et dans ma tête c'était ici quoi. Je me voyais, déjà on idéalise un petit peu la grossesse et puis on ne s' imagine pas en train de finir les deux derniers mois allongée donc c'est comme ça quoi.

Cette rupture implique d'envisager –de se remettre à envisager- la perte possible de cet enfant. Et c'est envisager cette perte qui est cité comme constituant l'élément le plus dur de l'expérience de l'hospitalisation en GHR.

Mme I (24 ans, assistante sociale, pas d'enfant) : « Pour quelqu'un qui rentre vraiment tôt avec des risques et tout, c'est ça [l'attente] qui est le pire. Parce qu'en fin de compte on vous annonce ça à un mois et demi de grossesse, vous le prenez différemment parce que bon, ben, c'est le début vous venez d'être au courant et puis le bébé vous ne vous y êtes pas fait je veux dire. Vous savez que vous êtes maman depuis 15 jours, 3 semaines ce n'est pas pareil. Là ça fait 5 mois, bébé bouge, vous connaissez le sexe, vous avez acheté tout, enfin, vous vous préparez à l'accueillir et puis on vous sort en gros, attendez, n'anticipez pas parce que vous ne savez pas ce qui va se passer. Donc, ça ce sont des choses qui, voilà et c'est ça qui est le plus dur en fait. Et on vous dit surtout : donc là vous en êtes là et on ne pourra se prononcer que 4 semaines plus tard. Donc là c'est vrai que, les 4 pires semaines c'était jusqu'à la 28^{ème} semaines et là, on ne vit pas quoi. Jusqu'à 28 semaines c'est le plus dur et puis après et bien. Déjà passé le cap des 28 et bien, voilà. Après ce n'est pas pareil. Après c'est plus qu'on en a marre quoi. On a passé le cap des 28 là voilà, mais après on veut que ça passe le plus vite. On a envie de s'endormir et de se réveiller à la date du terme et voilà quoi. »

⁹⁵ Ibid, p 73-75.

La rupture est plus ou moins brutale suivant l'expérience personnelle de la grossesse de chacun des couples. En effet, lorsque la conception a présenté des difficultés voire nécessité une aide médicale à la procréation, la rupture avec l'image d'un processus naturel et ne posant pas de difficulté majeure était déjà engagée. Cela ne signifie pas que les patientes concernées ressentent moins d'angoisse à l'idée de perdre le fœtus, au contraire, mais elles avaient déjà admis l'idée que la procréation était liée avec un encadrement médical étroit et comportait des risques d'échec. Disons en d'autres termes qu'elles s'étaient déjà placées dans la catégorie des grossesses « à risque » par leurs difficultés précédentes.

Mme F (40 ans, assistante vétérinaire, pas d'enfant) : On a vu le docteur N qui m'a dit que bon, vu mon âge, donc maintenant j'ai 40 ans, et qu'il comprenait très bien vu que j'avais mis pas mal de temps et tout [elle a subi une opération de l'utérus pour stérilité], donc il m'a dit que ce n'était quand même pas perdu, pas foutu quoi, mais qu'il y avait quand même pas mal de risques. Donc bon, on a tenté quand même. Et puis voilà. Donc après j'ai été suivie à X et donc j'avais refais du liquide tout allait bien. Donc repos bien sûr hein, ça fait deux mois que je suis, que je me repose quoi.

Moi : Donc vous êtes couchée tout le temps ?

Mme F : Ouais. Enfin, j'étais chez moi là mais bon je ne faisais pas grand-chose. Jusqu'au jour où il y a 15 jours j'ai repassé une échographie de contrôle et là elle s'est aperçue de nouveau qu'il n'y avait plus beaucoup de liquide. Donc elle m'a envoyé ici quoi. J'étais à 24 semaines. Donc elle m'a dit en plus à ce stade là, à X c'est une petite maternité donc ils n'ont pas grand-chose donc elle m'a envoyé ici pour faire le maximum quoi au cas où. Et donc je suis là depuis. Et je veux que ça continue. Jusque là ça va.

Cependant, malgré une meilleure préparation au risque, qui le fait ressentir moins comme une rupture que comme une continuité des difficultés (à la question « comment ont commencé vos soucis ? », les patientes qui avaient eu des problèmes pour tomber enceinte citaient leurs différentes démarches, tandis que les patientes pour qui le risque s'est présenté comme une rupture citaient le moment où le médecin leur a annoncé le problème) ; l'investissement affectif dans le fœtus n'est pas moindre, mais différent. Il est perçu comme plus fragile, il est moins appréhendé comme une certitude future, mais il est tout aussi précieux, sinon plus.

Mr A (41 ans, comptable, pas d'enfant) : Et donc là j'ai vraiment, je m'inquiétais je m'inquiétais et la sage femme de X est venue nous dire qu'il était préférable de descendre ici [en GHR à l'Hôtel Dieu]. Donc là il y a eu un instant, je ne vais pas dire de panique, mais de bouffée de, vous savez, le cœur qui bat plus vite. Qui s'inquiète parce que on se remémore ce qui c'est passé au début au mois de juillet, donc on se dit c'est un peu tôt, il y a déjà eu un petit peu des problèmes, on est toujours inquiets. Si on préfère, moi, depuis le début de la grossesse, ces enfants je les tiens comme un, comment je pourrais expliquer (sa voix se brise) vous savez vous avez un papillon sur la main et il ne faut pas bouger pour ne pas qu'il s'envole et donc là c'est (il pleure) excusez moi

Moi : Je vous en prie. Je comprends. Et du coup vous avez beaucoup d'angoisse de perdre les enfants.

Mr A : Non seulement mais, pour ma femme, non seulement pour le physique, mais aussi pour le côté moral, parce que c'est clair ça serait terrible.

En outre, il est très probable que l'expérience de la grossesse à haut risque, et de l'hospitalisation et des soins et contraintes qu'elle entraîne laisse des marques durables dans la parentalité des parents concernés. En effet, le projet d'enfant implique de se représenter un enfant sinon parfait du moins « normal », dont on se représente la conception comme elle aussi normale. L'apparition du risque produit aussi une rupture avec cette représentation, et peut compliquer d'une part la relation avec l'enfant quand il est finalement là et d'autre part l'idée d'en envisager un second. Quand j'interrogeais les patientes sur la possibilité de faire un autre enfant, elles avouaient n'être pas prêtes à revivre l'expérience, renonçant pour cela à leur projet de famille comportant plusieurs enfants. Cette réaction exprime la difficulté émotionnelle et physique de la construction de la parentalité dans le cadre d'une grossesse à risque.

Moi : Bon, mais il y a une bonne issue. Hein ? Ça se fini bien finalement.

Mme C (34 ans, employée, un enfant) : Oui, et bien heureusement parce que, mais ça n'incite pas à en faire un deuxième.

Moi : Sinon, vous en aviez le projet, enfin, avant de faire, c'est Baptiste hein, avant de le faire, vous aviez l'idée d'en faire plusieurs où vous vous étiez dit ?

Mme C : Ben déjà je suis épileptique. Donc le fait d'être épileptique faut que vous suiviez un traitement avant. Donc on a dit on va voir pour un. Parce que ce n'est pas le tout d'en avoir un, mais si c'est pour avoir un enfant qui a une malformation ou quoi que ce soit. Malgré qu'il y ait les échographies, qu'il y ait tout ça, même la prise de sang, ce n'est jamais fiable à 100%.

Moi : Parce que le traitement contre l'épilepsie ça crée des malformations ou ?

Mme C : Ben voilà, il y a un risque de malformation, bon, malgré ça ils vous font passer des prises de sang hein, depuis je ne sais plus combien de mois. Mais, c'est, c'est jamais du fiable à 100% parce que c'est bien beau d'avoir un gamin anormal, mais c'est pas vivable pour lui, ce n'est pas vivable pour nous. Nous on avait dit : un gamin anormal, si on le sait c'est, on ne l'aurait pas gardé quoi. Bon c'est vrai qu'après on en parlait de temps en temps un deuxième, un deuxième. Mais là après, vu comment on a souffert, que tout le monde a souffert,

Mr C (35 ans, militaire, un enfant) : Depuis que j'ai vu l'accouchement j'ai dit c'est niet. [En plus de l'hospitalisation en GHR, l'accouchement aussi a été difficile nécessitant une intervention médicale].

L'apparition du risque dans la grossesse a pour conséquence d'amener les futurs parents à remettre en cause leur investissement affectif. Ils ne savent plus s'ils doivent et s'ils souhaitent s'investir dans ce fœtus qu'ils peuvent perdre, et de quelle manière. Ce doute vient heurter leur représentation de la construction de la parentalité. En effet, correspondre au modèle de « bons parents » signifie aimer et s'attacher à son futur enfant. Comme le montre Rachel Salazar Parrenas : « Régie par des « règles de sentiments », les émotions sont déterminées par des représentations collectives » et elle cite Arlie Roschild :

« L'émotion est un sens que nous donnons à notre propre perception de la réalité. Elle dépend de ce que nous attendons ou espérons et de la manière dont nous pouvons percevoir le monde. »⁹⁶

L'affection due à l'enfant, et désormais au fœtus, résulte d'une construction sociale des liens affectifs. Devoir porter de l'amour au fœtus est un phénomène assez récent, corrélé simultanément aux capacités d'imagerie médicale qui permettent de concrétiser le fœtus, au recul des pertes pendant la grossesse et aux théories sur l'activité cognitive du fœtus in utero qui montrent que le fœtus aurait conscience de ce qui l'entoure. Les parents sont donc encouragés à l'investir affectivement, à communiquer avec lui : à l'aimer. Cette injonction permet à Béatrice Jacques de dire que :

« Etre enceinte, c'est déjà être mère [...] La définition sociale de pré-mère est aussi circonscrite que celle du rôle de déjà-mère : on attend d'une femme enceinte qu'elle réponde de tous les aspects de la vie utérine du fœtus : de son bon développement physique, de son bien-être psychologique, de l'amour qui lui est porté, en somme qu'elle le protège de tous les risques biologiques et psychosociaux. »⁹⁷

Dès lors, quand le risque conduit les futurs parents à douter de leur attachement à ce fœtus, ce doute vient alimenter celui qui concerne leur capacité à la parentalité. Il entraîne une très forte culpabilité, il est presque de l'ordre de l'indicible car il introduit un raisonnement qui prend la forme suivante : ce serait monstrueux de ne pas aimer cet enfant parce que sa mère ne semble pas à même de le porter jusqu'à terme. Ce n'est justement pas sa faute mais celle de sa mère. La conséquence pour les femmes est d'alimenter leur culpabilité : elles se sentent doublement incapable d'être mère. Les effets de la transgression de la règle d'amour du fœtus nous permettent de montrer sa puissance normative. Ainsi, Mme H (30 ans, kinésithérapeute, pas d'autre enfant) nous fait part de son sentiment de culpabilité lorsqu'elle a presque reproché au fœtus d'être en vie. La survenue du risque dans sa grossesse l'a amenée à renégocier le statut qu'elle accordait à ce fœtus, soit à douter à nouveau qu'il puisse devenir un enfant.

Mme H (30 ans, kinésithérapeute, pas d'enfant) : En fait quand le médecin m'a annoncé, m'a annoncé ça, j'ai, j'étais donc à 26 semaines d'aménorrhée, et c'est tout petit quoi pour le bébé. Et j'ai vraiment eu, enfin ce week-end là, en fait les deux jours, jusqu'au lundi à peu près, je n'arrivais même plus à être heureuse de sentir mon bébé bouger en fait. C'est-à-dire que jusque là, dans la mesure où je n'ai pas eu une grossesse facile, ce qui me portait c'était de le sentir bouger, de savoir qu'il était là. Je l'ai senti très tôt en plus. Je l'ai senti dès le mois de décembre et trois mois pour une première grossesse c'est assez tôt. Et là, ce week-end là en fait, je n'arrivais, enfin, j'étais mal, j'étais mal physiquement en plus, parce que le médicament m'avait pas mal secoué. Et puis j'étais mal dans ma tête et j'avais peur de m'attacher encore un peu plus à ce bébé, que j'avais peur de p, de ne jamais l'avoir en fait. J'avais l'impression que s'il arrivait aussi tôt et bien ce ne serait pas possible qu'il soit en bonne santé et on était bien décidé, enfin avec mon ami on en avait parlé et pas avant mais on en parlait à ce moment là. On en voulait absolument pas d'acharnement de réanimation, on s'était vraiment dit on ne veut pas donner la vie à un enfant handicapé c'est trop, c'est une trop grosse responsabilité. Et en même temps c'était super émouvant de se dire ça à ce moment là, avec le risque que ça arrive quoi, enfin. Donc ça ça a été dur. Après coup je m'en voulais presque de, de ne plus être heureuse de

⁹⁶ Rhacel Salazar Parrenas, "Mothering from a distance: emotions, gender, and intergenerational relations in Filipino transnational families" in *Feminist studies*, vol. 27.2, 2001, p 362. (extrait traduit par moi).

⁹⁷ Béatrice Jacques, *Op.cit.*, p.15.

l'avoir senti bouger. Sur le moment je ne réalisait pas bien, mais après coup, le mardi, le mercredi je me suis dit : mais c'est affreux, tu n'étais même plus contente de le sentir ! Voilà, c'est quand même

Moi : Vous n'avez pas eu la tentation de laisser tomber ?

Mme H : Laisser tomber, je n'en sais rien. En même temps je n'ai pas eu l'image, je n'arrivais plus à projeter la suite avec l'enfant ça c'est clair. Mais je n'avais pas non plus, je ne m'imaginai pas non plus accoucher et voir ce bébé qui risquait de ne pas vivre ou même mort tout de suite. Enfin, je n'avais pas du tout d'image comme ça. Voilà, c'était, en même temps je me disais que ce n'était pas possible et en même temps c'était tellement possible que, enfin, c'était tellement contradictoire ! Je n'arrivais pas vraiment à. Bon après très vite, bon j'ai. Jusqu'à 28 semaines déjà après le délai. Parce que j'avais cru comprendre qu'à 28 semaines s'il y avait un passage cap pour le fœtus au niveau de la maturité mais en même temps, je n'avais pas l'impression que ça allait. J'avais peur, mais je ne savais pas de quoi en fait. Je n'avais pas l'impression que ça allait arriver quoi. Mais j'avais quand même peur.

Certains parviennent à exprimer qu'ils sont incapables de s'attacher avant d'être sûrs de la naissance de cet enfant. Mais il s'agit des pères, et les règles d'attachement au fœtus sont moins strictes envers eux : ils ne le portent pas, et ceci justifierait qu'ils lui soient moins liés.

Mr A (41 ans, comptable, pas d'autre enfant) : Par exemple ma femme elle a toujours voulu discuter des prénoms. Moi je ne voulais pas parce que tant que ce n'est pas sûr, je ne voulais pas. Ma femme elle voulait toujours, elles ont acheté des baby's gros, des peluches. Moi j'attendais d'être sûr pour acheter.

La parentalité est une construction sexuée, et les normes sont différentes suivant selon qu'elles s'adressent à la mère ou au père. Si l'engagement du père dans la grossesse est vivement encouragé, les exigences envers lui sont différentes de celles envers la mère. Durant la grossesse, son rôle est principalement de soutenir sa conjointe. Ses difficultés d'attachement sont communément admises, ce qui expliquerait pourquoi les hommes concernés par l'expérience des grossesses à haut risque ont moins de mal à exprimer leurs doutes concernant cet enfant. D'autant plus que suivant la division sexuée traditionnelle des rôles parentaux, fortement appuyée par les théories psychologiques, le père est considéré comme le garant de la séparation de la mère et de l'enfant pour que leur relation ne soit pas trop fusionnelle. Ce rôle appliqué à l'hospitalisation en GHR semble être d'aider la femme à relativiser cette perte si elle survenait. Finalement, le rôle attribué aux hommes est plus celui de mari que celui de père.

Mme H : Lui, sa première réaction en fait quand je le lui ai annoncé, donc moi j'étais en larme, enfin, c'était dur et puis j'avais l'impression aussi que c'était un échec un peu, enfin, voilà, de ne pas réussir à, à mener cette grossesse à bien, et maintenant il y avait ça et, je ne l'ai pas exprimé comme tel, mais moi j'avais ça au fond de moi et, et ben lui sa toute première réaction quand je lui ai dit ça c'est : le plus important c'est que tu sois en bonne santé, que je sois en bonne santé et, et on recommencera, ne t'inquiète pas. Voilà. Ça a vraiment été ça sa première réaction. Et après c'est sur des discussions qu'on a pu avoir que je me suis rendue compte à quel point ça l'avait ému et touché et puis inquiété.

Trouver l'équilibre dans la tension entre projet et risque, investissement et réflexe de protection est un exercice très délicat. Chaque futur parent doit composer avec les normes sociales et ses propres représentations pour définir son engagement affectif. C'est d'autant plus difficile que les soignantes sont prises dans les mêmes contradictions et transmettent en permanence des injonctions contradictoires.

- Les soignantes transmettent constamment une double injonction : s'investir et ne pas trop s'investir

De manière générale, le corps médical a intégré l'importance de la grossesse dans la construction de la parentalité. Les conceptions psychologiques ont fait leur chemin ; il essaie désormais de prendre en compte les émotions des parents dans l'application des soins. Conscients de leur influence, travaillée largement par les psychologues, les professionnels médicaux se forment et réfléchissent à ces questions. Les maternités, comme les centres de protections maternelle et infantile incluent l'accompagnement à la parentalité dans leurs dispositifs de prévention. Ils travaillent alors sur leur vocabulaire, sur leur comportement, se préoccupent de l'état psychique des patients et patientes par exemple. Ainsi peut-on lire dans un article co-écrit par une sociologue/sage-femme et un médecin :

« *Devant cet enjeu capital pour l'enfant, ce processus psychologique de la parentalité, conçu comme une crise d'identité qui pourrait être comparée à celle de l'adolescent, doit attirer la vigilance des professionnels* »⁹⁸

De même, la psychiatre Joshua Sparrow écrit-elle dans un livre destiné aux praticiens:

« *La médicalisation de la grossesse et de l'accouchement place les futurs parents face à un personnel médical lorsqu'ils expriment leurs incertitudes tout à fait compréhensibles [...] Le discours pathologisant de la médecine traditionnelle n'est pas adapté à cette demande. Nous sommes donc tenus de développer un nouveau discours qui correspondrait mieux à nos nouveaux rôles.* »⁹⁹

Les soignantes –sages femmes et aides-soignantes- du service de GHR essaient de prendre en compte ces dimensions dans leur accompagnement des femmes hospitalisées, de leur permettre d'investir affectivement leur enfant. Mais l'exercice n'est pas aisé pour elles non plus, car, plus encore que la patiente, elles connaissent les risques et leurs conséquences. La difficulté principale réside dans l'indétermination du statut du fœtus : est-il un futur enfant ou doit-il rester un fœtus tant que son avenir n'est pas déterminé ?

Elles-mêmes se préparent à la perte des fœtus pour se protéger émotionnellement et garantir leur professionnalisme qui passe aujourd'hui par la capacité de se détacher¹⁰⁰. Elles se trouvent ainsi devant un dilemme délicat lorsqu'il s'agit de donner une nature, de désigner le fœtus. Si elles comprennent que les parents lui donnent le statut d'enfant futur, elles ne peuvent se résoudre à l'attribuer inconditionnellement à tous. En effet, elles sont régulièrement confrontées au décès de ces fœtus et elles ne pourraient y faire face si elles les concevaient toujours comme la mort d'un enfant. D'ailleurs, plus elles ont tissé de liens avec la femme hospitalisée, plus l'échec est difficile pour elles. De plus, elles assistent à des interruptions médicales de grossesse. Si elles devaient considérer chaque fœtus comme un enfant, cela reviendrait dans leurs esprits à pratiquer des infanticides. On perçoit dès lors les difficultés morales auxquelles elles devraient quotidiennement faire face. C'est d'autant plus vrai dans le cas des médecins, qui sont responsables de ces décisions. Mais ils sont en quelque sorte protégés de la proximité des patientes, puisque la plupart de leurs décisions se prennent en staff, devant des dossiers, où ils examinent alors des cas. Ils ne sont pas en charge du soutien moral aux patientes de la même manière que les autres soignantes. Leur distance émotionnelle est protégée par le recours à la technicité, aux protocoles et à l'examen des cas en fonction de résultats écrits sur du papier. Cela ne signifie pas qu'ils ne soient pas atteints, simplement ils ne se trouvent pas dans la même proximité, les mêmes gestes quotidiens de *care* que les autres soignantes. Ils ont des contacts sporadiques avec elles dans le cadre de la visite pendant laquelle ils explicitent surtout des questions techniques. Cette position peut expliquer d'ailleurs pourquoi les patientes les jugent froids et détachés. Pour eux, le fœtus est un fœtus, il est appréhendé en fonction de sa nature technique.

Les sages-femmes et les aides-soignantes sont en contact quotidiennement avec les patientes. Elles ont des conversations avec elles, les soutiennent moralement. Les aides-soignantes n'ont pas de décision médicale à prendre, elles ne sont en charge que des tâches de soins. Pour elles, le statut du fœtus dépend de celui que lui accordent ses parents. C'est sans doute ce pourquoi elles sont celles qui en parlent le plus librement comme d'un enfant, et qui peuvent exprimer leur regret qu'il aille naître ailleurs quand le risque est éloigné.

Simone (aide-soignante, 45 ans, 25 ans de métier) a dit ainsi à Mme I « *alors comme ça vous envisagez de nous quitter ! C'est toujours comme ça, nous on fait tout le boulot et on ne les voit jamais les petits !* » Et plus tard, avec ses collègues, elles se plaignaient de ne pas pouvoir voir le petit de Mme I lorsqu'il serait né. [Notes, avril 2007]

Les sages-femmes, quant à elles, sont dans un entre-deux. Concrètement, elles procurent aux patientes des soins de proximité. Mais les enjeux de professionnalité les conduisent à essayer de ne pas s'impliquer en dehors de ce qu'elles considèrent être les limites de leur travail –même s'il est vrai que de telles limites sont difficiles à définir dans le cadre d'un travail de *care*.

Mélanie (sage-femme, 25 ans, 18 mois de métier) : *Les parents n'étaient plus là, je, ça m'a beaucoup contrariée, mais je, je ne me voyais, et puis ça je ne peux pas me permettre de faire la démarche à domicile. C'est quelque chose qu'on ne peut pas faire.*

Moi : *Pourquoi ?*

⁹⁸ In Cécile Lothon-Demerliac et Murielle Shirvanian-Bossard, « Normes des pratiques médicales en décalage avec les valeurs de la parentalité : et si la violence provenait en partie de cette inadéquation ? », Journées d'étude du comité de recherche 13 « Sociologie de la santé » de l'AISLF, « Normes et valeurs dans le champs de la santé », Université de Bretagne Occidentale, Brest, 20 et 21 mars 2003, p.223.

⁹⁹ In Joshua Sparrow, « Processus de parentalité : parenter le bébé imaginaire », Georges GRENIER (sous la direction de), *Fonctions maternelle et paternelle*, éd. Erès, 2004, p. 33.

¹⁰⁰ Pour une réflexion plus approfondie sur le détachement professionnel nécessaire des soignantes, voir chapitre 6.

Mélanie : Parce que les parents sont dans leur deuil, on ne sait pas, moi je ne sais pas comment ils l'ont vécu, euh, est-ce que je serais, j'aurais peut-être été plus un mauvais souvenir pour eux que... il n'y a pas de bons souvenirs d'ailleurs mais,

Intervention d'une élève sage femme: et puis il y a le secret professionnel aussi.

Mélanie: voilà. Après euh,

Moi : Mais par exemple dans le cas de, de la sage femme, le cadre professionnel

SF B: C'est difficile.

Moi : Ce n'est pas vraiment une pratique qui se fait quoi ?

SF B : Ça ne se fait pas trop trop. Dans ce genre de situation non. Mais dès fois on a des nouvelles des mamans qui ont accouchées et ça c'est bien passé, elles nous écrivent un petit mot, elles nous envoient un faire part, bon, dans ce cas là à la limite, elles passent même nous revoir. Mais nous faire la démarche à leur domicile : ça ne se fait pas trop. Parce que, euh, c'est vrai que euh, ça ne se fait pas et euh, c'est rentrer dans leur intimité.

Dès lors, leur appréhension du fœtus est comme scindée : d'un point de vue médical, technique, c'est un fœtus : elles en sont émotionnellement détachées. Mais lors des conversations avec les parents, c'est un futur enfant : elles connaissent son prénom, le projet dont il est porteur etc. Elles doivent faire sans cesse faire l'aller-retour entre ces deux conceptions, c'est un jonglage délicat. On peut constater leurs difficultés à déterminer la nature du fœtus dans la manière dont elles le désignent. Excepté quand elles parlent avec les médecins, le fœtus dans le ventre de sa mère est appelé « titou ». Ce terme à la fois familial et indéterminé permet de contourner la difficulté. « Fœtus » est jugé trop froid et trop médical, et « enfant », « bébé », est un statut que l'on espère pour lui mais dont on n'est pas sûr qu'il va l'acquiescer. Le terme de « titou » fini même par être adopté par les patientes qui séjournent longtemps. Il leur offre une formulation à la fois affectueuse et sans connotation, qui leur évite bien des périphrases. De même pour renseigner leurs collègues sur une patiente qui a quitté le service pour la salle d'accouchement, afin de ne pas laisser planer le doute sur l'issue sans devoir formuler le décès, elles emploient un vocabulaire presque codé. Ainsi, une patiente dont le bébé est en vie a « accouché », tandis que celle dont le fœtus est mort a « expulsé ».

La détermination du statut du fœtus, qui est liée à la manière dont on peut le désigner est rendue très délicate par la situation de grossesse à haut risque. Dès lors, comment accompagner à la parentalité sans donner trop d'espoir ? L'enjeu pour les soignantes est de restaurer les parents dans leur projet parental tout en leur faisant intégrer le risque, afin qu'ils adoptent les bons comportements. Il n'y a pas de solutions fixées une fois pour toute et celles-ci se trouvent dans l'interaction de chaque soignante avec chaque patiente. Il en découle un tâtonnement à l'origine de contradictions et de nombreuses incompréhensions.

Chaque soignante est appelée à développer ses propres méthodes et points de vue. Ils sont parfois contradictoires entre les soignantes.

Après une visite à une Mme E (29 ans, auxiliaire de soin hospitalière, 2 enfants), une pédiatre entre dans le bureau des sages-femmes où nous nous trouvons réunies. « Elle dit que vous n'avez pas voulu lui faire écouter le cœur ce matin en lui disant qu'il ne fallait pas qu'elle investisse ce bébé, elle est anéantie. Elle pense que vous ne croyez pas à sa survie. Je lui ai dit que ça devait être une erreur. » Michèle (sage-femme, 40 ans, 15 ans de métier) répond : « ça m'étonnerait ». Aurélie, l'élève sage-femme tente d'expliquer : « on voulait la préserver parce que quand on lui a demandé si son bébé bougeait elle a fondu en larme ». La pédiatre répond : « qu'elle le perde ou pas, de toute façon elle doit l'investir ce bébé, elle doit l'accompagner jusqu'au bout » Michèle et Aurélie acquiescent. Mais quand la pédiatre est partie Michèle reprend : « De toute façon elle va le perdre alors effectivement le cœur ce n'est pas la peine ! ». [Notes, novembre 2006]

Cette anecdote nous permet de comprendre combien l'accompagnement à la parentalité est lié en GHR à l'accompagnement à la perte. D'après les soignantes il faut préparer les patientes pour atténuer la douleur, « au cas où ». Mais on voit qu'elles ne sont pas toutes d'accord sur les moyens à employer pour cela. Pourtant leurs actes et paroles ont des conséquences importantes sur la construction de la parentalité des parents. Pour la patiente dont il est question ici, Mme E (29 ans, auxiliaire de soin hospitalière, 2 enfants), le fait que l'élève sage-femme refuse de lui faire écouter le cœur a été interprété comme la condamnation de son enfant. Il lui a fallu faire appel à toutes ses capacités de rationalisation pour être en mesure de dépasser l'incident, qu'elle m'a spontanément raconté en entretien (l'enjeu était peut-être de me permettre d'arranger la situation qu'elle croyait dégradée avec l'élève sage-femme):

Mme E : « Oh, il y a peut-être eu une petite incompréhension entre votre copine [elle pense que l'élève sage-femme est ma copine parce que quand elle est entrée tout à l'heure on a plaisanté] et moi.

Moi : L'élève sage-femme ?

Mme E : *Ou c'était l'autre collègue. Je ne suis pas sûre de laquelle parce qu'elles sont deux élèves ?*

Moi : *Oui.*

Mme E : *Je ne sais plus laquelle il y a eu une incompréhension un matin, mais absolument rien de méchant parce que quand j'ai dis, c'est vrai que sur le coup j'étais un peu surprise : parce que toute la journée on m'avait mis le monitoring, pour entendre les battements du cœur. Et j'ai avoué quand même que le lendemain matin, donc mardi matin, je ne le sentais pas bien bouger, ça me contrariait, et donc j'avais demandé à plusieurs reprises d'avoir le monitoring. Et donc la sage-femme était venue, l'élève sage-femme était venue me voir et elle m'a dit : « vous savez, ce n'est pas bon, on ne veut pas vous mettre le monitoring tous les jours parce que on ne veut pas que vous vous attachiez à ce bébé. Parce que s'il venait à mourir, vous l'aurez dans votre tête, ce sera vraiment dur psychologiquement ». Et sur le coup, j'ai compris tout à fait. Elle n'a pas tort non plus dans un sens. Elle est partie, mais j'étais un peu frustrée. Je ne comprenais pas trop pourquoi. Après tout, s'il y a que ça pour me faire plaisir, je n'ai que ça moi ! Si elle meurt dans deux semaines je n'ai que ça ! Et en fait, on s'était mal comprises. Et en fait, après, le soir, j'ai vu la sage-femme, pas la stagiaire. Et elle m'a dit : « apparemment », - parce que j'avais vu la pédiatre. Et la pédiatre m'avait dit alors, vous avez écouté son cœur et tout ça, et j'ai dit bah non parce qu'on me l'a interdit. Elle a dit mais comment ça ? Je lui ai dit parce que, on m'a dit que ce n'était pas bon pour moi et mon moral d'écouter les battements du cœur. Elle m'a dit ça ne veut strictement rien dire, il faut bien que vous vous attachiez à quelque chose, c'est tout ce que vous aurez si jamais elle venait à s'en aller cette petite, elle m'a dit ce n'est pas normal. Mais moi je n'ai pas été plus loin. Ce n'était pas pour dénigrer, au contraire, je ne suis pas du tout comme ça. Ce n'était pas du tout pour dénigrer ce qu'elles font, au contraire. Tout simplement, moi je ne pensais pas que la pédiatre allait sortir, aller voir la sage-femme et lui dire quoi.- Et donc quelques minutes après, la sage-femme, donc la vieille ; elle vient me voir et elle me dit « bon, ben, apparemment il y a eu une mal compréhension et tout mais j'ai réglé la situation » et là je lui ai dit, je lui ai dit « attendez, elle n'y est absolument pour rien du tout ». Je lui ai bien dit je comprends tout à fait sa démarche et elle n'avait pas tort parce que ce qu'elle m'avait dit, et peut-être le fait de l'entendre ça me rassurait et ce n'est pas bon non plus de se complexer là-dedans, je veux dire de se mettre là-dedans, parce que après on se met un peu martel en tête, et puis ce n'est pas parce que il y a le cœur qui bat qu'elle va bien en fait. Ça ne veut strictement rien dire hein ! Et donc je lui ai dis « surtout vous ne la disputez pas, vous ne lui dites rien », je dis. Non, elle est trop gentille en plus, je peux lui demander ce que je veux, même quand elle vient, elle a toujours le sourire, elle est agréable. Je lui dis « non », je lui ai dis : « on s'est mal comprise, c'est tout ». C'est une, et voilà quoi. Bon après je ne sais pas ce qu'il en a été. J'espère qu'elle ne s'est pas trop fait engueulé parce que depuis je ne l'ai pas revue mais, elle ne s'est pas fait engueuler après ? Parce que elle m'a dit qu'en fait c'est parce qu'on ne met pas le monitoring automatiquement, ce n'est pas pour le fait de ne pas vous habituer au bébé, ce n'est pas ça, hein, c'est parce que, pour l'instant elle est trop petite et on ne voit pas trop l'intérêt de le faire. Voilà. Et là, bon, j'ai mieux compris quoi. Mais bon, ça ne veut pas dire que je ne dois pas l'entendre. Et tout à l'heure, elle m'a posé la question. La sage-femme me dit : « vous voulez écouter le cœur du bébé ? » et je dis « non, elle a bougé toute la journée ! » (Rires) Finalement c'était bon. Et elle est repartie avec le sourire quoi. Mais bon, je pense qu'elle a du quand même. Ils ont peut-être du lui dire quelque chose. Mais bon. J'espère que ce n'est pas trop méchant parce que bon, je m'en serais voulu. Surtout que bon, j'en parlais juste comme ça, vraiment, je ne pensais pas que. Je lui ai dit : « c'est pour ne pas que je m'habitue au bébé quoi ». Comme une conversation qu'on aurait eu sans pour autant chercher à faire le mal quoi hein. »*

Les sages-femmes font face à une contradiction : elles s'octroient une double mission. Elles souhaitent accompagner au mieux les parents dans la construction de leur parentalité, mais en même temps, elles s'efforcent de les préparer à la perte du fœtus. Pour cela, elles essaient de leur faire intégrer le risque. Elles le répètent souvent, au début pour qu'il soit bien intégré comme composante de l'expérience –ce n'est pas parce que la patiente est hospitalisée que celui-ci s'éloigne-, et chaque fois qu'il leur semble qu'il s'est éloigné dans l'esprit des parents. Mélanie nous explique comment cette réflexion fait son chemin dans l'esprit des sages-femmes.

Mélanie (sage-femme, 25 ans, 18 mois de métier) : *Parce que elles peuvent, enfin ça dépend aussi de la personnalité de la personne, mais c'est vrai que...selon leur, leur, il y a des personnes, quand elles sont à un terme très avancé, elles risquent d'accoucher prématurément, on en a dans le service, enfin on en avait une dans le service, qui a accouché malheureusement, euh, c'est, on sait parfois que malheureusement il y a peu de chance que, pour que ça aboutisse, et, on ne sait jamais comment ça va se terminer, enfin, dès fois on a la certitude, parfois non, c'est un peu au jour le jour, et c'est vrai qu'on essaie de garder un peu d'espoir pour le, pour le couple, ce n'est pas que la mère hein, c'est le couple, et, c'est parfois très dur d'essayer de faire en sorte de leur donner de l'espoir sans trop leur en*

donner non plus. De leur donner les informations sans les inquiéter. Enfin, on ne peut pas leur mentir. On ne peut pas leur dire qu'une situation n'est pas grave quand elle l'est. Par contre c'est vrai que, mieux on leur explique les choses, mieux ils comprennent et mieux ils sont préparés au pire éventuellement ou au moins à, à une situation grave mais entre deux. Le bébé qui naîtrait très prématurément malheureusement on n'a pas forcément les moyens de toujours le réanimer pour, pour qu'il aille bien. C'est vrai que...[...] Mais on va se méfier aussi de celles qui sont trop souriantes. Parce que généralement c'est que c'est une mascarade. Enfin, une mascarade, elle est autant à risque qu'une autre. Enfin, il y a celles qui sont entre deux, mais celle qui va le prendre à la légère, on se rend compte qu'elle n'est pas encore, qu'elle n'a pas compris et que le choc va être brutal. Il y a ça aussi, il faut le prévenir parce que sans lui enlever tout espoir, mais, sinon c'est trop dur. Pour elle, mais pour nous aussi parce que là c'est la catastrophe.

Les soignants utilisent le rappel au risque comme un levier pour faire adopter aux femmes les comportements qu'ils estiment adéquats. En premier lieu, le diagnostic du risque permet d'imposer aux patientes de se plier aux règles qui régissent les transferts. Mélanie explique que les patientes ne sont pas vraiment en mesure de refuser :

Mélanie : Quand c'est en urgence, une dame qui arrive en consultation qui ne va pas bien et qu'on est obligé de transférer immédiatement, c'est vrai que le temps qu'on lui dise, elles ont le droit de refuser, mais elles n'ont pas le temps d'y réfléchir finalement. Ce n'est pas qu'on leur impose, mais. Et puis si elles refusent et que ça se passe mal...Et bien de toutes façons, on incite, on incite à ce qu'elles acceptent. On ne peut pas les obliger mais, elles ont peur, elles ont peur donc elles acceptent, forcément. Euh, après on leur dit aussi que dès fois on peut refaire le transfert dans l'autre sens. Mais dans l'urgence extrême ça peut aller très vite.

Moi : Ca vous est déjà arrivé qu'une patiente refuse ?

Mélanie : Moi je n'ai jamais vu, non. Mais qu'elle demande vers un autre établissement oui. [...] Après ce sont les médecins qui décident aussi. Parce que il y a des réseaux, il y a des zones de régulation, mais ça peut-être envisagé. Si vraiment la patiente insiste. Si c'est pour elle, son bien-être parce que elle est plus proche de sa famille, je pense qu'on n'a pas le droit si c'est possible de le refuser. Dans le sens où son, son état psychologique aura une énorme influence sur le résultat de sa grossesse. On n'est pas des barbares. On essaie de ne pas l'être, même si dès fois on a l'impression de ne pas toujours être bien...

La future mère est sensée vouloir la sécurité pour son fœtus et accepter de ce fait le contrôle médical de sa grossesse. Les femmes qui n'adoptent pas un comportement adapté font l'objet d'une forte réprobation.

Une femme qui est venue en consultation gynécologique présente une menace d'accouchement prématuré. Clémence (sage femme, 30 ans, 6 ans de métier) lui dit qu'elle va devoir rester à l'hôpital quatre jours environ. Elle se met à pleurer, et son chagrin dure. Elle ne veut pas rester. Mais son chagrin n'émeut personne, sa situation n'est pas assez grave pour le justifier. Dans le bureau des sages-femmes Clémence dit à Aline (23 ans, élève sage-femme de quatrième année) : « *Qu'est-ce qu'elle est angoissée cette dame ! J'avais envie de lui dire qu'il y a bien pire qu'elle mais je crois que ça ne l'aidera pas. Regarde Mme I, elle est bien restée huit semaines et elle ne se plaint pas* ». Le comportement de Mme I est souvent cité en exemple, comme le comportement idéal. [Notes, mars 2007]

Il arrive toutefois que le levier du risque ne soit pas suffisant pour imposer un comportement adapté à certaines femmes. Les soignantes n'ont pas de pouvoir légal, elles ne peuvent pas obliger les patientes à respecter leurs prescriptions. En revanche, si l'expérience tournait mal, les médecins et les sages-femmes auraient une responsabilité légale. Devant cette contradiction, la maternité a adopté la stratégie de la fugue. Quand une patiente se met en danger par son attitude et ne cessent de provoquer des conflits qui compliquent les conditions de travail, les professionnel-le-s lui font comprendre que rien ne l'oblige à rester si elle veut partir. Ils s'arrangent alors pour lui laisser la possibilité de fuguer. Elle peut ainsi s'en aller sans que les médecins n'aient à remplir d'autorisation de sortie qui engagerait leur responsabilité pénale (en France, même si les patients reconnaissent être parti contre avis médical, les médecins peuvent être tenus pour responsables : ils sont accusés de n'avoir pas su convaincre). La fugue est ensuite signalée à la police.

Dr M (femme, environ 45 ans, gynécologue-obstétricienne) : « On en a une actuellement en fugue à X. Nous on préfère les laisser fuguer que les laisser partir. Après chacun son travail. Nous on n'est pas des flics, on n'a pas de képi ». [Notes, mars 2007]

Rappeler souvent le risque permet aux sages-femmes de se prémunir contre d'éventuels reproches personnels en cas d'échec. Mais ce rappel fréquent, parce qu'il est effectué par tous – ce dont elles ne se rendent pas forcément compte-

heurte aussi la sensibilité des parents qui souhaitent se voir soutenus dans leurs efforts et non pas ramenés sans cesse à leur difficultés. Ils estiment avoir pris conscience de la gravité de leur situation : sans quoi ils ne se plieraient pas à l'alitement par exemple.

Mme I (24 ans, assistante sociale, pas d'enfant) : Alors ça et puis aussi c'est vrai que quand j'étais à X, tous les matins en fait j'avais des visites des médecins et tous les matins un gynécologue tourne sur le service : donc ce n'est jamais le même en fait. Et donc ils ouvraient mon dossier et donc la sage-femme présentait en gros ce qui m'était arrivé donc ils rentraient dans ma chambre et ils restaient vraiment deux minutes grand maximum, en comptant large. Donc ils rentraient « bonjour, alors qu'est-ce qui vous arrive ma petite dame alors ». Alors la sage-femme qui expliquait en gros qu'est-ce qui c'était passé. A chaque fois ils regardaient ils faisaient « han ! han ! » Voilà. Alors ça c'est la réaction super rassurante et donc je suis restée 5 jours à X, 5 fois j'ai eu la même réaction, alors ils me regardaient, ils faisaient : « han ! et bien ma pauvre bon courage hein ! » et puis ils repartaient. C'était ça tous les jours. Tous les jours, tous les jours, j'avais un gynécologue différent qui me sortait ça. Ils ouvraient le dossier ils faisaient « han ! » alors la première fois ça choque, la deuxième fois, bon après je disais « oui, je sais, » bon on relativise, mais bon, ce n'est pas super rassurant quoi quand même hein. Il faut le dire. Et à chaque fois qu'ils ouvraient le dossier c'était la même réaction quoi. Ils disaient « oui et bah dit donc », je disais « oui, ben dis donc ». C'est vrai que je dis non, je ne demandais pas qu'ils me montrent de l'optimisme quoi mais une réaction neutre quoi.

Mais le rappel fréquent du risque répond à un autre besoin stratégique. Il permet aux sages-femmes et aux médecins de rappeler pourquoi elles imposent des comportements aux patientes et quelles seraient les conséquences si elles ne s'y pliaient pas. Ainsi, le rappel au risque leur permet d'asseoir leur autorité, et ce parfois au détriment de la confiance morale des patientes. En effet, ceux-ci se demandent pourquoi on le leur rappelle à ce moment précis. Il induit un doute sur l'adéquation de leur attitude aux attentes des soignantes, et ce faisant un doute sur la reconnaissance de celles-ci de leur capacité à être de « bons parents ». C'est ce que nous montre Mr A (41 ans, comptable, pas d'autre enfant) : alors que sa femme se plie scrupuleusement aux consignes, un médecin leur a rappelé les risques encourus. Cette explication a été vécue comme injuste, comme un reproche voilé pour ce couple.

Mr A : Depuis qu'on est là, comment je pourrais dire, depuis qu'on est là, on sait que il y a des risques. Dès qu'on est arrivé on nous en a parlé. Nous déjà on s'était renseignés. On sait qu'il y a des risques de naissances très prématurées, des risques de césariennes, enfin bon. Divers et variés. On nous a parlé de ça au début. Et cette semaine, le week-end dernier, il y a un médecin, je ne dirais pas son nom, qui lors de la visite à tenu bon de remettre une couche dans ce genre là. Ça partait d'un bon sentiment, je ne veux pas critiquer cette personne, mais remettre. On n'a pas oublié, on sait où on est, on sait pourquoi, on voit bien, qu'il y a un risque. Donc c'est pour ça que ma femme fait extrêmement attention à ce qu'elle fait, elle suit bien les conseils. Et donc je ne sais pas si c'est bien, d'en remettre une couche comme ça. Quand la situation se lignifie, de remettre un petit peu d'huile sur le feu.

Moi : C'est-à-dire que qu'est-ce qu'il a dit en fait ?

Mr A : Il a dit qu'il y avait de forts risques, je ne me souviens plus de ses paroles exactes.

Moi : Il s'adressait à vous ?

Mr A : Non, il s'adressait à ma femme, mais moi j'étais là. [...] Enfin bon, dans, elle lui a décrit une situation en cinq minutes, pas inquiétante, mais bon, on sait. Et c'est le service GHR ou je ne sais plus. Ce n'est pas le genre de renseignement à ce niveau là qu'on attendait. Parce qu'il puisse y avoir un risque, qu'il faut être là jusqu'à la 32^{ème} semaines c'est comme ça, après la 34^{ème}, il y a des paliers. Ça on l'a bien intégré dès le début, et puis bien comme il faut. Alors là, là, au bout de deux semaines, reparler de ça ! Pas perturbé, on en a discuté après et ça nous avait un peu, pas interloqués mais...surpris. On a bien intégré le risque. Bon dans le service, moi je suis là quasiment tout le temps, je vois des personnes qui sont dans la situation de ma femme, qui ont des attitudes un peu, qui descendent pour fumer ou qui se bougent dans les couloirs avec la perfusion. A des personnes comme ça, il faut leur rappeler parce que, ici ce n'est pas le Zénith, on n'est pas à un concert, ça oui, là je comprendrais qu'on leur parle comme ça. Mais là, non. Ça ne sert qu'à inquiéter.

Une partie des soins dispensés en GHR vise à faire adopter de « bons comportements » aux patientes. Car, outre les médicaments, le succès de la grossesse est en partie déterminée par le comportement adopté par la femme. Elle doit rester alitée, et accorder sa confiance à l'équipe pour accepter les soins et essayer de ne pas trop stresser, le stress étant considéré comme un facteur aggravant des menaces d'accouchement prématuré.

Mme I (24 ans, assistante sociale, pas d'enfant) : Et bien la première journée ils m'ont dit vous pleurez un bon coup et puis après il faut, il faut reprendre le dessus parce qu'effectivement ce n'était pas bon pour le bébé parce que plus je pleurais plus j'avais des contractions, plus j'avais des contractions plus

je pleurais parce que je me disais que j'allais accoucher, donc c'était, en fait en gros c'était un peu un cercle vicieux, donc vraiment...non et puis après on prend sur soi hein de toute façon donc le premier jour, c'était le choc, on vous annonce tout ça, vous ne comprenez pas, donc c'est vrai que c'est assez, c'est assez dur à encaisser, mais après on se dit que c'est un mauvais moment à passer, donc on relativise un petit peu.

Le levier permettant d'imposer ces comportements est de faire appel aux normes de la bonne parentalité. Et les parents souhaitent aussi s'en rapprocher pour se voir reconnaître leurs capacités qu'ils ressentent vivement comme mises en doute par l'apparition même du risque. Du coup, rappeler le risque régulièrement, et souvent en même temps que des recommandations, accroît l'influence des soignants et leur permet d'accomplir leur travail plus sereinement. Les personnes qui ne se plient pas à la discipline soignante ne sont pas considérées comme de mauvaises patientes, mais comme de mauvaises mères, déjà incapables de se consacrer au bien-être de leur futur enfant. Les conflits qui pourraient survenir en cas de conflits entre les normes soignantes et les normes parentales sont étouffés par les parents qui souhaitent à tout prix que leur grossesse aboutisse. Ils sont donc prêts à se plier aux règles quoiqu'il leur en coûte.

Mme I : Et puis je vais dire aussi le truc c'est qu'on est beaucoup plus réceptifs qu'en temps normal quoi je veux dire on, celle qui n'a pas de souci ça le fait peut-être moins, vous êtes moins réceptive à tout ce qu'on peut lui faire remarquer ou à tout ce qu'on vous dit, mais c'est vrai qu'à partir du moment où vous savez qu'il y a un risque, la moindre petite parole vous l'analysez pendant des heures, vous vous dites pourquoi il m'a dit ça, là par contre et c'est vrai qu'on cogite encore plus.

En outre, il faut rappeler que par leur alitement, les patientes sont placées en situation de dépendance. Elles ne peuvent pas se permettre de créer des conflits qui risqueraient d'avoir des répercussions sur la qualité des soins autres que techniques –les conversations, la gentillesse, la sollicitude-. Elles ont conscience que les conditions de leur séjour en seraient nettement dégradées.

Mme E (29 ans, auxiliaire de soin hospitalière, 2 enfants) : Comme je dis je ne suis pas comme ça, au contraire, j'essaie de passer un séjour tranquille, sans histoire, je cherche seulement à ce que tout se passe bien et voilà quoi. Même par rapport au personnel, je ne suis pas là pour les embêter ou pour leur mettre des bâtons dans les roues. Elles ont assez à faire à l'extérieur. Parce que moi encore c'est minime, mais il y a des femmes qui sont sur le point de faire leurs enfants et elles sont encore. Elles sont sûre qu'elles vont perdre leurs enfants et c'est encore plus difficile donc moi je suis, je me fais petite, discrète et surtout, je veux essayer que tout se passe bien, comment dire, j'ai assez de contrariété dans ma tête sans qu'on en rajoute une couche par-dessus quoi. Non, sinon, tout va bien.

- Incompréhensions et conflits

Les conflits sont le plus souvent contenus et les patientes préfèrent parler « d'incompréhensions ». Il est vrai que la plupart du temps, ils naissent à cause des différences d'état émotionnel : les soignantes donnent de manière involontaire des informations dont elles ne soupçonnent pas les interprétations que vont en faire les patientes et de fait les répercussions sur leur expérience.

Moi : Et qu'est ce qui vous a déplu le plus ?

Mme D (32 ans, fleuriste, pas d'enfant) : ...Peut-être le fait que dans les hôpitaux ce soit plus des internes qui nous suivent et que ils n'ont pas forcément le même contact avec les patients, donc dès fois ils disent des choses et ils expliquent pas forcément et on n'interprète pas toujours très bien parce qu'on ne sait pas de quoi ils parlent en fait. Ils parlent un peu dans leur langage et on ne sait pas toujours si c'est bien, si ce n'est pas bien et on se fait du souci quoi.

Moi : Vous avez un exemple précis de ?

Mme D : Ben quand ils ont fait l'écho pour les bébés, ils trouvaient que les têtes étaient très grosses donc je me suis inquiétée, je me suis demandée si c'était normal et tout, et le lendemain j'ai demandé mais en fait c'était normal ! Elle les trouvait très bien pour voir qu'il y en avait deux. Mais au lieu de me dire c'est très bien elle dit « mais ce n'est pas normal », elle a pris trois fois les mesures donc moi je me suis dit ça y est, il y a un souci. Comme on n'a pas le dépistage de la trisomie pour des jumeaux¹⁰¹ on se dit tout de suite que ça y est. Elle aurait mieux fait de me dire : « c'est bien » au lieu de me dire « ce n'est pas normal » (Rires). Voilà ! Trois fois elle a pris les mesures en disant « ce

¹⁰¹ Le dépistage de la trisomie se fait par amniocentèse. Cette opération augmente fortement les taux de fausses couches. La décision de la pratiquer ou non dépend de la mise en perspective entre le risque de trisomie et le risque de fausse couche. Ainsi, il est possible de dépister la trisomie chez des jumeaux. Néanmoins, les grossesses gémellaires présentant déjà de plus grands risques, cette opération a dut être déconseillée à Mme D. Par contre, le fait qu'elle l'exprime comme une impossibilité pose la question de savoir si elle a bien compris les tenants et aboutissants de cette décision.

n'est pas normal ». Et le lendemain elle a dit « non ce n'est pas ça, j'ai trouvé que c'était très bien pour des jumeaux ». Elle aurait dû le dire au lieu de me laisser mijoter toute la nuit à me dire « oh là là ! Qu'est-ce qu'il se passe » ! Voilà des petites choses comme ça. Ce n'est pas grand-chose mais bon, on interprète toujours et...

Pour ne pas sembler viser des personnes en particulier, toujours dans la perspective d'éviter autant que possible les conflits personnels, les patientes expliquent les incompréhensions en terme de catégorisation professionnelle. Pour celle qui a eu une difficulté avec un médecin, ce sont les médecins qui sont comme ça, pour celle qui a eu une difficulté avec un interne, ce sont les internes et ainsi de suite. Si les remarques normatives laissées échappées incidemment sont une source de conflit récurrente, la plupart sont néanmoins provoqués par des problèmes de communication. Les soignants sont en effet accoutumés à un certain vocabulaire dont ils ne perçoivent plus le caractère étranger pour la majorité des patientes. Elles ne comprennent alors pas de quoi il s'agit et l'effet est délétère. La capacité de compréhension dépend du niveau socioculturel mais surtout de la proximité avec le langage médical qui permet de comprendre le vocabulaire employé. Cette proximité dépend des expériences biographiques de la patiente ainsi que de sa « prémédicalisation ». En effet, si elle a eu recours à la procréation médicalement assistée ou qu'elle a lu de nombreux ouvrages de vulgarisation autour de la grossesse, elle aura acquis une partie du vocabulaire spécifique. Par exemple, Mme I (24 ans, assistante sociale, pas d'enfant), qui possède un niveau culturel assez élevé (bac+3) avait choisi de peu lire « pour ne pas m'inquiéter pour rien ». Elle explique combien la révélation d'une infection bénigne l'a paniquée, parce que le vocabulaire employé par le médecin ne lui avait pas permis de comprendre de quoi il s'agissait :

Mme I : Franchement, moi je vois au début que j'étais là, j'avais une infection urinaire. Plutôt que de me dire bêtement vous avez une infection urinaire, la grande chef du, enfin gynécologue du service, je ne sais pas comment on appelle ça, qui arrive, qui me sert la main, qui s'assoit à côté, j'ai eu l'impression qu'elle allait m'annoncer un truc super grave, elle me dit vous avez un germe qui se promène un petit peu partout, il s'appelle : donc elle me sort le nom en latin, voilà, donc on vous met sous antibiotique, buvez beaucoup d'eau, et voilà bon, écoutez on va essayer de faire le nécessaire pour qu'il parte le plus vite possible. Et elle s'en va. Alors moi on me dit vous avez attrapé un germe, déjà, il se promène un petit peu partout. Elle me dit le nom, le nom en latin euh, je vais te dire le nom en latin ça ne me disait rien du tout. J'ai ruminé ça toute la journée, ma mère m'appelle, elle me dit « alors ça va ? » « Ben écoute non, ils m'ont trouvé un germe ». Ma mère me dit « ils t'ont trouvé un germe ? » Je lui dis « oui, ça ne doit pas être commun ». Et comme ils me faisaient des prises de sang sans arrêt, je ne savais pas si c'était dans le sang ou, comme ils me disent « il se promène un peu partout », pour moi un peu partout c'est. Bon, alors on va vous donner des antibiotiques pour évitez que vous ayez d'avantage de réaction, enfin bon, ça avait l'air assez sérieux quand même. Et puis le lendemain j'ai la sage-femme qui passe, elle me dit « au fait hein, buvez beaucoup pour votre infection urinaire ». Alors je la regarde et je lui dis : « non mais ce n'était qu'une infection urinaire ? » Elle me dit « oui ». Je lui ai demandé « ça servait à quoi de ma sortir un laïus sur un germe qui s'appelle patati patata, alors qu'en fin de compte il fallait mieux me dire vous avez une infection urinaire point ». Et en fin de compte j'avais su par une étudiante que c'était, qu'en fait il y avait une femme sur trois pendant la grossesse qui l'attrapait, enfin c'était une infection urinaire classique, c'était un germe qui s'en allait très facilement enfin. Et effectivement j'ai eu 8 jours d'antibiotique et il n'y avait plus rien après quoi. Mais bon, c'est pour dire c'est dingue un peu de leur côté ils ne se mettent pas dans. Bon, je ne suis pas médecin, moi je suis assistante sociale je ne suis pas médecin, quand on me parle de truc en latin, de germe ou de j'sais pas quoi, je ne suis pas, je ne suis pas au point quoi donc. Il y a ça qui est un petit peu, voilà. Il y a tout ce côté-là je trouve ou...

Enfin, la multiplicité des intervenants entraîne de la part des patientes des difficultés pour suivre les soins dont elles sont l'objet et en comprendre la cohérence. Elles ont parfois l'impression d'être des objets plutôt que des sujets, ce qui contribue à les mettre à l'écart de leur propre expérience. La multiplicité, ajoutée au caractère d'urgence que revêt le travail des soignants à la maternité, limite les possibilités d'échange entre les patientes et les médecins, ce qui contribue à alimenter leur inquiétude. Comme l'exprime Mme H (30 ans, kinésithérapeute, pas d'enfant), pour accepter les soins, les patientes ont envie de bien comprendre de quoi il en retourne.

Mme H : J'ai besoin de comprendre. Je ne veux pas remettre en cause et en question tous leurs traitements. Ce sont eux les médecins. Par contre je veux savoir pourquoi ils choisissent celui là plutôt qu'un autre. J'ai besoin de comprendre [...] On ne se rend pas compte combien quand on est dans un lit d'hôpital, on est tout petit et dépendant. Et ce n'est pas facile de penser aux bonnes questions au bon moment. Les infos on les prend dans la figure et puis on ne pense pas aux questions. Et puis c'est après qu'on se dit mais tient il m'a dit ça et donc, mais la visite elle est finie et il faut attendre le lendemain. Et le lendemain ce n'est pas forcément le même docteur et il ne donnera pas forcément les mêmes infos.

Cette exigence de compréhension est plus ou moins importante selon les ressources dont disposent les patientes. Plus leur niveau socioculturel est élevé, plus leur besoin de compréhension est important, car elles s'estiment à même d'être considérées comme de véritables partenaires de leur soins médicaux. Ainsi, instituteurs et professeurs sont-ils catalogués comme des patients « pénibles » car ils posent sans arrêt des questions, outrepassant le statut de « malade partenaire » toléré. Ils veulent être consultés et souhaitent que leurs choix soient pris en compte. Ce que les soignants acceptent dans la mesure où cela ne leur paraît pas remettre leur travail en question. J'ai pu constater ce « catalogue » des professeurs lors d'une discussion entre sage-femme justement après l'accouchement d'une institutrice auquel j'ai pu assister :

Avec Elodie (27 ans, interne en gynécologie) et la sage-femme dans la salle des sages-femmes. L'autre sage-femme demande « *ça va, ça c'est bien passé ?* » Elodie répond « *oui, la dame était sympa* ». Et l'autre sage-femme ajoute : « *pas trop pénible pour une instit* ». Elodie : « *elle est instit ? Je ne m'en était pas rendue compte* ». La deuxième sage-femme dit : « *ah oui, parce qu'en général on le sait ! L'autre jour je vais dans une chambre pour la visite, il y en a une elle avait préparé une liste de questions* ». La première sage-femme dit « *ah oui, ils sont pénibles !* ». [Notes, avril 2007]

Ainsi, à cause de leur volonté de comprendre trop fortement revendiquée, les instituteurs sont presque catalogués dans la catégorie des patients « indésirables ».

Comme l'ont montré les travaux récents en sociologie de la santé¹⁰², la relation entre les médecins et leurs patients a évolué depuis une vingtaine d'année conduisant à une plus grande implication du patient, qui négocie avec le médecin et prend part aux décisions dans les soins qui le concerne¹⁰³. Cette évolution résulte d'une transformation sociale : d'une part les média et les associations de malades –en particulier de malades du sida- ont enjoint les médecins à informer et consulter leurs patients pour leur restituer le statut d'acteur de leur santé, ce qui a aussi conduit à une nouvelle responsabilité pour le patient comme nous le fait remarquer Emmanuel Langlois :

« Responsabilisé à l'extrême, le malade potentiel (c'est-à-dire tout le monde) a le devoir d'être bien portant par la gestion rationnelle des risques de santé auxquels il s'expose. Le patient doit devenir un partenaire raisonnable de la relation de soin »¹⁰⁴.

D'autre part le corps médical aurait perdu de son prestige, ce qui entraînerait les patients à se sentir en mesure de négocier avec eux. Cette déconsidération de leur profession crée un doute identitaire chez les médecins qu'ils s'efforcent parfois de rétablir par exemple en démontrant leur maîtrise de la technique ou en employant un vocabulaire spécifique, difficilement accessible au profane.

« Les éléments sur lesquels reposaient le prestige social et symbolique des médecins se sont effondrés : le médecin est un haut diplômé comme un autre ; il a un salaire confortable mais qui ne le distingue guère d'un cadre supérieur ; les internes ne compensent plus leur activité par le prestige de la profession mais éprouvent une exploitation économique ; il a une autonomie de plus en plus réduite ; la multiplication des spécialités a plutôt contribué à briser l'image d'un médecin omniscient et prestigieux ; il doit faire face à une concurrence de plus en plus forte dans l'éducation des patients (presse, association). »¹⁰⁵

Cette perception par les soignants des demandes d'explication émanant des malades pourrait expliquer pourquoi elles peuvent les mettre mal à l'aise, voir susciter des réactions de rejet.

On peut donc considérer la « prémédicalisation » par la presse de vulgarisation médicale et les autres sources d'informations dont disposent les patientes –ouvrages, internet, émissions télévisées et radiophoniques, savoirs profanes ou professionnels des proches etc.- à la fois comme une manière de préparer les patientes à accepter les conseils des médecins –c'est la position adoptée par Béatrice Jacques¹⁰⁶- ce qui en fait une alliée pour les soignants, et comme la source d'une information concurrente qui contribue à les déstabiliser en permettant aux patients de remettre en cause leur décisions – c'est la position d'Emmanuel Langlois-. Quoiqu'il en soit, on peut constater que les soignants attendent des patientes un comportement situé entre la « démission » et l'implication trop forte : deux bornes imprécises et surtout implicites. Comme le souligne Béatrice Jacques :

« L'analyse des discours du personnel soignant fait apparaître toute la difficulté pour les femmes de répondre au rôle de mère que l'on attend d'elles à la maternité. En effet, quels que soient leurs

¹⁰² Par exemple ceux de Jeannine Barbot et Nicolas Dodier, « Approche sociologique des rapports des patients à l'univers médical. Le cas de l'infection à VIH », in Chauvin, P., Parizot, I., *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris, 2005, Editions de l'INSERM, pp 226-234.

¹⁰³ Un exemple concret de cette évolution est la *Charte du patient hospitalisé* du 6 mai 1995, qui fait suite à la *Charte du malade hospitalisé* du 20 septembre 1974. Outre le glissement sémantique qui en dit long sur la transformation du statut du malade en patient, la *Charte du patient hospitalisé* met l'accent sur la participation active de l'utilisateur aux choix le concernant et non plus sur les droits du malade passif à être informés.

¹⁰⁴ Emmanuel Langlois, *L'épreuve du sida. Pour une sociologie du sujet fragile*, PUR, 2006, p 15.

¹⁰⁵ *Ibid.*, p 41-42.

¹⁰⁶ Béatrice Jacques, *op. cit.*, « Le rôle de la presse de vulgarisation : une prémédicalisation subtile »

comportements, plutôt actif ou passif à l'égard de l'enseignement des règles de puéricultures, elles ne semblent jamais pouvoir obtenir la reconnaissance de « bonne mère » de la part du personnel. Le jugement porté sur l'attitude des femmes est toujours formulés en terme d'excès : « elles réfléchissent trop, elles posent trop de questions », ou de démission : « elles s'abandonnent totalement, elles nous laissent trop faire »¹⁰⁷.

Il me semble que l'influence de la vulgarisation médicale dans la relation entre le médecin et son patient dépend en premier lieu de la manière dont celle-ci est interprétée et assimilée par les patientes. En effet, selon leur niveau socioculturel qui détermine à la fois la qualité de leurs lectures et sources d'information, le degré de compréhension qu'elles en ont, et leur capacité à la mobiliser pour faire valoir leur position d'actrice, cette influence sera différente. Ces différences sont lisibles en particulier dans les stratégies mises en œuvre pour faire face à la dépossession de l'expérience et au placement de la patiente comme objet. Tandis que les patientes issues plutôt des catégories sociales supérieures tâcheront de s'informer pour discuter « d'égal à égal » tout en respectant les comportements imposés, c'est à travers leurs actes que les patientes issues des milieux populaires contestent ces impositions. Elles sont accusées d'adopter des comportements nuisibles, à la fois à leur santé et aux bons fonctionnements du service.

Lors de mon travail sur le terrain, je n'ai pas eu l'occasion de rencontrer de patientes « terribles » qui « n'en font qu'à leur tête », des patientes qui ne se plient pas aux normes comportementales exigées. Elles existent pourtant et recueillent l'opprobre de tout le service. Je le regrette car une telle rencontre m'aurait permis d'analyser des conflits liés à des injonctions normatives. Néanmoins, à travers les discours des soignantes, j'ai pu comprendre que ces patientes se trouveraient dans trois catégories : les musulmanes, les gens du voyage et les fumeuses. Ces trois catégories sont honnies par les soignantes et l'enchevêtrement des stigmatisations et des incompréhensions engendre des conflits sans fin.

J'ai pu constater que la cristallisation de ces conflits conduit à un processus de racialisation des patientes concernées par les deux premières catégories. Pour expliquer des comportements que les soignants considèrent comme irrationnels, ils ont recours à des explications culturalistes.

Comme l'expliquent Didier Fassin et Eric Fassin dans *De la question sociale à la question raciale*¹⁰⁸, les conflits sociaux tendent à être exprimés de moins en moins en termes de conflits de classes et le sont de plus en plus en termes de « races ». Les comportements et stigmates attribués autrefois aux classes populaires sont alors reportés sur des groupes racialisés. Cette racialisation des conflits suppose l'attribution et la naturalisation de comportements en fonction de l'appartenance à une « race ».

L'usage du terme « race » peut apparaître à première vue très problématique. En effet, cette notion est issue des théories classiques qui affirmaient l'existence de groupes naturels hiérarchisés parmi lesquels la race blanche était jugée la meilleure. Pendant les années soixante-dix et celles qui ont suivies, théâtres des luttes anti-racistes, beaucoup ont œuvré pour la proscrire du vocabulaire usuel. Mais la définition qu'en propose Eric Fassin est tout à fait différente de celle du comte de Gobineau¹⁰⁹. En effet, Eric Fassin s'inspire de la définition de la race proposée par Colette Guillaumin pour la conceptualiser :

« Or, si la réalité de la "race" n'est en effet pas bio-naturelle, n'est en effet pas psychologique (quelque tendance innée de l'esprit humain à désigner en l'autre un être de nature...), elle est cependant. [...] Cependant l'inscription juridique et les pratiques qui l'accompagnent existent, elles. [...] Non, la race n'existe pas. Si, la race existe. Non, certes, elle n'est pas ce qu'on dit qu'elle est, mais elle est néanmoins la plus tangible, réelle, brutale, des réalités. »¹¹⁰

Même si les races biologiques n'existent pas et que la majorité des gens l'admettent ; le contexte intellectuel, politique, juridique qui distingue les individus en fonction de leur appartenance à une race -même sans le théoriser-, et produit une expérience collective entre les individus supposés appartenir à la même race. La race désignée ici est le résultat du processus de racialisation d'un groupe. C'est ainsi que l'appartenance à une race acquiert de la réalité. Le terme de race, dans l'usage qu'en fait Eric Fassin désigne donc un concept. Il n'appartient plus à la théorie des inégalités humaines, mais permet d'appréhender un mode de catégorisation social qui produit des effets. En fait, la race dont il est question ici n'est plus issue de la nature des personnes concernées, mais du processus social de racialisation. C'est pourquoi il devient possible de l'utiliser pour désigner différents types de racialisation -arabes, musulmans, noirs, juifs etc-.

C'est dans cette perspective que l'on peut affirmer que certaines patientes de la maternité font l'objet d'un processus de racialisation. Cette racialisation est plus ou moins euphémisée selon les individus qui la mobilise. Les soignants font souvent des périphrases et quand ils cataloguent les patientes, ils s'efforcent de ne pas utiliser de recours à ce qu'ils considèrent être la race. Ils imputeront les écarts de comportements à la « religion » – en particulier la religion

¹⁰⁷ Béatrice Jacques, op. cit., p 157.

¹⁰⁸ Didier Fassin et Eric Fassin (ss dir.), *De la question sociale à la question raciale ? Représenter la société française*, La Découverte, 2006, 263 p.

¹⁰⁹ Cf. Arthur de Gobineau, *Essai sur l'inégalité des races humaines, I et II* (1853) et *Essai sur l'inégalité des races humaines, tomes III et IV* (1855).

¹¹⁰ Guillaumin, *Sexe, Race et Pratique du pouvoir. L'idée de Nature*, Paris, Côté-femmes, 1992, page 216-217.

musulmane¹¹¹-, ou la « culture » pour les femmes africaines. La « culture africaine » semble gagner une certaine respectabilité avec la mode des soins de puéricultures « ethniques »¹¹² - port des nouveaux nés dans un tissu inspiré des pagens et du « bébé dans le dos », valorisation des massages sur les bébés¹¹³-. L'inspiration africaine est le plus souvent implicites, mais ces gestes de puéricultures « parallèles », en vogue parmi les catégories sociales supérieures, s'inscrivent dans un mouvement de contestation de la médecine classique à l'aide de recours à des médecines dites « traditionnelles », considérées comme plus « douce » et plus respectueuses de la physiologie. Les femmes noires hospitalisées à l'Hôtel Dieu semblent bénéficier de ce rapprochement opéré entre elles et la « culture africaine ». En revanche, les musulmanes se voient reprocher beaucoup, en accord avec un contexte social de stigmatisation des « arabes », qui ne sont pas désignés comme « arabes » mais comme « musulmans »¹¹⁴. Comme l'explique entre autres Nacira Guenif-Souilamas, la religion musulmane est accusée de sexisme : on lui attribue les comportements autrefois reprochés aux classes populaires, ce qui permet d'assigner à un groupe social fortement stigmatisé les questions sociales de la domination masculine et des violences faites aux femmes, en les éloignant du même coup du reste de la société comme si elles ne la concernaient pas. Si ce sont principalement les hommes arabes qui sont visés par cette stigmatisation, elle rejaillit sur les femmes par un effet de miroir. En effet, elles sont accusées de se laisser faire, et en outre d'aimer des « barbares » ; elles sont dès lors considérées comme des victimes consentantes¹¹⁵.

A la maternité, les « musulmanes » sont donc dénigrées pour ne pas se laisser examiner par les gynécologues ou les sages-femmes, et se faire assister par les aides-soignantes et les puéricultrices. J'ai pu entendre des remarques reflétant cette stigmatisation dans le staff des médecins :

En staff, l'interne présente le cas d'une patiente avec un nom à consonance arabe de 17 ans qui vient de faire son troisième accouchement. Elle a eu son premier enfant à 14 ans. Cette situation de transgression des normes de parentalité appelle évidemment des remarques. La surveillante s'enquière : « *Est-ce qu'on sait qui est le père ? Est-ce que c'est le même pour les trois ?* » Et le médecin répond : « *et bien oui, c'est évidemment son père ! C'est comme ça chez eux !* » Et de renchérir : « *vous savez ce que c'est une fille turque de 14 ans vierge ? Une fille qui court plus vite que son père !* » La plaisanterie est néanmoins accueillies par des sourires polis. C'est au tour du médecin d'avoir transgressé le langage politiquement correct. [Notes, décembre 2006]

Mais ce sont les aides-soignantes qui sont les plus véhémentes à leur endroit. Cette véhémence est à mettre en relation avec la division du travail hospitalier qui attribue aux aides-soignantes le « sale boulot » ou *dirty work*¹¹⁶, selon l'expression qu'Anne-Marie Arborio emprunte à Everett Hughes¹¹⁷ :

Elle constate que les aides-soignantes « *catégorisent leurs patients en fonction des problèmes que chacun pose pour l'accomplissement de leur tâche [...] Ces critères physiques comme l'âge, le sexe, le poids ou la pathologie ne sont pas les seuls à être pris en compte dans le travail hospitalier. Le statut social du malade est repéré par différents indices* »¹¹⁸.

En effet, suivant la catégorie sociale à laquelle il appartient, le patient est supposé ne pas avoir les mêmes exigences et par conséquent ne pas donner la même charge de travail. Mais Anne-Marie Arborio arrête là l'analyse des catégorisations des patients par les aides-soignantes et leur conséquence, alors qu'il me semble qu'elles revêtent plus de signification que la simple répartition de la charge de travail.

Lors d'un repas du midi, deux aides-soignantes commentaient le cas d'une patiente en suite de couches : « *Elle est encore là tu vois. Evidemment, elle dit qu'elle n'est pas prête à rentrer. Forcément chez elle, elle doit tout faire, elle ne sait pas dire non à son mec, alors ici, c'est les vacances. Et les chefs, et bien ils la gardent ! Ce n'est pas eux qui l'assistent : c'est nous ! J'en ai marre de ça, moi le tempérament méditerranéen, ces feignantes, j'en ai marre !* » Et la seconde : « *Tiens tu vois ! Soit disant ils ont besoin d'aide, mais toi, tu viendrais, on te laisserait dehors, on te dirais « tu parles français, tu te débrouilles ! » »* » [Notes, avril 2007]

Dans cet extrait de conversation, on peut voir que ce qui est reproché à cette patiente correspond aux préjugés concernant les arabes : dominées par leur mari, incapables de se faire respecter par eux, assistées et profiteuses. Les

¹¹¹ Voir à ce sujet l'extrait d'entretien avec l'élève sage-femme dans la partie sur l'intimité dans le chapitre 3, p 100.

¹¹² Se reporter aux nombreux articles dans les magazines destinés aux parents : *Parents, Famille* etc.

¹¹³ Les massages toniques dispensés aux bébés au Afrique Subsaharienne sont considérés comme un trait culturel. Alors qu'il y a quelques années ils pouvaient être considéré comme « barbares », l'hôpital propose aujourd'hui ses propres ateliers d'apprentissage pour les parents désireux d'apprendre à masser leur bébé.

¹¹⁴ Se reporter au débat qui a agité les classes politiques et intellectuelles françaises qui a abouti à la promulgation de la loi du 17 mars 2004, à propos du port des signes religieux à l'école. Ce débat qui portait sur les modalités d'application de la laïcité s'est beaucoup focalisé sur les signes d'appartenance à la religion musulmane.

¹¹⁵ Nacira Guenif-Souilamas et Eric Mace, *Les féministes et le garçon arabe*, L'aube, Poche essai, Seuil, 2006, 106 p.

¹¹⁶ Pour une analyse plus approfondie de la relation des aides-soignantes avec les patientes en lien avec la division du travail, se reporter au chapitre 6.

¹¹⁷ Everett Hughes, « Studying the Nurse's Work », *American Journal of Nursing*, vol.51, 1951.

¹¹⁸ Anne-Marie Arborio, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos, 2001, p 145.

aides-soignantes sont les plus véhémentes car ce sont elles qui effectuent concrètement le travail de soin. Comme le souligne Anne-Marie Arborio :

« L'encadrement quotidien du malade impose donc à l'aide-soignante le contact avec l'être social de celui-ci, qu'elle s'efforce elle-même –c'est là une partie de son travail- de cacher derrière la seule identité de « malade ». On relit ainsi d'une autre façon le principe de délégation du dirty work dans son sens absolu : parce que le statut professionnel des autres intervenant implique qu'ils ne s'adressent qu'au malade « matériau humain », préparé en vue du travail médical, débarrassé de ses attributs sociaux et de certaines conséquences de la maladie, l'aide-soignante, plus souvent qu'eux, a affaire à l'être social. »¹¹⁹

Mais leurs critiques me semblent surtout découler d'une stratégie de distinction. D'une part, elles craignent que prodiguer des soins de proximité à une catégorie stigmatisée ne les rende assimilable à cette catégorie. En la critiquant vertement, ces aides-soignantes repoussent cette identification. D'autre part, les caractéristiques sociales des patientes désignées sont assez proches de celles des aides-soignantes – sexe féminin, catégories socioprofessionnelles, lieux d'habitation-, en somme elles sont issues des classes populaires le plus souvent¹²⁰. Elles appartiennent au même groupe social dominé, une position qui est renforcée par leur situation au bas de la hiérarchie hospitalière. Le dénigrement dont elles font preuve peut être interprété comme la mise en œuvre d'une stratégie de distinction sociale telle que l'ont définie Jean-Claude Chamboredon et Madeleine Lemaire¹²¹ : soit une stratégie de distinction au sein de la classe populaire qui passe essentiellement par une différenciation des mœurs et des modes d'éducation des enfants. Mais si les musulmanes sont l'objet d'une discrimination a priori et par les paroles, c'est principalement en tant que groupe et en mobilisant des représentations collectives et médiatiques : ces remarques sont rarement dirigées contre un individu.

Concernant la classification des patientes, les chiffres des hospitalisations en GHR dans le réseau périnatal d'Auvergne révèlent que l'indicateur du niveau de scolarisation –qui sous-tend la classe sociale- est tout à fait opératoire. Alors que 1,1% des patientes suivies dans le réseau avaient un niveau scolaire inférieur ou équivalent au primaire, 31% d'entre-elles ont été hospitalisées en GHR–contre 10.6% de celles qui ont un niveau secondaire et 13.9% de celles qui ont un niveau supérieur-(voir annexe 5 et 6). Cette surreprésentation s'explique en partie par le fait que la probabilité des risques augmente avec la pénibilité du travail. Mais je fais l'hypothèse que les capacités maternelles des femmes qui possèdent le moins de capital culturel sont plus rapidement mises en doute et entraînent une hospitalisation qui n'auraient peut-être pas été décidée pour une femme ayant un niveau scolaire universitaire pour des symptômes semblables.

La catégorie la plus honnie est celle des gens du voyage. En raison du contexte géographique, c'est aussi la « minorité » avec laquelle les soignantes sont le plus souvent en contact. Elles sont nombreuses à venir accoucher à la maternité de l'Hôtel Dieu et leur présence entraîne remarques et commentaires. J'ai pu mesurer la réprobation dont elles faisaient l'objet dans le service des suites de couches parce que leur comportement et celui de leur famille apparaît comme inapproprié : visites en groupe nombreux, déplacements pour aller fumer.

Dans une chambre à deux lits, une famille manifestement gitane est là. Ils sont nombreux, prennent des photos, filment le nouveau-né avec un téléphone portable et le mettent en scène. Sorties de la chambre, commentaires de l'élève sage-femme de quatrième année qui était responsable des visites à la sage-femme : « *On ne dirait pas [ils sont blonds] mais eux ils en sont. Regarde le nom et le prénom [le bébé s'appelle Dylan]* ». La sage-femme acquiesce : « *Ah oui !* ». L'élève reprend : « *je lui ai dit il faut une bonne contraception : pilule d'abord puis stérilet, elle est d'accord* ». L'élève semble considérer que c'est une victoire d'avoir fait accepter la contraception à cette femme, avis que semble partager la sage-femme. [Notes, novembre 2006]

Elles sont aussi accusées de ne pas respecter l'hygiène des lieux et de se laisser aller à l'assistantat durant leur séjour occasionnant un surcroît de travail pour les aides-soignantes.

Pendant le déjeuner avec les aides-soignantes, celle du service des suites de couches raconte : « *les gitans, ce qu'ils sont pénibles. Ils sont bruyants, sales, mal élevés. Hier j'ai eu le dessus en menaçant d'appeler la sécurité. Ils étaient 30 là dans la chambre et l'autre maman voulait se reposer* ». Puis elles discutent des patientes qui sont sales, elles donnent des exemples : tu te souviens de Mme X, elle écrasait des gâteaux par terre, et Mme Y qui avait vomi dans le tiroir de la table de nuit. « *Ils font n'importe quoi sous prétexte qu'ils ne sont pas chez eux* ». [Notes, avril 2007]

Comme le relève trop brièvement Anne-Marie Arborio :

¹¹⁹ Anne-Marie Arborio, op.cit., p150.

¹²⁰ Selon l'enquête emploi de l'INSEE de 1999, citée par Anne-Marie Arborio (op.cit., p 95), 44, 1% des aides-soignantes ont un père ouvriers, et 15, 3 % employés, tandis que seulement 4% sont filles de cadres.

¹²¹ Jean-Claude Chamboredon, Madeleine Lemaire, « Proximité spatiale et distance sociale. Les grands ensembles et leur peuplement », *Revue Française de sociologie*, XI, 1970, pp 3-33.

« Autre exemple, les gitans sont redoutés du fait de leur entourage familial très présent, prêt à intervenir pour défendre les intérêts du malade, peu enclin à respecter les règles de l'institution, notamment en terme d'horaires de visites : cela ne se traduit pas forcément par un affrontement direct, tout au plus entend-on quelques commentaires, par exemple après un départ particulièrement tardif, rapportant cette attitude incriminée à l'appartenance communautaire. »¹²²

Ainsi, l'incivilité des gens du voyage est attribuée à leur coutumes et traditions différentes. Mais à y regarder d'un peu plus près, comme nous le suggère Lamia Missaoui, leurs manières se révèlent avoir de toutes autres origines : elles correspondent à une stratégie de résistance mise en œuvre par un groupe dominé face à une institution avec laquelle il ne se sent pas à l'aise. Ils viennent en groupe pour négocier avec les normes grâce au poids du collectif plutôt qu'avec le statut social.

« Poids du lien, de la mobilisation familiale contre poids de la norme institutionnelle : il s'agit là, probablement (et de mon point de vue), d'une connaissance précise de nos institutions manifestée par les Gitans. »¹²³

Cette perspective d'analyse des comportements transgressifs comme stratégie de protection face à une institution perçue comme dominante, voire comme menaçante, ouvre d'intéressantes perspectives. Adopter des comportements transgressifs permettrait à des groupes dominés qui ne voient pas leur autonomie reconnue à cause de la catégorisation dont ils font l'objet de se préserver une part d'autonomie.

La troisième catégorie de patientes concerne les fumeuses. Celles-ci ne font certes pas l'objet d'une racialisation. En revanche on pourrait s'interroger plus avant sur le lien entre le tabagisme et la catégorie sociale. Je ne dispose malheureusement pas de données précises, mais les patientes avec lesquelles j'ai pu voir naître un conflit étaient toutes de milieu social défavorisé.

L'analyse de la question du tabac comme un exemple de conflit normatif récurrent nous permet d'éclairer les mécanismes par lesquels se construisent et sont véhiculées les normes de comportements par les soignantes, à la fois de manière implicite et explicite. En effet, les fumeuses ne remplissent pas ce qu'Emmanuel Langlois appelle le « devoir de santé » selon lequel *« les individus sont perçus comme responsables de leur état de santé, ce qui met constamment à l'épreuve la tolérance sociale vis-à-vis des conduites jugées à risques ou définies uniquement par le plaisir qu'elles procurent à leurs usagers (toxicomanie, sports extrêmes...) »*¹²⁴

À la maternité, on ne dit pas d'une femme qu'elle fume, mais qu'elle a des « problèmes de tabagisme ». Cette femme est d'emblée considérée sous l'emprise de la substance, ce qui réduit son autonomie. Cette stigmatisation trouve son fondement dans les conséquences du tabac sur le développement du fœtus. Par conséquent, une femme dont la grossesse s'avère à risque se doit d'arrêter de fumer pour montrer sa coopération et sa volonté de devenir une « bonne mère ». Son tabagisme est considéré comme une source de ses problèmes de grossesse, elle est donc vue comme en partie responsable de ce qui lui arrive. On attend donc d'elle qu'elle montre des remords et rachète sa conduite et sa reconnaissance en arrêtant de fumer. Une fumeuse est immédiatement classée dans la catégorie des patientes posant problème, comme nous le laisse entendre Françoise (sage-femme, 42 ans, 16 ans de métier).

Moi : Comment vous gérez les femmes qui, enfin à qui on conseille de ne pas bouger et qui descendent quand même. Qui bougent qui veulent sortir ?

Françoise : Je les fâche (en souriant). Euh, personnellement je le fais toujours sur le ton de la plaisanterie. Sachant qu'il y a des fois où il faut être un peu plus sérieux, un peu plus strict. Mais je leur dis tout le temps que ce n'est pas personnel, que ce n'est pas méchant. C'est pour leur bien et pour celui de leur petit. Après il y en a qui n'en font qu'à leur tête. Mais il y en a qui sont formidables et qui écoutent. Après c'est vrai qu'on n'est pas à leur place. Donc ce n'est pas évident non plus. Alors on peut essayer de leur expliquer ce qu'il en est si elle ne le font pas, mais les femmes qui doivent rester alitées mais qui descendent toutes les cinq minutes fumer leur cigarettes et bien on leur dit une fois, deux fois, trois fois, mais au bout d'un moment et bien on ne peut pas les ficeler, on ne peut pas les attacher non plus hein. Donc ce n'est pas qu'on renonce mais.

Moi : Parce qu'elles ne descendent que pour fumer leur cigarette ?

Françoise : Non, c'est l'exemple le plus fréquent.

Moi : C'est surtout les fumeuses ?

Françoise : Oui, celles qui bougent le plus c'est surtout les fumeuses, dans l'hospitalisation elle-même. Après il y a celles qui ne fument pas, ou celles qui ne fument plus, qui ont compris donc qui vont se

¹²² Anne-Marie Arborio, op.cit., p 146.

¹²³ Lamia Missaoui, « Les fluidités de l'ethnicité ou les compétences de l'étranger de l'intérieur », in *L'Etranger*, Actes des journées d'études organisées dans le cadre du séminaire annuel de l'IRMC, « Identités et territoires : les catégorisations du social, Tunis, 16-17 février 2001, p 64.

¹²⁴ Emmanuel Langlois, op.cit., p 37.

faire patcher, et celles qui ne fument pas qui elles bon ben vont supporter l'hospitalisation un moment mais qui au bout d'un moment vont vouloir prendre l'air, ce qui est logique. Donc dans ce cas là, il y a toujours moyen de s'arranger. Il y a un juste milieu. Moi je trouve que c'est plus facile de leur autoriser une descente, enfin une descente, une prise d'air en chaise roulante une fois par jour que de les voir descendre toutes les cinq minutes...

Cette stigmatisation entraîne des jugements hâtifs. Parce qu'elle est fumeuse, une femme qui est sortie de sa chambre va être immédiatement soupçonnée d'être allée fumer, même si ce n'est pas vrai. Cette stigmatisation est alors très mal vécue par les patientes qui se sentent cataloguées et accusées injustement. Mme C (34 ans, employée, un enfant) nous explique combien elle a été vexée d'être accusée de mauvais comportement. Elle en a gardé un profond ressentiment, ayant l'impression d'avoir été déconsidérée. Alors qu'elle s'était rendue aux toilettes plusieurs fois dans la nuit, elle a été réprimandée parce que les soignantes ont pensé qu'elle sortait fumer. Déjà peu à l'aise avec l'institution qu'elle compare à « une usine », cette sanction des soignantes lui a fait redouter par la suite tout déplacement aux toilettes. Au cours de l'entretien, elle fait souvent allusion à cet épisode qu'elle considère comme exemplaire de sa relation avec l'institution. Mme C possède peu de ressource sociale et scolaire. En outre, elle n'a eu que très peu de soutien de son réseau familial pendant son séjour –trop éloigné géographiquement- ce qui a certainement accentué la sensation d'isolement.

Mme C : Bon déjà le premier matin quand on vous tombe dessus et puis qu'on vous dit « qu'est-ce que vous avez, vous savez que vous n'avez pas le droit d'être debout, qu'est-ce que vous avez fait toute la nuit dans les couloirs, qu'est-ce que vous êtes allée fumer dehors ! » oh, moi là je crois que ça c'était le summum. J'arrivais, je crois que la sage-femme, si je l'avais eu sous la main, elle passait par la fenêtre. (Son mari rit) Parce que aller raconter des conneries comme ça. Vous êtes enceinte, vous avez un bide comme ça, vous n'avez pas le droit de vous lever, vous dites moi pas trop loin des toilettes. Vous demandez le bassin, quand vous n'avez pas l'habitude du bassin : c'est gênant.

Moi : Oui, tout à fait, oui, je suis d'accord

Mme C : Vous êtes à l'opposé des toilettes !

Mr C (35 ans, militaire, un enfant) : Il y a au moins 25 mètres.

Moi : Et alors comment, expliquez moi bien ça. Vous vous êtes levée pour aller aux toilettes et il y a une sage-femme qui vous est « tombée dessus », comment ?

Mme C : Ca c'est dit le lendemain matin au moment où l'autre elle part il y en a une qui vient. Je ne sais pas comment ça se passe, j'en sais rien ? Et puis ben elle me dit « alors comme ça on a été se promener toute la nuit alors qu'on a pas le droit de se lever ! Et puis on a été fumer sa cigarette ! » Bah non et si vous voulez, raconter des ragots comme ça qui n'ont ni queue ni tête alors que ce n'était pas vrai ! Je dis oui, je suis allée aux toilettes, j'avais un bide comme ça, j'avais la vessie qui était tout le temps pleine, c'est vrai que au moins six fois dans la nuit j'allais aux toilettes.

Moi : Et vous étiez simplement allée aux toilettes et ils ont interprété que vous étiez allée

Mme C : Ils ont interprété ça autrement

Moi : Et vous vous êtes senti un peu

Mme C : Et bien déjà que je n'étais pas bien et tout ça, bon et bien j'ai pris la mouche trop vite si vous voulez. Mais il y a des moments où qu'est-ce que vous voulez on ne se sent pas bien on ne se sent pas bien hein.

[Retour sur l'incident plus tard dans l'entretien]

Moi : Quand vous m'avez raconté cette histoire de prétendue cigarette de la nuit, vous aviez l'impression qu'on vous parlait mal aussi ou vous considérait mal ou ?

Mme C : Je n'en sais rien. Parce que vu que j'étais déjà pas bien.

Mr C : Il y a une dame le lendemain qui nous a expliqué le pourquoi du comment que t'avais été accusée de ça.

Mme C : Ben c'est celle qui nous avait accueillie la veille. Elle toute manière elle avait déjà une tête qui ne me !

Mr C : Elle, elle disait que ça leur était déjà arrivé d'aller chercher les femmes qui ne devaient pas bouger, d'aller les chercher sur le trottoir parce qu'elles étaient en train de discuter avec des amis et en train de fumer une cigarette. Donc...

Mme C : *Bon, peut-être que moi, je l'ai mal pris aussi hein !*

Mr C : *Faut pas mettre tout le monde dans le même sac non plus ; même si elle fumait avant de, avant d'être enceinte, je sais que, enfin, elle fumait encore étant enceinte, mais une fois qu'elle a été hospitalisée c'était fini.*

Mme C : *Si, il y a des sages femmes qui sont bien. Il ne faut pas mettre tout le monde dans le même paquet hein !*

Le sevrage tabagique des patientes est présenté par différents panneaux dans le bureau des sages-femmes comme devant constituer une priorité de l'équipe soignante.

Beaucoup de papiers accrochés dans le bureau des sages-femmes mettent en garde contre les méfaits du tabac. Le protocole d'accueil veut que les fumeuses mesurent leur souffle et se voient prescrire un sevrage par patch de manière systématique. Le tabac est accusé d'intoxiquer le fœtus, d'augmenter les risques lors des anesthésies et de nuire à la cicatrisation. Il est recommandé d'arrêter de fumer deux mois avant toute intervention. Une remarque en gras à la fin stipule : « Les patchs aident au sevrage, aidant à la tranquillité des patientes et des soignantes ! » [Notes, novembre 2006]

Pour imposer le sevrage, certaines soignantes n'hésitent pas à utiliser le rappel au risque selon la stratégie exposée précédemment. Elles culpabilisent ainsi les patientes pour leur faire adopter la norme de conduite qu'elles ont définie comme étant la bonne.

Aurélié (élève sage-femme) arrive dans le bureau en disant : « *c'était une patiente qui sonnait pour sortir fumer sa cigarette* ». Elle montre une courbe : « *il n'y a pas de contraction là ?* » Michèle lui répond « *non* ». Aurélié : « *alors pourquoi elle en sent ? Je lui ai dit que c'était à cause de ses cigarettes* ». Michèle sourit : « *t'as bien fait !* ». Aurélié « *Non mais quand même, 15 à 20 cigarettes par jour !* ». [Notes, novembre 2006]

Quelques jours plus tard, la même patiente a accepté le sevrage tabagique par patch. C'est considéré comme une véritable victoire dans le service :

La patiente X. Elle a arrêté ou presque de fumer. Cette annonce provoque de grandes exclamations et félicitations, à plusieurs reprises. Sa visite restera centrée la dessus bien qu'elle essaie d'exprimer d'autres difficultés. En sortant le médecin dit « *Super ! Ça fait plaisir ! Souvent on ne les revoit pas et on ne sait pas si ça a marché* ». [Notes, décembre 2006]

La lutte contre le tabac fait tellement l'unanimité, que même les aides-soignantes qui n'ont pourtant pas d'enjeu soignant s'y mettent. Ce type de remarque leur permet de montrer leur proximité avec les sages-femmes.

En rentrant de la pharmacie avec Simone (aide-soignante, 45 ans, 25 ans de métier), nous croisons devant la porte des patientes en robe de chambre qui fument. Simone les critique avec virulence. « *Comment elles font pour rester là, par ce froid, dans cette tenue ?* ». L'une d'elle est en fauteuil. Il pourrait s'agir de la patiente que nous attendons. Simone en est convaincue. Ça l'agace. Elle s'en ouvre à Virgine (sage-femme, 37 ans, 12 ans de métier) : « *que veux tu* ». Simone répond : « *et bien qu'elles n'aillent pas nous demander du sirop pour la toux après !* ». [Notes, avril 2007]

A travers cet exemple, on voit comment une norme qui remporte l'adhésion de l'ensemble du personnel est imposée aux patientes, de manière plus ou moins explicite : elles sont fortement incitées à la suivre sous peine de se voir constamment désapprouvées.

Être dépossédée de sa grossesse

- Sentiments d'incapacité

L'hospitalisation dans le service de GHR nécessite une délégation au corps médical des décisions concernant la grossesse. Les femmes ressentent une dépossession. Elles doivent se soumettre à l'expertise des soignantes, expertise qui les renvoie à leur propre sentiment d'incapacité. Placées en position passive, elles doivent être obéissantes et attendre que le temps passe. Les causes à l'origine d'une menace d'accouchement prématuré sont multiples et pas toujours bien déterminées. En conséquence de quoi les soignants ne sont pas en mesure de répondre à cette interrogation chez les patientes. « C'est ainsi et on ne sait pas pourquoi » est un argumentaire difficile à entendre car il positionne les femmes dans une forme de destinée, qu'elles sont sensée admettre et accepter. La situation est similaire pour un bon nombre de maladies : les patients l'ont, c'est tout. Dans le cas de la grossesse, la réaction des patientes

peut prendre trois formes, dont deux renforcent le sentiment d'être une « mauvaise femme », une femme incomplète, et par extension une « mauvaise » mère. Car comme le soulignent Nathalie Bajos et Michèle Ferrand :

« On peut cependant faire l'hypothèse que [la contraception médicale associée à l'avortement en cas d'échec] n'a pas le pouvoir, à elle seule, de subvertir la hiérarchie entre les sexes si son usage, non seulement ne remet pas en cause, mais conforte la construction d'une identité féminine toujours fondée sur la maternité (entendue ici comme procréation et prise en charge de l'élevage des enfants – on parle ici d'élevage et non d'éducation pour se référer à la dimension strictement domestique du quotidien. [...]) La contraception a ainsi contribué à redéfinir l'identité féminine en permettant le passage d'un modèle du « destin maternel » à un modèle beaucoup plus diversifié, se réclamant désormais des trois composantes que sont la maternité, l'épanouissement sexuel et l'investissement professionnel. »¹²⁵

Il existe donc un lien entre être une femme épanouie, avoir une bonne situation professionnelle et être une bonne mère. La survenue du risque dépouille les femmes de leur autonomie procréatrice. Dès lors, on comprend que leur rapport à l'expertise est déterminé non seulement par l'expérience, mais également par les ressources personnelles qu'elles peuvent mobiliser pour retrouver une part de cette autonomie. Ces ressources personnelles peuvent être le recours à un investissement intellectuel, leur permettant de prendre part à des négociations concernant leur soin – ressources principalement mobilisées par les catégories sociales supérieures, a fortiori lorsqu'elles sont proche du milieu médical comme Mme H (30 ans, kinésithérapeute, pas d'enfant) ou Mme G (32 ans, diététicienne, 2 enfants)- ou le recours à un réseau de soutien familial mobilisé par toutes les catégories sociales.

Quelles que soient les dénégations des soignants, lorsque les parents ont établi une origine causale ils restent convaincus par cette explication. Elle leur permet de donner un sens à l'évènement que constitue l'apparition d'un risque, mais renforce soit leur culpabilité, soit leur sentiment d'incapacité. La première forme de réaction concerne les patientes qui ont déjà eu des grossesses. Elles savent alors qu'elles en sont capables et établissent un lien avec leurs parcours juste avant la découverte du risque. Stress et surmenage sont certainement la source des problèmes. Le défaut de cette réaction c'est qu'elle impute la responsabilité à la femme qui a pris des risques, qui a présumé de ses forces.

Moi : Vous pouvez me raconter comment vos soucis ont commencés ?

Mme E (29 ans, auxiliaire de soin hospitalière, 2 enfants) : Ben je travaillais normalement, j'étais en service de cuisine et puis on a manqué un peu de personnel sur les trois derniers jours, donc je pense que ça a dû avoir un effet, ça a dû aider un peu quand même cette fissure. Bon, ben j'ai fait des journées de pff, d'une personne en plus quoi en fait. J'ai un peu trop forcé je pense [...] Ben ces dernières semaines j'ai travaillé beaucoup plus que d'habitude. Et puis j'étais peut-être fatiguée et samedi midi j'ai commencé à avoir une petite perte, mais bon, rien de bien méchant je ne me suis pas trop inquiétée. Dimanche matin pareil, et puis bon le dimanche je me suis quand même inquiétée parce que à 5 reprise je suis descendue aux toilettes, à 5 reprises ben j'étais mouillée donc là j'ai pris peur.

Cette culpabilisation d'avoir été trop active pendant sa grossesse touche aussi bien les femmes qui exercent des métiers physiquement difficiles comme Mme E ou Mme C (34 ans, employée, un enfant), que celle qui se reproche de n'avoir pas levé le pied suffisamment tôt comme Mme G (32 ans, diététicienne, 2 enfants). Implicitement cette culpabilisation naît de la norme sociale qui veut que les femmes ne fassent pas passer leur carrière avant leurs enfants. S'il est désormais admis que les femmes occupent un emploi salarié, il ne faut pas non plus que celui-ci passe avant leur premier rôle social : celui de mère.

La seconde forme concerne les patientes qui ont eu recours à une aide médicalisée à la procréation. Dans ce cas, elles se considèrent déjà comme incapables et l'hospitalisation se situe dans la continuité de leur expérience. La troisième forme concerne les patientes dont c'est la première grossesse et qui n'ont pas eu de difficultés à la conception. Elles cherchent à comprendre et mettent en doute leur capacité très profondément. Le fait que les médecins affirment ne pas avoir de réponses exactes contribue à les inquiéter. Elles se sentent malformées, avec des défauts physiques internes - « j'ai peut-être une malformation de l'utérus » (Mme I)-. Elles se sentent handicapées et incapables. Elles sont convaincues qu'elles ne pourront mener de grossesses « normales ».

Convaincues de leur incapacité, les femmes hospitalisées s'en remettent à l'expertise du corps médical. Ce rapport à l'expertise varie selon les expériences.

¹²⁵ Nathalie Bajos et Michèle Ferrand, op. cit., p 120.

- Le rapport à l'expertise

Le sentiment d'incompétence est plus ou moins important selon les conditions d'entrée dans l'expérience. Alors que certaines patientes avaient ressenti elles-mêmes qu'il y avait un problème, d'autres l'ont découvert seulement à travers les examens médicaux. Elles ont dû s'en remettre à l'avis des soignants. Soit elles leur ont accordé leur confiance et admis l'existence d'un problème dont elles n'avaient pas conscience, comme Mme A (36 ans, comptable, pas d'enfant), conférant ainsi une sorte de supériorité de connaissance de leur propre grossesse au corps médical. Soit elles émettent des doutes et remettent en cause l'existence même de ce problème, à l'instar de Mme C (34 ans, employée, un enfant). On comprend combien cette approche est importante : elle constitue le cadre moral dans lequel se déroule l'expérience. En effet, faire confiance aux soignants permet de mieux accepter leur autorité, mais conduit à une dépossession plus profonde de l'autonomie de la patiente. Elle se considère alors comme dépendante. Mme A explique comment elle a dû se confier à la médecine pour pouvoir concevoir et du coup la nécessité qu'elle éprouve à continuer d'accorder sa confiance au corps médical, vécu comme la confiance accordée à une institution et non à un individu.

Mme A : Je n'avais pas de problème particulier et à l'examen par mon gynéco, donc à X, simple examen, il me dit « hou là là !, il y a un problème avec le col, c'est bizarre je le trouve bien court. Bon, on va passer l'écho ». Effectivement, à l'échographie andopelvienne effectivement, il s'est aperçu qu'il était très raccourci. Il me dit « vous avez dû, vous devez avoir des contractions ». Je lui ai dit « si j'en ai, je ne les ai pas senties ». Si je les avais senties bien sûr, je serais montée en catastrophe sans doute, mais je ne les ai pas senties. Donc il m'a dit tout de suite « il faut monter poser un monitoring pour que je vois les choses ». Et effectivement au vu du monitoring, j'avais des contractions rapprochées mais que je ne sentais pas. Que je ne sentais toujours pas hein, même en voyant sur les courbes [...] Je n'ai même pas cherché. Je veux dire, à partir du moment où on se met dans ces mains là, où on a la confiance complète, l'accorder ou ne pas l'accorder, si on ne l'accorde pas on est bien d'accord. La confiance moi je l'avait donc il n'y a pas de discussion, je ne me suis pas posée la question de toute façon c'est le bien-être des bébés d'abord et le mien avec forcément, parce qu'on est un petit peu intimement lié (sourire) au moins pendant quelques mois très intimement, donc après euh bon, on ne pose pas de question. Moi je ne me suis pas posée de questions. Je me suis dis eux, ils ont pris cette décision, on me l'a expliquée, j'ai posé les questions que j'avais à poser sur le moment, je ne dirais pas lesquelles parce que ça ne me reviens pas forcément, mais je bon. Moi j'ai considéré que c'était la continuité, qu'il n'y avait pas de discussion à avoir [...] J'ai dis on n'en sortira pas et puis bon, c'est un sentiment violent sur le moment. On se dit pourquoi moi, j'y suis déjà passée et puis pourquoi encore là, et puis bon, après, de toutes façons c'est comme ça. De toute façon on ne peut rien y faire. On sait que de toutes façons c'est l'avis médical donc il faut se mettre dans les mains du médical et puis faire ce qu'on vous dit surtout après. Etre bien disciplinée et bien à l'écoute de ce qu'on vous demande et puis bon, voilà.

Par contre, ne pas reconnaître de supériorité aux compétences médicales implique de se sentir floué et fait naître des conflits. Toutefois, l'autorité institutionnelle du corps médical reste suffisamment incorporée pour que la patiente se plie aux règles imposées, mais à son corps défendant. Elle soutiendra encore par la suite que cette discipline était superflue. Mme C (34 ans, employée, un enfant) a ainsi vécu son hospitalisation à l'Hôtel Dieu plus comme l'exercice d'une autorité du social sur son corps que comme une étape nécessaire au bon déroulement de sa grossesse. Sa perception de l'expérience est à mettre en relation avec son appartenance aux classes populaires qui considèrent parfois les institutions comme des éléments agissant pour l'autorité étatique.

Mme C : Après la visite du septième mois. Ils m'ont hospitalisée directement, parce que le col était ouvert à...deux il me semble. Et puis, au bout de 15 jours, j'ai eu des contractions. Personnellement, moi, il y aurait eu des sages-femmes, jamais je n'aurais vu l'Hôtel Dieu ! Je suis tombée sur des sages femmes qui n'en avaient rien à foutre, c'était un week-end, donc c'était la facilité. Je ne donnerais pas de noms, parce que je ne vais pas...

Moi : Non, ce n'est pas la peine les noms, mais par contre m'expliquer pourquoi vous pensez ça ?

Mme C : Parce que, je pense qu'il m'était arrivé une semaine avant la même chose : j'étais tombée sur d'autres toubibs, d'autres sages femmes, et bien elles ont fait le nécessaire.

Moi : C'est-à-dire ?

Mme C : Elles m'ont mise sous pousse seringue. Ils ont carrément mis le pousse seringue au maximum. Ils n'ont pas cherché avant à mettre une petite dose, une petite dose, une petite dose...

Moi : A X ?

Mme C : A X. Je suis tombée sur un week-end où elles n'avaient peut-être pas envie d'en faire non plus. La facilité : l'Hôtel Dieu.

Moi : Ils vous ont envoyé là-bas pour ?

Mme C : Pour eux j'étais sur le point d'accoucher. Alors que le col était pas plus ouvert que ça, il n'était pas plus ouvert que

Mr C : Non, il devait être à 2 je pense

Mme C : Je suis arrivée à l'Hôtel Dieu il devait être à 3, donc il n'y avait pas grand changement. Bon. Il n'y avait pas eu un changement euh. Surtout que ça avait commencé la veille, jusqu'au lendemain matin. Donc si pour eux un col qui s'ouvre en un en plus d'une nuit c'est un accouchement d'accord [...]

Mr C : Une contraction, tu ne savais même pas ce que c'était qu'une contraction. Et apparemment t'avais des contractions depuis le 4^{ème} mois,

Mme C : Ben ouais, mais je ne savais pas ce que c'était des contractions ! Donc si vous voulez, c'est vrai que moi je ne m'affolais pas hein ! [...] De toute manière je voyais très bien que pour eux j'étais ... Ils ne faisaient rien de moi hein ! J'étais dans une chambre au fond d'un couloir. Ils passaient, ce que je comprends tout à fait, ils passaient une fois par jour, je voyais les médecins une fois par jour. Et puis on m'a dit, « ben vous savez Mme C hein, c'est comme la veille : faut rien faire ». Et voilà, j'étais alitée du matin au soir.

La relation avec l'autorité médicale conférée par l'expertise est différente pour les patientes qui ont elles-mêmes senties le problème. Elles ont alors dû convaincre pour faire confirmer médicalement leurs sensations. Elles ont conservé le sentiment d'avoir un peu de maîtrise sur leur grossesse et par conséquent une plus grande part de leur autonomie.

Mme H (30 ans, kinésithérapeute, pas d'enfant) : J'avais beaucoup de contractions. Au cours du mois de février, la sage-femme venait là sur prescription du gynéco pour des monitoring toutes les semaines, pour montrer que j'avais vraiment des contractions. Que je les sentais réellement. Que ce n'était pas juste une sensation, que c'était bien des contractions.

Quel que soit le rapport à l'expertise introduit par ces conditions d'entrée, l'hospitalisation est caractérisée par une dépossession du contrôle de la grossesse qui est déléguée aux soignants. Leurs décisions sont imputées à leurs connaissances supposées supérieures. Les patientes sont contraintes de s'en remettre à cette expertise : imaginer qu'elle puisse être faillible est trop angoissant.

Mme B (36 ans, secrétaire, pas d'enfant) : Je pense qu'il y a des paradoxes : c'était la dégradation et rassurant d'un côté, je ne pouvais pas être mieux que où je me trouvais en bas aux urgences. Quoi qu'il arrive. Dans ma tête ce n'était pas net. Je savais que je n'allais qu'en empirant mais que si j'étais là c'est parce que c'était grave mais que quelque part je ne pouvais pas être mieux puisqu'il n'y avait pas mieux que où je me trouvais. Donc je ne pouvais qu'être entre de bonnes mains. Donc quelque part, même s'il n'y avait personne à côté de moi, j'avais le personnel le plus compétent qu'il pouvait y avoir sur la région, et je ne pouvais pas atterrir mieux qu'ici entre guillemets donc je pense que là aussi... Une confiance absolue. Absolue. (Silence) De toute façon on ne peut pas non plus, ce n'est pas le mot ; lutter, mais on est face à du personnel compétent et c'est quand même pas nous qui allons... Elles savent ce qu'elles ont à faire et si ce qu'elles nous disent ça nous résout pas, ou si on estime que ce qu'elles nous disent, les informations sont fausses ou pas fausses... Je veux dire, on décrit ce qu'il vient de nous arriver avec des symptômes ou des choses physiques ou psychologiques et eux c'est traduit ou interprété d'une autre manière, et ils interprètent autre chose et ils nous reconfirment ce qui est en train d'arriver donc... Je veux dire je ne vois pas dans quelle mesure on est là pour contredire ce qu'elles sont en train de nous déceler par derrière, puisque à l'énoncé de ce qu'on peut en dire, même si on ne leur dit pas la vérité, je pense qu'à un moment ça... Il y a un moment où elles vont nous dire ce n'est pas possible ce que vous êtes en train de nous dire. Ce n'est pas possible. Elles, elles ont des éléments pour vous prouver que ce que vous dites n'est pas juste. On dit non tout va bien et après elles disent « ah non ce n'est pas possible que tout allait bien, il y a forcément eu des symptômes physiques ».

Moi : Parce que vous leur aviez dit que tout allait bien ?

Mme B : Ah non du tout ! Du tout mais je veux dire effectivement on leur dirait, on essaierait de fausser le truc, on essaierait de fausser une information pour tester ou pas forcément pour tester mais si ça pouvait masquer quelque chose qui se révèle pas ou autre, je pense que le personnel est

tellement compétent que on a du mal après à se justifier en disant « mais non, ce que je leur ai dit c'était faux quoi »

Ainsi, même lorsque les patientes ne comprennent pas l'ensemble des tenants et aboutissants des décisions médicales, elles parviennent à se convaincre que celles-ci sont forcément les bonnes, puisqu'elles sont prises par des individus compétents. Le sentiment de confiance est essentiel. On constate ici qu'il n'est pas accordé individuellement, mais bien à une institution. L'appartenance au corps médical est liée à la possession de compétences supérieures à celles de la patiente qui engendrent des décisions auxquelles elle ne peut que souscrire. Le rapport de force moral est asymétrique : le corps médical possède la légitimité accordée par la connaissance, tandis que la patiente est délégitimée à ses propres yeux par son sentiment d'incapacité, qui peut se renforcer par un sentiment d'incompétence si elle n'est pas parvenue à ressentir le problème en dehors des examens médicaux. En outre, ce sentiment d'incapacité la plonge dans un état de fragilité psychique, corrélée à une remise en question identitaire et à l'angoisse engendrée par la possibilité de perdre le fœtus. Les patientes ne sont pas à même de mener un conflit destiné à préserver leur autonomie. Elles rationalisent donc les décisions médicales pour les accepter, cela même si elles ont le sentiment que leur problème n'a pas été bien compris, ce qui représente quand même un paradoxe intéressant. Par exemple, Mme E (29 ans, auxiliaire de soin hospitalière, 2 enfants) est convaincue que sa poche des eaux est fissurée. Elle se base sur l'expérience de ses grossesses précédentes. Les soignants sont hésitants sur leur diagnostic, mais ils estiment être à priori face à une fausse alerte. Même si Mme E ne comprend pas sur quoi se fonde ce changement d'attitude, elle l'accepte en vertu de sa confiance dans l'institution médicale.

Mme E : Et aussi les problèmes de cette rupture de poche hein. Quand je vais aux toilettes j'ai toujours peur, parce que je sais ce que c'est la perte des eaux, heu, j'ai eu un accouchement normal sans péridurale et un accouchement avec péridurale. Donc j'ai vécu les deux. Et les deux j'ai eu la rupture de la poche des eaux, une franche et une non franche pour la deuxième. Donc je sais très bien ce qu'il en est. Donc là de rester comme ça, là me dire d'un seul coup, si je sens que ça coule un peu ou n'importe quoi et hop, je pars en quatrième vitesse aux toilettes pour voir si tout va bien, mais bon, voilà. Mais bon, je suis quand même bien entourée quoi que je dise. [Extrait de l'entretien avec Mme E seule]

[Second entretien en présence de son mari trois jours plus tard]

Moi : Alors le test montre que ce n'était pas une fissure, c'est ça le résultat ?

Mme E : Et bien ils ne savent pas. Il y a quelque chose qui

Mr E : Ils te refont un test dimanche en fait non ? Avant que tu ne sortes ?

Mme E : Peut-être. Moi je n'ai pas tout compris hein. Aux dires du médecin de X, j'avais une fissure, aux dires de la jeune fille interne d'en bas, j'avais une fissure et au fil des jours qui se passent, finalement ils s'aperçoivent que ce n'était pas une fissure, mais comme ils ont trouvé des traces de sang, enfin, j'avais perdu du sang et que je ne l'ai su que ce soir... Donc je ne sais pas, il y a des choses qui sont un peu bizarres. Pourtant, moi j'ai bien eu l'impression d'avoir perdu du liquide amniotique en début de semaine.

Mr E : Oui, mais s'il n'y en a plus ?

Mme E : Mais comme elle a dit, si il n'y en a plus. Et que le bébé...ça se peut que la fissure est minime même hein, ça a fuit d'un seul coup.

Mr E : mmmm.

Mme E : Hein ?

Mr E : Ça coule un petit peu, même si la fissure est minime tu peux avoir quelques pertes.

Moi : Ils ne peuvent pas voir ça à l'écho ? Enfin, je n'y connais rien mais ?

Mr E : Et bien apparemment mais quand on a posé la question : non. Mais je pense que comme la poche elle est transparente, le liquide est transparent.

Mme E : Si, ils arrivent à voir avec la quantité de liquide, mais ils se représentent sur l'image la quantité, donc à dire combien il y a de litre ou machin, je ne sais pas. Enfin, comme je dis, s'ils m'annoncent que tout va bien, c'est que tout va bien ! Ils ne prennent pas de risques.

Mme E : Non.

Mr E : Non, c'est ce qu'on se dit. C'est ce qui est un petit peu rassurant quoi. On se dit s'ils avaient un doute, ils la garderaient. S'ils la libèrent, c'est quand même que le doute est levé quoi.

Moi : C'est sûr.

Mr E : J'espère, parce que sinon je ne comprends plus rien !

La confiance accordée à l'institution médicale et par extension aux soignants rend d'autant plus difficile le constat qu'il puisse y avoir des incohérences. Elles sont trop contradictoires avec l'expertise que prétendent posséder les soignants et qui est la condition à laquelle les patientes peuvent accorder leur confiance. La mise à jour d'incohérences dans les soins par les patientes a une double conséquence. De manière négative elle introduit un doute qui rend la position de dépendance dans laquelle les patientes sont situées très inconfortable. Mais de manière positive, elle restitue une part d'expertise à la patiente, ce qui restaure quelque peu son estime de soi.

Mme H (30 ans, kinésithérapeute, pas d'enfant) : *Parce que ce sont des bricoles, une fois c'est l'oubli de l'une, une fois c'est l'oubli de l'autre. Après ce que je vis mal aussi, et pourtant je suis persuadée que c'est un staff et que les médecins se réunissent et qu'ils sont bien d'accord avec les décisions, mais après d'un jour sur l'autre, hier il m'a donné un anticoagulant le médecin. Pas de problème. Et ce matin le médecin qui est passé qui n'est pas le même il me dit : « on va vous faire, on va vous commencer les piqûres de corticoïde », donc au bout de six semaines c'était normal. C'était normal qu'il me le fasse cette semaine donc je m'y attendais. Donc elle me dit : « on va commencer à vous faire les piqûres ». Et je dis « oui ». Et en même temps je réfléchis et, non, non, je ne dis pas oui parce que j'ai failli lui dire « non, j'ai déjà commencé hier ». En fait dans ma tête j'avais commencé les piqûres d'anticoagulant. Et quand j'ai réentendu ça je me suis dit ce ne sont pas les corticoïde. Je lui dit je pensais au L. Elle me dit « oh, le L. » je lui dis « oui ». Elle me dit « ah bah alors », et là elle regarde la sage femme et elle lui dit : « il faut l'arrêter pour faire les corticoïdes ». Parce qu'il y a un risque d'hématome sinon puisque c'est en intra musculaire et donc voilà. Et là je me suis dit qu'elle l'aurait peut-être vu après sur le dossier mais voilà. Et ce que je veux dire c'est qu'on a l'impression qu'il y a des décisions qui ne sont pas, je veux dire pourquoi avoir commencé l'anticoagulant hier soir. Donc du coup les corticoïdes ils n'ont pas pu les faire aujourd'hui, ils vont les faire après demain. Ce n'est pas grave mais...*

Mme I (24 ans, assistante sociale, pas d'enfant) : *C'est mon gynécologue qui m'avait passé la dernière échographie du col. Il m'avait dit « écoutez on va y regarder mais de manière très brève pour ne pas stimuler plus ». Et il m'avait dit « de toute façon, c'est à éviter ». Il m'avait bien dit qu'il faut que j'évite tout ce qui peut faire travailler mon utérus quoi. Il se contracte en plus de nature, il se contracte tout seul en fait, donc euh, le moindre petit, le moindre petit facteur le fait contracter encore plus quoi donc, vous savez ça, je peux vous dire et bien c'est bon quoi, ce n'est pas génial quoi ! Donc, donc voilà, mais sinon c'est vrai que je n'ai pas à me plaindre personnellement quoi. Mais c'est vrai qu'il y a des choses où on est obligé, enfin, je trouve que ce n'est pas à moi, j'en ai parlé avec une sage femme, elle m'a dit « bon, et bien elles n'ont pas dut lire votre dossier » en fait. Et là vous avez les boules parce que vous vous dites ça fait quand même trois semaines qu'on vous passe des échographies du col : il a fallu vraiment que ce soit moi au bout de la troisième semaine qui dise non, stop ! Ça allait faire quatre semaines d'affilées du coup, donc je veux dire c'est quand même : je trouve que c'est grave que ce soit à moi à expliquer, enfin, et qu'en fait la sage femme elle a dit non, mais ça tournait, ce n'était jamais la même personne effectivement, elle m'a dit « non, mais elles n'ont pas dû consulter votre dossier ». Et là vous vous dites : « purée ça fait un mois et demi que je suis là et on ne consulte pas mon dossier ! » et voilà quoi ! J'estime que c'est un minimum surtout quand il y a des risques quoi.*

Parce qu'elles sont intégrées dans un système social dans lequel le corps médical détient l'expertise et l'autorité en ce qui concerne les soins du corps en général et dans le cas présent le bon déroulement de la grossesse, les patientes doivent s'en remettre aux professionnel-le-s. Très peu de personnes conçoivent aujourd'hui pouvoir se passer de l'institution médicale dans le suivi de la grossesse et de l'accouchement. Par exemple, seules 0.5% des femmes enceintes organisent leur accouchement à domicile qu'elles entendent alors comme une alternative à l'emprise du corps médical sur leur expérience, bien que, même dans ce cas, elles se fassent accompagner par une sage-femme. Ainsi, il n'y a qu'un seul terme qui désigne l'expérience de la procréation et l'institution chargée de l'encadrer : la maternité. Cette homonymie révèle combien le passage par l'institution et donc le corps médical est difficilement dissociable de l'état de parturiente. Cette proximité conduit Béatrice Jacques à écrire « *L'expérience de la maternité [entendue dans le contexte au sens de la procréation], c'est avant tout l'expérience d'une structure, d'une équipe.* »¹²⁶ Cette phrase montre combien structure et état sont mêlés dans les représentations de l'expérience de la grossesse.

¹²⁶ Béatrice Jacques, *op.cit.*, p 6.

En somme, les patientes doivent s'en remettre aux professionnel-le-s. Elles se sentent alors dépossédées de leur expérience voir de leur autonomie. Cette situation renforce leur sentiment d'incapacité maternelle. Elles en ressentent de la frustration, voir de la colère, car cette position de dépendance est en complète contradiction avec leur projet parental qui impliquent pour elles une certaine autonomie.

Mme A (36 ans, comptable, pas d'enfant) : Là de toute façon je suis dépossédée complètement. Ça c'est une chose, de mon dossier médical. Je ne vois rien. Alors que j'avais tout sous la main, quand je suis arrivée j'ai tout donné. J'ai plus rien. Je n'ai plus une analyse de sang, je n'ai plus rien.

Moi : Et du coup, vous demandez ou vous laissez faire ?

Mme A : Et bien je demande, c'est-à-dire que je vois. Et puis les clichés sont quand même pas, ce n'est pas de grosses échographies comme les échographies trimestrielles vous savez, ce n'est pas ça. Donc c'est un petit peu moins grave. C'est plus des mesures intermédiaires donc c'est moins gênant. Donc je ne demande pas les clichés mais c'est vrai que c'est un peu frustrant de ne pas avoir. Je ne sais pas si c'est une déformation professionnelle mais moi je suis, j'aime bien avoir tous mes petits dossiers toujours bien remplis, toujours bien. Et c'est vrai que là, c'est un peu. Ce n'est pas que je ne fais pas confiance hein, si on me dit que c'est bien je les crois. Mais c'est vrai que mes analyses de sang je ne les vois pas, rien du tout.

Moi : Et on vous dit ?

Mme A : On me dit les résultats. On me dit juste ça va ou ça ne va pas. Je n'ai pas plus de détails.

Moi : Et vous d'habitude vous suiviez de plus près ?

Mme A : Et bien je regardais. Une analyse de sang je la décrypte à ma façon, par rapport à ce que je peux connaître, je ne suis pas médecin. Mais bon, il y a des choses qu'on connaît, qu'on sait ou qu'on peut deviner ou quand on a les normes on voit bien un petit peu...Mais bon [...]Et puis même. Moi j'ai laissé tous mes dossiers, y compris ceux qui étaient antérieurs. Donc mes premiers clichés je ne les ai plus. Je les récupérerais mais je ne les ai pas. C'est le grand problème de dossier médical. J'ose espérer que je les récupérerais avant de partir. J'y compte.

- Placer le père comme « spectateur investi » : une position paradoxale.

La femme se sent dépossédée de sa grossesse par le corps soignant. Cette tendance, que des travaux antérieurs sur la maternité ont déjà soulignée¹²⁷, est largement accentuée dans le cas des grossesses à haut risque : la patiente est hospitalisée, elle se tient donc à la « disposition » des soignants, et le risque est un levier qui contraint les femmes à s'en remettre aux corps médical. Si la femme est dépossédée de son expérience, c'est aussi valable pour l'homme. Le père est lui aussi dépossédé de son expérience parce qu'il en est mis à l'écart. Tout d'abord il en est écarté physiquement par l'hospitalisation de sa conjointe. Cette hospitalisation le prive de pouvoir vivre au quotidien avec elle dans leur cadre privé. Ensuite il en est éloigné par la place particulière que lui accorde les soignantes : elles le considèrent et le traitent comme un spectateur, mais elles considèrent comme allant de soi qu'il s'investisse dans le soutien de sa femme.

Dans un travail sur la place accordée aux pères dans les maternités, Gérôme Truc a montré que les pères étaient assignés à la place de spectateur, la femme étant dans l'esprit des soignants « naturellement » la plus « légitime » et la mieux à même de s'occuper du nouveau né. Mais paradoxalement, les pères qui ne s'impliquent pas sont très mal vus par les mêmes soignantes¹²⁸. De même, en GHR, j'ai pu constater que les soignantes assignaient les pères à cette place paradoxale de « spectateur investi ». Elles attachent une grande importance à la présence du père au côté de sa conjointe, les contrevenants étant vivement critiqués.

Michèle (sage-femme, 40 ans, 15 ans de métier) dit à l'interne à propos du père qui a quitté la patiente « il a pris cinq minutes de plaisir et il est parti quoi » [Notes, novembre 2006]

Elles demandent toujours aux femmes si leur conjoint va venir la voir et sinon pourquoi. Elles s'organisent aussi pour essayer de faciliter la présence de celui-ci au chevet de sa femme. Elles peuvent par exemple lui prévoir un plateau repas de manière exceptionnelle si celui-ci prévient suffisamment à l'avance. Elles peuvent aussi faire des entorses au règlement de l'institution pour lui permettre de rester plus longtemps. Elles ne soumettent jamais les pères aux horaires de visites pourtant affichés comme incontournables sur la porte d'entrée de la maternité. Alors qu'une note de la surveillante affichée dans le bureau des sages-femmes stipule que le père ne peut être autorisé à rester dans la chambre le soir que très exceptionnellement, elles ont laissé Mme F (40 ans, assistante vétérinaire, pas d'enfant) avoir un matelas gonflable dans sa chambre durant toute la durée de mon observation. Son domicile étant situé à plus de

¹²⁷ Voir par exemple ceux déjà cités de Madeleine Akrich et Bernike Pasveer et de Béatrice Jacques.

¹²⁸ Cf. Gérôme TRUC, « La paternité en maternité. Une étude par observation », *Ethnologie Française*, XXXVI, 2006, 2, pp. 341-349.

deux heures de route de l'Hôtel Dieu, son mari venait dormir dans sa chambre une fois par semaine et le week-end, ce que les soignantes acceptaient avec bienveillance. Elles sont attentives aux allées et venues des pères, elles remarquent ceux qui ne viennent pas, et ceux qui viennent souvent. Tous ces petits gestes montrent qu'elles cautionnent une implication paternelle dans l'expérience. Néanmoins, elles n'adressent jamais la parole aux hommes directement. Lorsque je me suis enquis auprès d'une des médecins responsables du service pour comprendre cette situation, elle m'a répondu que depuis quelques années les femmes étaient majeures et responsables, et que par conséquent les soins qu'elles reçoivent ne concernent qu'elles.

Dr M (femme, environ 45 ans, gynécologue-obstétricienne) : « *Nous les pères on s'en fiche ! Enfin en tous cas c'est la femme la patiente. On a été émancipées quand même !* » [Notes, mars 2007]

En vertu du secret médical et du respect de leur libre décision, c'est à elles de choisir l'information qu'elles diffusent sur leur état. Expliquée de cette manière, le fait devient pleinement compréhensible. Mais il reste paradoxale : nous avons vu que si la femme est la patiente « officielle », le véritable objet des soins est le fœtus. Néanmoins, il ne peut être considéré comme un sujet. Bien qu'il soit constitué comme un être à part du corps de la femme par l'ensemble des appareils qui l'extériorise, il est légalement considéré comme appartenant au corps de la femme, ce qui explique l'attitude des soignantes à l'égard des pères. Même si elles encouragent son implication auprès de la patiente et la considèrent même comme essentielle, elles ne lui donnent pas de position privilégiée dans le déroulement des soins. La réflexion sur les soins se passe entre l'équipe soignante et la femme enceinte qui seule décide de la place qu'elle souhaite accorder à son conjoint. Ce n'est donc pas en tant que pères du fœtus que la présence des hommes est encouragée, mais en tant que conjoints de la patiente.

Les soignantes placent donc l'homme plus dans une position de mari que dans une position de père. Cette position constitue un frein dans la construction de sa paternité. En effet, les hommes que j'ai rencontrés ont commencé la construction de leur identité de père depuis quelques mois¹²⁹. Ils se sont investis, se rendant aux échographies, s'enquérant du déroulement de la grossesse. L'hospitalisation leur retire cette possibilité. Les échographies ont lieu à des heures irrégulières et ils dépendent de leur femme pour accéder à l'information.

Mr A (41 ans, comptable, pas d'enfant) : *Là par exemple dans la semaine qui vient je vais prendre une après midi pour assister à une échographie. Parce que ça aussi, depuis qu'elle est là... J'ai suivi tous les examens depuis le début. Tous, je suis venu aux prises de sang, je suis venu aux échographies, aux rendez-vous chez le gynécologue, et là, depuis qu'elle est là non. Parce que d'abord ce n'est pas, c'est assez je vais pas dire hasardeux, mais ce n'est pas fixé à l'avance, c'est suivant les disponibilités et puis moi, on me laisse prendre des jours ou des heures, mais il faut quand même que je puisse le dire à l'avance. Depuis qu'elle est là je n'ai plus assisté à une échographie par exemple. Donc, quand j'appelle à midi, quand je ne viens pas j'appelle, elle me fait un rapport, mais bon autrement...*

Moi : *Et ça ça vous manque un peu ?*

Mr A : *Bien oui quand même. Ce n'est pas être mis à l'écart mais, quand on n'est pas informé on se fait, on, comment je pourrais dire ça...*

Certains s'en accommodent mieux que d'autres, en fonction de ce qui leur paraît le plus important ; c'est-à-dire de leur représentation du rôle du père pendant la grossesse qui varie selon les individus. Ainsi, si Mr A qui avait tout fait pour vivre son expérience de la manière la plus proche de celle de sa femme, Mr E (32 ans, technicien de maintenance, 2 enfants) pour sa part délègue volontiers à sa femme la partie physiologique de la grossesse. Mon échantillon n'est pas assez grand pour me permettre de déterminer si cette différence de comportement est liée à la présence d'autres enfants à domicile. En effet, Mr E vit « sa » troisième grossesse, et son esprit est certes soucieux de l'état de santé de sa femme, mais aussi accaparé par le soin à ces deux filles en bas âge qu'il doit assumer seul et c'est cette dimension de sa paternité qu'il considère prioritaire.

Moi : *Je voudrais savoir comment ça se passe avec le personnel de la maternité pour vous.*

Mr E : *Et bah bien parce que nous on n'a pas réellement de contact en fait. On n'a pas vraiment de contact parce que c'est surtout, les informations elles sont portées par ma femme en fait.*

Moi : *Et ça ne vous pose pas de problème ?*

Mr E : *... Et bien j'espère qu'ils l'informent suffisamment quand même. J'espère qu'ils l'informent suffisamment. Mais de toute façon, c'est, on ne peut pas leur courir après et eux ils ne peuvent pas nous courir après non plus. Ils ont leur boulot aussi quoi.*

¹²⁹ Je ne prétends pas que ce soit le cas de tous les hommes. Certains ne s'investissent pas dans la grossesse de leur femme. Néanmoins, le père attentif, qui assiste par exemple aux échographies, est dans une certaine mesure devenu la norme : ceux qui ne le font pas sont considérés comme « déviants ». J'ai construit le raisonnement qui suit sur l'expérience des hommes et des femmes que j'ai rencontrés : aucune des patientes ne se trouvaient seules. Elles bénéficiaient toutes du soutien de leur conjoint dans cette expérience. Je ne peux donc rien dire des femmes seules et des hommes absents.

Moi : Je vous demande ça parce que j'ai vu tout à l'heure un père qui disait que depuis que sa femme était ici, il ne voyait plus les échographies et que c'était vachement dur

Mr E : Ouais, ouais, c'est vrai qu'on ne voit plus les échos mais bon. Là, j'arrive elle me dit bon, le test est bon tout ça, donc c'est rassurant quand même. On se dit il y a un petit bout de fait etc. Même si on n'a pas vu l'écho, étant donné que on est en contact tous les jours, on s'appelle tous les jours. Elle me tient informé, chaque fois qu'il y a une nouvelle qui tombe je la sais. Ça permet d'évoluer aussi. Non, ça ne me gêne...Pas trop.

Moi : Et donc vous n'avez pas beaucoup de contact finalement avec les soignantes ?

Mme E : Bah il faut dire qu'avec l'heure à laquelle il vient, ce n'est pas très.

Mr E : On ne peut que se croiser quoi.

Les patientes réalisent très bien la situation. Elles constatent que leur conjoint est en quelque sorte écarté du fœtus.

Mme A (36 ans, comptable, pas d'enfant) : Oui, pour mon mari, il est clair que là, je suis sous la main des médecins. Donc, c'est à leur bon gré et au détriment de lui par exemple. Les échographies que j'ai passées depuis que je suis là il n'était pas présent. Parce que ça c'est dit souvent du matin pour le matin et il ne peut pas se libérer. Pas aussi vite. Il faudrait au moins un jour de décalage.

Moi : Du coup il est un peu pas mis à l'écart, c'est un peu fort mais...

Mme A : Mis à l'écart non parce que c'est vrai que je lui raconte tout mais c'est vrai que bon, c'est un petit peu... Bon c'est vrai que c'est dommage, mais je suis à la disposition des médecins, je suis sous leur coude, alors je passe entre deux rendez-vous ou à un petit moment de creux des choses comme ça, par rapport aux consultations externes. Mais c'est vrai que lui qui était là à tous les examens, depuis que je suis là, bon.

Moi : Il ne peut plus suivre en direct

Mme A : Et ben non, voilà. Il le fait en différé quoi.

Moi : Et vous savez si c'est difficile pour lui ça un peu ?

Mme A : Je pense que ça doit l'embêter un peu. Et du coup quand vous faites l'échographie, la photo des bébés... Les photos on ne les a pas là.

Moi : Et du coup, vous ne pouvez pas lui montrer [...] Et du coup, pour votre mari, il n'a que l'info

Mme A : Il n'a que ce que je peux lui dire.

Moi : Les médecins ne lui parlent pas ou ?

Mme A : Et bien c'est-à-dire que ce n'est pas qu'ils ne lui parlent pas, mais ils passent le matin. Le matin à ça dépend ce matin c'était 9H30, l'autre jour c'était midi donc bon. Ça c'est vrai que c'est plus ennuyeux. Mais bon...Voilà... C'est la seule chose qui vient de me revenir, vous voyez en discutant comme ça là.

Elles le regrettent, d'autant plus qu'elles estiment que les actes des soignantes sont en contradiction avec leur discours. En effet, les horaires des examens sont fixés en fonction des contingences du service, de la disponibilité des soignantes. Ce que les patientes comprennent bien. Mais, soucieuses de remplir leur rôle d'accompagnement à la parentalité, il est fréquent que les soignantes s'enquière des heures de visite du conjoint. Dès lors, quand elles ne respectent pas leurs engagements à l'attendre, c'est considéré par les patientes comme une manière de mépriser l'importance de cette grossesse dans l'histoire de leur couple. Elles s'efforcent souvent de redonner un rôle à leur conjoint, de souligner sa présence. Par exemple, j'ai assisté à une échographie de Mme I (24 ans, assistante sociale, pas d'enfant) en présence de Mr I (28 ans, ouvrier spécialisé, pas d'enfant). Cette échographie a duré plus de trente minutes pendant lesquelles l'interne ne s'est pas une seule fois adressée à lui.

L'interne me propose de venir à l'échographie. Je me tourne vers Mme I ? Ça ne vous dérange pas ? Elle dit non s'il n'y a pas trop de monde. Je les accompagne donc. On voit le fœtus à l'écran, l'interne fait un tas de mesures et échange quelques mots avec la Mme I de temps en temps. Le papa ne dit rien. Il est dans son coin. A la fin, l'interne demande si Mme I veut une image. Elle dit « oui, ce n'est pas qu'on fasse un album photo mais enfin, vous la donnez au papa ». [Notes, mars 2007]

Mme I m'a expliqué plus tard qu'elle avait dû fortement insister pour que son conjoint puisse être là pour cet examen important alors même que les médecins lui avaient proposés d'attendre qu'il soit là (il s'agit de l'échographie du septième mois, qui est une des plus complète). Le récit de sa résistance au passage de l'échographie le matin montre

que l'absence du conjoint et par conséquent le non-respect du souhait de la patiente est plus du à la multiplicité des intervenants qu'à une mauvaise volonté de leur part. Néanmoins, Mme I nous montre l'énergie et l'entêtement qu'il faut mobiliser pour qu'un souhait auquel les soignants souscrivent par ailleurs puisse être respecté :

Mme I : Parce que là, ce matin c'est pareil : ils me font la visite et je leur dit « euh, il ne faut pas oublier », parce que cette semaine -ils me font une échographie toutes les semaines et là je savais que c'était l'échographie du 7^{ème} mois et ils me font une échographie tous les mercredis-. Et puis là, j'étais un petit peu étonnée, la visite avec les médecins et tout il n'en parle pas. Bon, alors je dis la visite allait se terminer et je leur dis : « ce n'est pas cette semaine qu'on doit faire l'échographie du 7^{ème} mois ? » parce qu'en fait il faut vraiment la faire dans cette date précise autrement c'est. Donc elle me dit, le médecin me dit « oh ! et bien vous faites bien de me le dire c'est cette semaine ». Donc il regarde et puis il regarde la dame : « tu aurais le temps de lui faire une échographie aujourd'hui ? » Elle dit « je ne sais pas j'ai pas mal de rendez-vous etc. » donc elle me dit ce sera certainement en fin de journée. Donc je lui dit « écoutez il n'y a pas de problème, de toute façon je suis sur place donc que ce soit en début ou en fin d'après midi il n'y a pas de problème ». Le médecin me demande : « vous voulez que votre conjoint soit là ? » Je lui dis « et bien écoutez oui parce qu'en plus c'est une échographie assez complète et tout, j'aimerais bien qu'il soit là ». Ils partent. Cinq minutes après je vois deux étudiantes qui arrivent de je ne sais où qui me disent on vient vous chercher pour l'échographie. Donc il était midi en plus, enfin, ils amenaient les plateaux repas vous voyez le truc, pour une échographie qui dure une demi heure, je veux dire ils amènent les plateaux repas, vous partez à l'échographie, quand vous revenez il est parti ! C'est, c'est n'importe quoi. Alors bon je les regarde. Sur le coup je me suis dit bon, ça faisait cinq minutes qu'ils étaient sortis et là elles me disent : « ah mais non, mais peut-être que vous attendez que votre mari soit là ». Alors qu'elles venaient de me poser la question il y a cinq minutes et que j'avais dit « à choisir oui ». Maintenant si elles m'avaient dit ce n'est pas possible je veux dire, je conçois aussi il y a des choses. « Ah bon et bien on reviendra plus tard alors ». Et puis elles s'en vont. Donc finalement on m'a proposé l'échographie le matin alors qu'on m'avait dit cinq minutes avant. On vous cale vraiment en fait, c'est. On jongle avec vous tout le temps quoi c'est.

Moi : Le fait de vous avoir sous la main.

Mme I : Voilà, c'est ça. Je leur dis « moi je ne bouge pas donc ». Mais après c'est vrai qu'il y a des choses qu'on aime bien, on aime bien quand même savoir. « C'est vrai que, c'est vrai que s'il y a une possibilité ce soir, je préférerais que ce soit ce soir, ne serait-ce que pour qu'il y ait mon conjoint quoi ». Bon après, je me doute bien que je ne peux pas avoir mes échographies à la carte, savoir à quel moment. Mais bon on aime bien quand même savoir.

Moi : Oui je posais la question parce que j'ai vu des dames qui depuis qu'elles étaient hospitalisées en fait leur conjoint n'avait pas pu voir une écho ou un résultat depuis trois mois. Donc c'est un peu frustrant.

Mme I : Moi c'est vrai qu'à chaque fois, quand j'ai pu le demander bon, c'est vrai que ça a été en général, dans l'ensemble ça a tout le temps été, tout le temps été fait quand même dans ce sens là. Il n'y a qu'une fois où je leur avais dit qu'il arrive en début d'après midi et puis bon elle arrive avant. Bon, je n'ai pas osé lui dire attendez il va arriver donc du coup je me suis, bon elle m'a passé l'écho il est arrivé après, je lui ai dit tu as raté l'écho, bon voilà. Parce que je savais aussi que c'était une écho bon, ils m'en passent toutes les semaines, donc je sais que s'ils m'en loupent une, bon, je sais qu'il peut voir celle de la semaine d'après. Mais là c'est vrai que bon il n'avait pas vu celle de la semaine dernière et puis celle du 7^{ème} mois c'est quand même l'une des plus complète donc c'est. Non et puis c'est vrai que je me dis ne serait-ce que s'il y a un problème et bien au moins il entend comme moi quoi, voilà. Parce que c'est vrai que quand vous êtes toute seule que vous encaissez le coup euh. Dès fois on aimerait bien qu'il soit là aussi pour euh...

A la lecture de cet extrait, on peut se rendre compte que la mise à l'écart des conjoints ne résulte pas d'une volonté des soignants. Ils essaient de prendre en compte dans leurs discours la volonté des patientes d'associer leur conjoint à l'expérience. Mais c'est l'organisation du service et la multiplicité des intervenants qui conduisent à ce résultat. Plus la patiente est consciente de cette contingence –par exemple parce qu'elle est là depuis longtemps et qu'elle a déjà pu constater qu'elle pouvait s'opposer à cette organisation- plus elle est en mesure d'intervenir sur le déroulement des actes, plus elle parvient à impliquer son conjoint. D'autant plus facilement que les soignants n'y sont pas opposés en théorie, au contraire. Cela nécessite toutefois que l'homme puisse se rendre disponible, ce que tous ne parviennent pas à faire. Mais avec la dernière phrase de Mme I, on perçoit l'importance que peut revêtir la présence du conjoint dans la construction commune de la parentalité, dans l'assimilation du risque dans ce qu'il introduit comme rupture avec la représentation de l'expérience que s'était construit le couple. Comme elle l'explique ensuite, il est difficile

pour les patientes d'assimiler l'ensemble des informations. De plus, les transmettre à leur conjoint elles-mêmes engage leur propre interprétation, dans laquelle elles n'ont pas forcément toute confiance. Elles craignent que le filtre de leurs émotions faussent les informations, empêchant leur conjoint de bien les comprendre. En outre, être deux pour entendre l'information permet d'en discuter et d'en construire une interprétation commune, alors que si la patiente est seule, c'est sa propre interprétation qu'elle va transmettre à son conjoint.

Mme I : Oui et bien c'est ce qui c'était passé quand j'étais rentrée à X, moi j'allais pour ma visite mensuelle chez mon gynécologue, donc j'y allais tout allait bien, je veux dire j'y suis allée vraiment sereine, bien et puis quand j'y suis allée et bien il m'a dit « vous restez avec nous » donc en gros, c'était très inquiétant [...]. Il a fallu que je l'appelle [son conjoint] et en plus de ça, il m'avait dit le matin « bon je viens avec toi » et je lui avais dit « écoute non, ce n'est pas la peine, c'est juste une échographie, enfin ce n'est pas une échographie, c'est juste une visite mensuelle où il va juste m'examiner, ce ne sera pas intéressant pour toi que tu sois là quoi ». Donc il n'était pas venu et puis en fin de compte, je l'appelle une demi heure après pour lui dire « il faut que tu m'amène des affaires je reste là », enfin bon. Même moi je ne comprenais pas, enfin, c'est là que je m'en suis voulu parce que je me suis dit « j'aurais bien aimé qu'il soit là ne serait-ce que pour entendre », parce que moi après on me demandait « mais qu'est-ce qu'il t'arrive ? Qu'est-ce que tu as eu ? » et je ne savais plus. Parce qu'en fait j'avais tellement été, tellement, on me disait « et bien ton col ? » Je disais « il est ouvert ». « Quoi il est ouvert ? » « Je ne sais pas s'il est ouvert » : je ne savais plus. Je savais qu'on parlait de cinq millimètre et c'était tellement, tellement en fait. On se prend tellement en fait une douche froide par la figure qu'en fin de compte tout ce qu'on vous dit après vous ne l'entendez plus en fait. Vous êtes en train d'essayer d'analyser ce qu'on vient de vous dire tout en disant tu vas te réveiller, c'est un mauvais cauchemar, mais on a du mal à percuter quoi en fait. Donc tout ce qu'il essayait de me raconter après, bon j'avais vraiment décroché quoi, je n'écoutais plus. Bon, il [le gynécologue] est repassé le soir après quand tu étais là [elle s'adresse à son conjoint]. Et il lui a expliqué aussi à mon copain ce qui s'était passé etc. Donc c'est vrai que bon ça, ça, a quand même été bien pour lui parce qu'il a entendu, parce que moi j'étais incapable de savoir trop ce qui s'était passé. Et ce qui se passait et ce que ça allait engendrer quoi en fait. Parce qu'au départ on m'a dit que je partais pour quinze jours, trois semaines [...], donc déjà pour moi c'était énorme. Le lendemain, il revient me voir, il me dit « écoutez vous partez bien pour trois semaines, un mois ». Après il me dit « on vous transfère à Clermont et on ne fixe pas de durée ». Là je me suis dit c'est bon, c'est foutu, j'en ai pour six mois, enfin bon, pas six mois parce que bon j'étais enceinte de cinq mois, mais je me suis dit « bon, tu n'est pas sortie ma vieille » parce que là, bon, c'est ça qui était, qui était le plus dur quoi. C'est vrai que quand on est deux c'est quand même mieux parce que là c'est ce qui a été le plus dur.

Un enjeu de la construction conjointe de la parentalité est celle de la future implication du père auprès de l'enfant, laquelle dépend de la construction de sa paternalité. En effet, le rôle joué ensuite par chacun des parents dans les soins aux jeunes enfants dépend de la représentation qu'ils s'en font. Cette représentation se construit en même temps que l'identité de parents.

La redéfinition du rôle de père dans la société française contemporaine implique que ce père prenne une place éducative auprès de ses enfants, comme l'explique Marc Bessin : « *l'engagement des pères est devenu le nouveau credo d'une dynamique visant à faire le lien entre la détérioration du lien social et du lien paternel* »¹³⁰. On aurait pu penser que les transformations sociales liées aux revendications féministes aient modifié la division sexuée des tâches et les rôles parentaux assignés à l'un et à l'autre sexe. Au regard des différentes études sur les rôles parentaux, il apparaît que si de légères transformations ont vu le jour, les tâches liées à l'éducation des enfants restent pourtant l'apanage des mères. D'après une étude de Cécile Brousse, les pères consacrent en moyenne vingt minutes par jour au soin des enfants, les mères actives environ une heure et les mères au foyer au moins deux heures¹³¹. Même les pères qui s'investissent dans l'éducation de leurs enfants paraissent accepter l'idée qu'ils sont moins compétents que les mères de ceux-ci : « *les pères semblent accepter d'emblée, même avec bonhomie, que les mères possèdent le savoir et qu'elles peuvent donc leur dicter les comportements les plus adéquats avec les enfants* »¹³². Les différents travaux sur la représentation du partage des tâches en fonction des sexes ont montré que l'idéal de répartition en terme de complémentarité – avec des rôles définis pour chacun des sexes, aux hommes la socialisation des enfants et aux femmes les soins – plutôt qu'en terme d'interchangeabilité – ou chacun des deux sexes peut effectuer les mêmes tâches de manière indifférenciée¹³³ – reste largement la plus répandue. Etant donné l'importance de l'encadrement médical de

¹³⁰ Marc Bessin et Hervé LEVILAIN, « Pères sur le tard, logiques temporelles et négociations conjugales », in *Recherches et prévisions*, Dossier petite enfance, n°76, juin 2004, pp 23-38.

¹³¹ In Cécile Brousse, « La répartition du travail domestique entre conjoint reste très largement spécialisée et inégale », *France Portrait social 1999-2000*, INSEE, 1999, p.135-151, citée par Michèle Ferrand, *Féminin Masculin*, Coll. Repères, La Découverte, 2004, p25.

¹³² Annie Delvault et Judith Gaudet, « Le soutien aux pères de familles biparentales : l'omniprésence de « docteur maman » », *Service Social*, vol 50, 2003.

¹³³ Pour un développement de cette analyse, se référer au travail d' Elisa Herman, « La bonne distance. Légitimer l'idéologie de la complémentarité entre animatrices et animateurs au centre de loisir maternel », intervention au colloque *L'inversion du genre*, Brest, 2005.

la grossesse, de l'accouchement et de la petite enfance, une des questions fondamentales de cette recherche est de comprendre de quelle manière le corps médical assigne les parents à des rôles parentaux sexués et auxquels.

Thierry Blöss et Sophie Odena¹³⁴ ont montré que par leurs actions et leurs discours les puéricultrices tendaient à renforcer le partage inégal des tâches de soin aux jeunes enfants. En considérant qu'il va de soi que ces tâches soient effectuées par la mère, elles la confortent dans son rôle tout en éloignant le père. Ils ont montré que cette assignation n'était pas le fruit d'une action volontaire, mais résulte plutôt de l'expression fortuite de leurs représentations personnelles, au travers de leurs actes et de leurs remarques. Ces représentations personnelles s'inscrivant dans un rapport asymétrique avec les parents, elles contribuent à influencer leurs comportements. De même, Gérôme Truc a montré dans son mémoire de maîtrise *Le congé de paternité, entre normes et pratiques*, combien la représentation traditionnelle des tâches sexuées demeure d'actualité dans les services de maternités (suite de couches) et guide les actions des soignantes qui mènent involontairement à l'exclusion du père des gestes de soins, en l'assignant plutôt à l'assistance et aux soins de la mère, cette dernière étant considérée comme plus à même de s'occuper de l'enfant :

« Dans cet univers féminin, on accorde d'autant plus de valeur et de crédit à un père s'il se montre attentionné à l'égard de sa conjointe. La plupart des injonctions normatives implicites vont en ce sens : se montrer discret (ne pas traîner dans les couloirs, ne pas gêner le fonctionnement du service et surtout soutenir sa conjointe. Qu'un père s'occupe de son bébé est très bien vu évidemment, mais cela est considéré comme un plus. Etant donné que cela reste rare, on encourage le père qui fait le premier pas, qui est présent et se montre intéressé, mais on ne va pas chercher les autres, à qui on demande juste de faire en sorte que la mère récupère au plus vite »¹³⁵.

Gérôme Truc a lui aussi constaté que le père était plus sollicité par les soignantes pour être mari que père dans le service suite de couche concerné.

Les soignantes qui encadrent le monde médical de la petite enfance participent donc à perpétuer une division différenciée des tâches parentales en réservant la partie soin à la femme. Puisque l'on a constaté que dans le service de GHR, le père était déjà placé en position de spectateur, on peut en déduire que cette mise à l'écart du père commence dès avant la naissance. Elle s'introduit aux premiers moments de la construction de la parentalité dans le cas des grossesses à haut risque : elle commence dès qu'un contact plus étroit est établi avec le corps médical.

- Intégrer les normes pour de se réapproprier une part de l'expérience.

Les parents se trouvent dépossédés de leur grossesse qu'ils remettent entre les mains du corps médical. Néanmoins, les expériences d'hospitalisation sont longues pour la plupart, et passé le premier choc, une fois que le risque est connu et intégré, les couples élaborent des stratégies pour se réapproprier l'expérience. Ces stratégies sont fonction des ressources que le couple peut mobiliser.

Pour préserver leur projet commun, certains couples parviennent à conserver de petites enclaves d'intimité et à recréer leur complicité en dehors de l'encadrement médical. Ils reconstruisent ainsi des parcelles de « jardin secret » qui leur appartiennent et leur permettent de se préparer à devenir parent à deux. Ce type de reconstruction –garder le prénom pour soi, choisir de ne pas connaître le sexe- à la fois suppose d'avoir gardé une certaine autonomie par rapport à l'encadrement médical, et permet de préserver une partie de son autonomie, de réaffirmer son pouvoir de décision. Elles ne résultent pas forcément d'une réflexion préalable, mais les parents qui ont réussi prennent plaisir à se réfugier dans cette espace intime qu'il leur reste en répondant franchement « non ». Ainsi, d'une certaine manière ils se réapproprient l'expérience. Avoir la possibilité de se ménager ainsi des espaces intimes nécessite de parvenir à prendre une certaine distance avec l'expertise médicale. Cette capacité dépend de ressources personnelles. Mme H (30 ans, kinésithérapeute, pas d'enfant) par exemple, pratique un métier paramédical. Ses connaissances personnelles lui permettent de se préserver d'une incursion totale dans son expérience.

Moi : Vous connaissez le sexe ?

Mme H : Non.

Moi : Vous ne voulez pas savoir ?

Mme H : On a réussi à garder le secret jusqu'ici. On a deux prénoms pour chaque. En fait quand j'ai été hospitalisée dans la nuit je me suis dit et bien oui en fait je voudrais bien savoir. Et puis lui il a dit, sa manière à lui de se protéger en fait c'est de dire et puis même si ce bébé il naît et bien je crois que même, je ne voudrais pas savoir. Alors là je lui ai dit que là, vu qu'on avait passé 24 semaines d'aménorrhée, ce sont des enfants qui sont marqués sur le livret de famille. Ils ont un prénom, ils font

¹³⁴ Thierry Blöss et Sophie Odena, « Idéologies et pratiques sexuées des rôles parentaux. Quand les institutions de garde des jeunes enfants confortent le partage inégal », *Recherches et prévisions*, n°80, juin 2005, p.77

¹³⁵ Gérôme Truc, *Le congé de paternité, entre normes et pratiques.*, mémoire de maîtrise de sociologie, Université de Paris X- Nanterre et ENS Cachan, sous la direction de Martine Segalen et Jacques Comaille, septembre 2003, p 152-153.

partie de, enfin c'est un enfant quoi. Et ça il ne le savait pas. Forcément, il, il ne l'a pas vécu et heureusement. Et puis à ce moment là je me suis dit et bien on n'a pas besoin de savoir. Et puis du coup là toutes les semaines là je le rappelle bien.

Moi : Parce que vous aviez choisi dès le départ de ne pas la savoir ?

Mme H : Mmm. C'est marrant c'est la première question qu'il m'a posé quand je lui ai dit que j'étais enceinte.

Moi : Ah bon ?!

Mme H : C'est bizarre hein !

Moi : Qu'est-ce qu'il a dit ?

Mme H : Et bien je ne sais plus comment je lui ai annoncé, je lui ai dit et bien voilà, je suis enceinte. Puis alors il me dit mais c'est bien ! Et puis moi j'avais dû dire ça de manière tellement toute chose, alors que je savais qu'il serait heureux, c'était désiré hein ! Mais... Mais j'étais vraiment toute chose. Je ne réalisais pas vraiment. Et puis il me dit : « tu voudras savoir le sexe ? » moi je lui dit « non, je crois pas ». Sans réfléchir vraiment c'est sorti comme ça. Et puis il me dit « ben moi non plus » (Rires) et puis voilà et puis en fait on n'a jamais vraiment remis en question et puis on essaie vraiment de se dire qu'on verra...

Dans le cas de Mr C (35 ans, militaire, un enfant) et Mme C (34 ans, employée, un enfant), nous avons vu que c'est la colère et le sentiment d'un contrôle injuste qui leur a permis de se construire un espace commun d'opposition. Montrer que l'on a bien compris les tenants et les aboutissants du risque et revendiquer une autonomie dans le respect des consignes permet de se réapproprier l'expérience de la grossesse en en devenant actrice. *Je ne bouge pas parce que je l'ai décidé.*

Mme I (24 ans, assistante sociale, pas d'enfant) : C'est vrai que bon, j'aime bien écrire voilà des choses comme ça, et bien on réalisait que même assise, enfin, on m'a dit qu'assise c'était comme debout, donc en définitive je ne pouvais même pas me tenir assise. Donc c'est vrai que bon et bien il y avait des points sur, ne serait-ce que des trucs tout con quoi, on est mal, et c'est vrai que me mettre à la table assise ne serait-ce que pour pouvoir écrire normalement et bien c'est vrai que c'est déjà quelque chose qui, je ne dis pas que je ne peux pas du tout le faire, mais comme ce n'est pas conseillé et bien on se limite beaucoup, mais c'est vrai que on hésite parce qu'on se dit il suffirait que ce soit là qu'il se passe quelque chose, on s'en voudra etc. et donc après forcément et bien on ne fait pas quoi.

Ce comportement qui témoigne d'une intégration personnelle des consignes médicales permet aux couples de revendiquer leur « bonne parentalité ». Certes, leur grossesse nécessite assistance mais ils se comportent en tout point de manière à prodiguer les meilleurs soins au fœtus. Cette attitude leur permet d'être respectés par les soignantes qui reconnaissent qu'ils ont un comportement adapté.

Alors que le médecin discutait de la possible sortie de Mme I, il précise : « *mais chez vous, vous vous pensez capable de rester tranquille ?* ». La sage-femme prend alors la défense de Mme I : « *oh, pour elle il n'y a pas de doute ! Autant pour d'autres on ne sait pas, mais elle, elle est très sage !* » [Notes, avril 2007]

Leurs efforts pour se conformer à ce qui est attendu d'eux sont reconnus et cette reconnaissance les réhabilite dans leur estime d'eux-mêmes.

En outre, elle leur permet de se réapproprier une part des décisions concernant leur soin, car ils se sentent dès lors légitimes pour refuser des examens ou des actes qui leur paraissent abusifs. Cette possibilité de refus ne peut exister que lorsque leur bonne volonté a été maintes fois mise à l'épreuve et que les soignants leur reconnaissent le droit à l'autonomie, ce qui permet aux patientes de se saisir de ce droit. Mme I a fini par être en mesure de refuser un examen qu'elle estimait abusif et dangereux, mais il a fallu qu'elle se convainque de sa légitimité à refuser cet examen. Ses arguments pour le refuser sont d'ailleurs les mêmes que ceux habituellement mobilisés par les soignantes pour imposer des comportements : ne pas augmenter le risque. Elle ne souhaite pas que ce refus soit interprété comme une opposition irréfléchie aux soins qu'elle estime par ailleurs bénéfiques. On voit dans l'extrait d'entretien dans lequel elle relate cet événement combien elle a besoin de se justifier pour ce refus.

Mme I : C'est vrai que moi quand je suis rentrée ici, en fin de compte c'est que j'ai un col il me reste que cinq millimètres. [...] Donc c'est vrai que quand je suis rentrée les responsables du service tout ça m'avaient dit « bon écoutez de toute façon il ne vous reste que cinq millimètres de col, de toute façon il ne pourra pas vous ne rester moins que ça, s'il y en a moins c'est que vous accouchez. Donc on va éviter d'aller gratter au maximum. Tout ce qui est examens vaginales etc. on va éviter, parce que ne serait-ce qu'une fausse manœuvre on peut vous percer la poche des eaux et, ça peut se faire très vite quoi ». Bon et bien c'est vrai que c'est le genre de choses qu'on assimile très bien quand on vous le sort et c'est vrai que les trois premières semaines ça c'est passé très bien parce qu'on ne m'a pas fait d'échographie du col. Et puis donc la semaine d'après une interne m'a dit bon, je vous la passe parce qu'on va me demander de le faire. Donc effectivement ça faisait trois semaines que j'étais là, ça ne m'a pas choquée que, sauf que pendant trois semaines j'ai eu une interne différente qui me passait toutes les semaines une échographie du col. Sauf que la dernière fois j'avais eu super mal quand on m'avait passé l'échographie du col et je leur avait dit que j'étais un peu étonnée qu'elle m'en refasse encore une étant donné qu'à chaque fois on me dit qu'il me reste cinq millimètres [...] Et c'est vrai qu'après je n'avais pas été bien les deux jours qui ont suivis quoi. Donc bon la semaine d'après c'était la collègue donc j'arrive, elle me sort, « on fait l'échographie et puis elle me dit on va faire l'échographie vaginale ». Et moi je lui dit « écoutez non, je ne veux pas qu'on me fasse l'échographie du col dans la mesure où ça fait deux mois que je suis là, enfin un mois et demi que je suis là, il me reste cinq millimètres et ça ne peut pas être pire donc euh, la dernière fois je n'étais pas été bien ». En plus c'était un jour où j'avais déjà des contractions le jour où elle m'a passé l'échographie, donc je lui dit : « et bien je ne veux pas que vous alliez y gratter pour voir rien de nouveau. Je n'ai pas perdu les eaux donc c'est que le col n'a pas été modifié ». Donc sur le coup elle ne l'a pas très très bien pris, elle m'a dit « ben si vous le dites ! » enfin bon, voilà. Et puis le lendemain elle me dit « et bien finalement ils ont été de votre avis », enfin je le savais moi c'était le chef de service qui me l'avait dit. Elle me dit « finalement ils ont été de votre avis ils ont dit de toute façon, un millimètre de plus ou un millimètre de moins à cinq millimètres de toute manière »...et vous voyez ce sont des choses que ben ils ont du mal parfois à écouter en fait ce qu'on leur dit quoi. Mais ce n'est pas, ce n'est pas un caprice où je ne veux pas qu'elle me fasse une échographie vaginale c'est que je sens que ce n'est pas, je sens que ce n'est pas, ça ne sert à rien et en plus ça stimule plus qu'autre chose et

Moi : Et du coup quand vous avez dit non elle ne l'a pas fait ?

Mme I : Non, non, non. Elle ne l'a pas fait, non. Elle ne l'a pas fait mais elle n'a pas très bien apprécié. Bon après j'ai, je l'ai vu mais bon à la limite je m'en fichais parce que je serais enceinte de huit mois et demi ce n'est pas pareil, mais je veux dire j'étais enceinte de six mois et demi et je ne vais pas prendre le risque d'accoucher prématurément, enfin, j'ai assez de risques comme ça sans en susciter d'autres, sans ajouter des facteurs qui peuvent être évités parce que bon, c'est vrai que je comprends aussi parce que pour elles ça leur apprend aussi, c'est sûr, elles apprennent aussi sur nous, mine de rien on est quand même des cobayes, il faut dire ce qui est donc, mais bon, voilà, moi je veux bien servir de cobaye, mais il y a des limites !

Moi : Oui, bien sûr !

Mme I : C'est vrai que quand ça prend des risques après bon voilà quoi. Non, c'est vrai que la semaine dernière après j'étais, je n'étais vraiment pas bien, je ne voulais pas encore (Rires), mais bon, après pourtant je ne m'oppose pas aux soins ni rien mais il y a des limites. Après mince, ça n'engage pas que moi, je veux dire j'ai un bébé dans mon ventre, j'ai un papa qui attend à côté, je veux dire aussi je ne veux pas tout mettre en cause pour une échographie de mon col quoi, voilà !

En somme, pour obtenir des comportements qu'elles estiment adéquates, les soignantes utilisent la présence du risque comme un levier. Mais le respect de ces comportements permet aux patientes et par extension à leur conjoint de se revendiquer comme des personnes autonomes dans leur soin, et par là de se réapproprier une part de cette expérience.

Cette réappropriation leur permet, une fois qu'ils se sentent légitimé par la reconnaissance des soignants de réaffirmer leur autonomie parfois en s'opposant aux mêmes soignants.

L'hospitalisation dans le cadre d'une grossesse à haut risque a de nombreux impacts sur la dimension émotionnelle de la grossesse. Le risque qui pèse sur le fœtus entraîne pour les parents la nécessité de redéfinir leur investissement affectif. En effet, l'enfant qu'ils attendent pourrait ne pas naître vivant ou bien garder des séquelles liées à la prématurité. Les soignantes transmettent une double injonction : les parents doivent à la fois s'investir pour correspondre aux normes de la bonne parentalité et se préparer au deuil pour ne pas être anéantis en cas d'échec des soins.

Cette double injonction fait naître des incompréhensions, voire des conflits, d'autant plus que son expression dépend de la personnalité des soignantes autant que de la perception qu'elles ont des parents. Cette perception est construite par les soignantes à l'aide de critères qui dépendent de leurs propres représentations personnelles. Son expression est donc variable et les parents sont désorientés par les incohérences inhérentes à cette variation. Ils conçoivent alors un sentiment d'incapacité à être parents, alimenté par la perte de maîtrise sur leur expérience liée à sa prise en charge par le corps médical.

En effet, l'identité de parent est fortement corrélée à la capacité à être autonomes, alors que leur autonomie leur est en partie retirée car ils sont dépossédés de leur grossesse qui est confiée à l'expertise soignante. Par conséquent, leur rapport à l'expertise, qui dépend des ressources qu'ils peuvent mettre en œuvre pour se réapproprier une part de l'expérience, influence considérablement la construction de leur identité parentale : soit ils conçoivent un sentiment d'incapacité, soit ils parviennent à restaurer une partie de leur autonomie en intégrant les normes qui leur sont imposées par une référence continue et répétée au risque. Ces normes confortent la division sexuée des tâches parentales en plaçant l'homme en position de soutenir sa conjointe plus qu'en position de père. Ce faisant, elles bâtissent et entretiennent l'assignation sexuée des rôles parentaux.

Les malades et les bébés représentent les figures dépendantes par excellence et par conséquent les modèles des bénéficiaires du travail de care. Mais lors de l'hospitalisation en GHR, la femme n'est pas malade et le bébé n'est pas né. C'est un ensemble matriciel qui serait l'objet des soins. Mais cet ensemble matriciel est matérialisé par la femme enceinte qui est placée en situation de dépendance et a besoin de relations humaines. Son alitement nécessite un travail de care important aussi bien de la part de son entourage que de la part des soignantes.

CHAPITRE 5 : SOUTENIR. LA MOBILISATION DU CONJOINT ET DU RESEAU

Plus mari que père : l'expérience masculine

Dans le cadre d'une grossesse à haut risque, la femme enceinte est hospitalisée. Dépossédée de sa grossesse, elle doit s'en remettre à l'expertise des soignants. Mais l'homme, le conjoint de la femme enceinte, le futur père dont la future paternité est mise en doute par le risque, éprouve une expérience toute différente. Nous l'avons vu, la femme enceinte est exhortée à se comporter comme une bonne mère en accomplissant tout ce qui est dans l'intérêt du fœtus. Son conjoint est placé dans une position paradoxale : sa place reconnue dans le déroulement de la grossesse est celle de soutien de sa femme.

La difficulté commence avec la volonté de le nommer. « Père », il ne l'est pas encore. Etant donné l'issue incertaine de la grossesse, « futur père » est aussi juste que « futur ex futur père ». Il n'est pas non plus un patient. Tandis qu'il existe un vocabulaire pour désigner la femme enceinte, aucun terme n'est disponible pour désigner précisément l'homme dont la conjointe est enceinte d'un fœtus portant le projet de son futur enfant. A l'image des soignantes qui désignent les patientes sous le terme de « dames » pour contourner une difficulté du même type – ne pas réduire la femme à sa grossesse tout en ne lui attribuant pas le statut de mère ou future mère- ; je vais désigner les conjoints des femmes enceintes hospitalisées dans le service de GHR par le terme de « messieurs ».

L'expérience des messieurs est caractérisée par l'incertitude liée au risque pesant sur la grossesse et par l'hospitalisation de leur conjointe. Tandis que les femmes sont informées en temps réel de la situation de leur grossesse et que la totalité de leur temps y est consacrée, les hommes concernés dépendent d'elles pour obtenir les informations. La situation peut basculer alors qu'ils sont occupés à autre chose. De plus ils se retrouvent seuls au quotidien. Leur expérience se déroule principalement en trois lieux : l'hôpital, leur domicile et leur lieu de travail. Dans le cadre d'une grossesse à haut risque, leur parentalité se construit à travers ces trois dimensions de leur expérience.

- Les normes régissant la « bonne paternalité » donnent peu de place au père pendant la grossesse

L'expérience de la grossesse à haut risque d'un point de vue masculin est d'autant plus délicate qu'elle n'est ni reconnue, ni prise en compte en tant que telle. La femme est considérée comme la patiente –même si à travers elle, c'est le fœtus qui est visé-, alors que l'homme n'a pas de statut. Les difficultés émotionnelles qu'il rencontre ne semblent pas de l'ordre du dicible. Tout se passe comme s'il était normal que la future mère ait investi le fœtus mais le fait que le futur père puisse l'avoir investi émotionnellement lui aussi paraît difficile à concevoir. Il est en général entendu que le père commence la construction de sa paternalité¹³⁶ après l'accouchement. Par exemple, dans un article destiné aux professionnelles de la maternité pour les alerter sur le peu de place fait aux pères dans cette institution, on peut lire :

« L'accouchement donne à la femme un terme concret à sa grossesse, alors que pour l'homme tout reste à faire ! L'enfant présent, le père peut enfin établir son sentiment paternel. »¹³⁷

Ayant admis que grâce aux progrès médicaux concernant la procréation, de très nombreux fœtus –même si ce n'est pas le cas de tous- sont le fruit d'un projet parental élaboré en commun entre les deux parents. Dans ce cadre, on peut affirmer que le futur père commence la construction de sa paternalité dès que la grossesse de sa femme est confirmée. En effet, il élabore des représentations de son futur rôle : les parents se représentent l'enfant, font des aménagements dans la maison, etc. Pour Geneviève Delaisi de Perseval, il existe un tabou contemporain qui empêche l'homme d'exprimer les troubles psychiques que produit l'arrivée future d'un enfant¹³⁸. La dénomination des troubles affectant

¹³⁶ J'utilise le terme « paternalité » car il me paraît mieux retracer le processus de construction de l'identité de père que celui de paternité qui désigne plutôt un lien biologique ou social dans le cadre des liens de parentés.

¹³⁷ Françoise Quelvenec, Véronique Griffond... « Pères en maternité ou quelle place pour les pères dans l'institution maternité ? », in Paul MARCIANNO (coordonné par), *Le père, l'homme et le masculin en périnatalité*, Paris, Erès, p 33.

¹³⁸ Geneviève Delaisi De Parseval, *La part du père*, Paris, Le Seuil, 1981.

le père est plutôt péjorative : « la couvade », son implication personnelle dans la grossesse est plutôt connotée négativement.

Cette situation peut être expliquée en analysant les normes psychologiques qui semblent régir aujourd'hui la parentalité - les normes psychologiques supplantent et s'ajoutent aux normes morales pour étayer le jugement social des soignants-. Comme le dit très bien Colinde Cardi :

« La question n'est peut-être plus seulement celle d'une naturalisation de la différence. Ne faut-il pas plutôt parler d'une psychologisation de la différence ? »¹³⁹

Les normes psychologiques sont tout aussi exigeantes. Selon bon nombre de psychologues, le père a pour rôle de jouer le séparateur entre la mère et l'enfant. Parmi les psychologues les plus connus du grand public, très influent parmi les soignants, Aldo Naouri tient à ce sujet des propos quasi caricaturaux :

« C'est en pensant à lui d'abord et à lui seul que le père distrait la mère de sa disponibilité à l'enfant. Il casse ainsi de façon la plus efficace sa toute-puissance et la tire de sa propension paresseuse à laisser saturer son désir par ce que lui apporte la relation à l'enfant [...] Ce constat n'est pas destiné à interdire au père de s'occuper de son enfant. Loin s'en faut. La frustration n'est-elle pas le socle le plus solide de toute éducation ? Ce qui importe, c'est d'assumer et de faire repérer à l'enfant l'étendue et le pouvoir de la différence des sexes. Etant entendu que l'extrême sollicitude de la mère envers l'enfant s'inscrit naturellement dans la proximité que cette dernière entretient à cet enfant et qui fonde sa logique comportementale. Alors que toute attention de la part du père procède d'une véritable greffe sur sa logique comportementale naturelle. D'où, d'ailleurs, son intérêt et son mérite.

Ce qui ouvre le débat sur la place des interventions directes du père dans l'éducation des enfants. Le faire intervenir à tout instant et pour n'importe quoi, comme on croit pouvoir le faire, ne parvient qu'à l'« user » prématurément, ou bien à créer chez son enfant de véritables dégâts. L'appel direct à sa personne s'avère en effet dans une visée à long terme, devoir être économe jusqu'à la parcimonie. »¹⁴⁰

Dans ces quelques phrases, Aldo Naouri résume comment la psychologie vient justifier par des arguments biologiques la division traditionnelle des tâches concernant l'élevage des enfants, en la naturalisant de surcroît. Brandissant le spectre d'un réajustement de cette division qui serait « contre-nature », il conseille aux pères de se cantonner au rôle social de l'autorité, se positionnant d'emblée contre un partage égalitaire compris au sens d'interchangeable des rôles parentaux. Or, c'est bien ce qui se joue à travers la construction de la parentalité. La représentation des rôles parentaux régit les comportements de chacun des deux parents et détermine la répartition du travail domestique d'élevage des enfants dans le couple.

Toutes les positions psychologiques ne sont pas aussi radicales. Néanmoins, elles tendent généralement à nier que le travail de construction de la paternité puisse commencer dès la grossesse pour les hommes. Il est couramment admis qu'il commence le jour de l'accouchement et que les jours qui suivent sont déterminants pour l'établissement de liens entre le père et l'enfant, et pour une construction de la parentalité. Mon travail de terrain montre pourtant que les messieurs étaient très affectés personnellement par le risque de perdre le fœtus ; même si l'instant d'après, comme se rendant compte que ce sentiment était inavouable, ils ajoutaient « surtout pour ma femme », se rétablissant par ces quelques mots dans le rôle de père séparateur.

En plus de cette représentation de la non implication des futurs pères dans la grossesse, nous avons vu dans le chapitre 4 comment les interactions dans le service de GHR plaçaient implicitement les pères plus en position de mari qu'en position de futur père. Le rôle assigné aux messieurs consiste à soutenir leur conjointe hospitalisée. C'est d'ailleurs un rôle qu'ils ont pour la plupart bien intégré. Ainsi s'exclame Mr E (32 ans, technicien de maintenance, 2 enfants) au début de l'entretien :

Moi : Je voulais vous demander en fait de me raconter le moment, comment les soucis ont commencé en fait pour vous ?

Mr E : Les soucis. Et bien c'est surtout ma femme qui les a eus, ce n'est pas moi !

- Rendre visite ; le rôle de soutien de famille

L'acte le plus évident de soutien à la patiente consiste à lui rendre visite dans sa chambre pour se tenir à ses côtés, dans le fauteuil. Cette présence permet aux couples de partager une part de l'expérience corporelle de la femme enceinte hospitalisée. Plus il est présent, plus l'homme peut participer : voir certaines échographies, écouter grâce au monitoring les battements du cœur du fœtus.

¹³⁹ Coline Cardi, *op.cit.*, p 81.

¹⁴⁰ Aldo Naouri, « Pourquoi papa et maman ça doit être différent », in Georges Grenier (sous la direction de), *Fonctions maternelle et paternelle*, Paris, Erès, 2004, p 104.

La possibilité de présence à l'hôpital est variable selon les pères concernés. Elle dépend des tâches domestiques qui lui échoient –par exemple la présence d'autres enfants à domicile restreint beaucoup ce temps- de son emploi du temps professionnel –les messieurs continuent de travailler pendant l'hospitalisation de la femme enceinte- et de la distance de la maternité par rapport au domicile du couple. En effet, l'absence du conjoint est toujours justifiée par les patientes par l'une ou l'autre de ces obligations, comme si la situation « normale » était sa présence.

Les messieurs étaient plus ou moins présent suivant les couples : certains passaient presque la totalité de leur temps hors professionnel dans la chambre de leur conjointe et étaient présents tous les jours- comme Mr A (41 ans, comptable, pas d'enfant) ou Mr I (28 ans, ouvrier spécialisé, pas d'enfant)-, tandis que d'autres venaient deux fois par semaines –comme Mr G (32 ans, représentant commercial, pas d'enfant, domicile situé à deux heures de route de la maternité).

Mr A : Au quotidien bon, moi je n'ai pas pris, je ne me suis pas arrêté, je travaille toujours. Donc en sortant du travail je viens le soir de à peu près 7h30 jusqu'à 9h30. Je passe un moment avec elle. Après ce sont mes beaux-parents qui me nourrissent et puis je rentre chez moi et puis ainsi de suite toute la semaine et le week-end je pars de chez moi vers 8h30 et je rentre vers 9h, 9h30 ou comme ça.

Moi : Tout le long ?

Mr A : Voilà. Et quand je peux je viens entre midi et deux. Mais elle n'aime pas trop parce que quand je viens je ne mange pas donc ça l'embête. Donc généralement le mercredi je viens et je passe un petit moment entre midi et deux.

Mais si la présence du conjoint est sollicitée par le corps médical autant que par les patientes, c'est parce qu'il est entendu que le monsieur doit assurer un soutien moral à la patiente. Dans le cas où sa possibilité de présence est limitée, elle est souvent remplacée par de nombreux coups de téléphone. Les désirs du monsieur ne semblent pas entrer en ligne de compte, ou du moins ils ne sont pas dits. De la même manière que les femmes ne peuvent avouer douter de leur attachement au fœtus, les hommes ne semblent pas pouvoir avouer n'avoir pas envie d'être à l'hôpital. En quelque sorte, être présent auprès de sa conjointe revient à assumer ses responsabilités dans la grossesse. Personne n'a justifié une absence par un manque d'envie de l'homme. En revanche, certaines femmes peuvent l'avoir encouragé à ne pas venir les voir : soit pour qu'il se « change les idées », soit, m'ont-elles expliqué parce qu'elles ont envie de moments de solitude puisqu'au contraire des messieurs, l'ensemble de leur expérience se déroule entre les murs de leur chambre ; elles ne disposent pas d'espace personnel.

Ce soutien moral semble effectif, puisqu'à la question : « qu'est-ce qui vous a apporté le plus de réconfort ? » toutes les patientes que j'ai rencontrées m'ont répondu en premier lieu que c'étaient les visites de leur conjoint. Ces visites permettent de reconstruire une forme de quotidienneté et d'intimité au couple dont l'unité est mise à mal par la séparation physique de l'homme et de la femme. Comme l'a exprimé Mme C (34 ans, employée, un enfant): « *Je vais vous dire, heureusement qu'on tenait l'un à l'autre parce qu'il y en a qui serait parti.* ». D'ailleurs, toutes les patientes à qui j'ai demandé si je pouvais faire un entretien avec leur conjoint pendant l'une de ses visites se sont montrées réticentes, arguant d'un refus probable de la part de celui-ci. La probabilité de ce refus était attribuée à la timidité supposée du conjoint, ou à sa difficulté à verbaliser. En réalité, ils ont tous accepté et les entretiens se sont révélés très riches, ce qui m'a conduit à interpréter cette réticence comme l'attribution d'une grande valeur par la patiente au temps de présence de son conjoint. Elles craignaient de sacrifier un temps précieux. En outre, nous avons vu que l'institution médicale leur octroie le contrôle de l'information concernant l'expérience. Je suppose qu'elles redoutaient l'intervention du tiers que je constituais.

Moi : J'aimerais bien rencontrer votre mari ?

Mme A (36 ans, comptable, pas d'enfant) : Mon mari ? Je ne sais pas si lui il va vouloir vous rencontrer par contre !

Moi : Si vous pouviez le lui demander ?

Mme A : Ecoutez, je lui en parlerai ce soir, je lui avais dit que je devais vous recevoir. Et à ce moment là je lui demanderai s'il accepte. Je lui en parle. Mais je ne vous promet rien. Je ne m'engage pas pour lui, il est beaucoup plus timide et beaucoup plus introverti que moi. Donc, je ne suis pas sûre qu'il ait envie.

D'après mes observations, les visites des messieurs consistent à discuter avec leur conjointe, à regarder avec elles des émissions de télévision, à recevoir avec elles les visites de proches et à transporter un certains nombres de matériaux destinés à améliorer le confort de leur conjointe – linge, livre, produit de beauté, etc.- Il s'agit en somme de leur prodiguer du care sous la forme de soutien moral, tandis que le care relevant des besoins physiques est délégués aux soignantes et en particulier aux aides-soignantes. A ce titre, il est intéressant de souligner que l'absence d'un conjoint aux côtés d'une patiente entraîne un redoublement d'attention de la part des sages-femmes et la femme concernée se voit proposer la visite d'un psychiatre.

Cette réaction révèle combien le rôle affecté au conjoint est celui du soutien moral de la femme, mais aussi que ce rôle est reconnu comme utile. C'est en assumant cette fonction qu'il se verra reconnu comme un bon mari et par extension comme un bon futur père.

Comme les patientes, concernant leur conformité aux normes régissant la « bonne parentalité », les messieurs n'échappent pas aux catégorisations des professionnelles. A titre d'exemple, voici l'extrait d'un article écrit par deux sages-femmes, deux puéricultrices et un pédiatre (homme) à propos d'une étude qu'ils ont menée sur la présence des pères auprès de leur conjointe:

« Il était important selon nous de voir s'il existait une sorte de profil type ou spécifique des pères présents en maternité. Nous souhaitions le corrélérer avec l'âge, le nombre d'enfants et l'appartenance culturelle et ethnique.

Les jeunes pères seraient en général peu présents pendant la grossesse, tandis qu'ils le seraient plus volontiers lors de l'accouchement. A l'inverse, les pères qui ont en moyenne une trentaine d'année sont, eux, présents et attentifs durant tout le parcours de la femme, c'est-à-dire depuis le suivi organisé pendant la grossesse jusqu'au post-partum.

Il faut faire une mention un peu particulière aux jeunes pères maghrébins, qui sont peut-être plus présents à la maternité avant l'accouchement proprement dit. Cependant, ils n'entrent pas en salle de travail, sauf si la femme est couverte. Ils sortent à l'occasion de l'expulsion ou dans les moments qui l'ont précédée. En revanche, ils sont plus présents après l'accouchement.

Enfin, dans les milieux gitans, la salle de travail est en général occupée par un assez grand nombre de femmes. Elle appartient dès lors à leur clan tandis que les hommes restent dehors. A ce propos, les équipes ont constaté qu'il était souvent difficile d'identifier précisément le père, tellement se formait une sorte « d'agglutination » des hommes entre eux avec une difficulté à clairement repérer les différences généalogiques. »¹⁴¹

J'ai restitué cette citation car on y voit en creux comment se dessinent les contours normatifs du « bon » père comme « bon » soutien à sa conjointe. Il doit être présent, au minimum à l'accouchement, et plus il est présent, mieux c'est. En revanche, les maghrébins, par leur pudeur déplacée semblent abandonner leurs conjointes au moment le plus difficile. Mais le pire ce sont les gitans, car on ne sait même pas qui est le père. Nous sommes face dans ce livre qui se veut une réflexion à l'usage des professionnelles sur la place à accorder au père en maternité, aux mêmes processus de racialisation des conflits que j'ai décrits dans le chapitre 4 au sujet des patientes. Lors de mon travail de terrain, les messieurs étaient discrets et ignorés par les soignantes –même si elles étaient conscientes de leurs allées et venues-. Je ne dispose pas de données me permettant de travailler sur l'élaboration des normes de « bonne » paternité au travers des interactions. Cette question mériterait toutefois d'être travaillée en utilisant entre autre les rapports sociaux de classe comme grille de lecture pour comprendre comment la position sociale influe sur ces catégorisations¹⁴².

- La dimension professionnelle de l'expérience des messieurs

Si la maternité fait partie intégrante de l'identité féminine idéale, son équivalent masculin est le travail professionnel. En effet, les garçons accèdent à un statut d'homme lors de leur entrée sur le marché du travail. Ils peuvent ainsi remplir leur rôle dans la division sexuée traditionnelle des tâches qui leur octroie la responsabilité de subvenir aux besoins de leur famille. Comme le rappelle Pascale Molinier, les identités masculines et féminines se construisent dans un rapport l'une avec l'autre, et « l'identité masculine est indexée au travail »¹⁴³. Le « bon » père est ainsi par définition l'homme qui se montre capable de subvenir aux besoins de sa famille. Charles Gadea et Catherine Marry ont même montré un lien entre le nombre d'enfants et la réussite professionnelle des ingénieurs. Pour les ingénieurs, être père de famille, et en particulier de famille nombreuse apporte des gratifications symboliques –responsabilité, virilité- qui ont des retombées positives sur leur carrière. Cette corrélation peut s'expliquer de plusieurs manières qui permettent d'établir le modèle suivant :

« Le succès va au succès. La fécondité paternelle s'inscrit dans cette même logique. Les femmes font des enfants avec les hommes les plus aptes à assurer la position sociale du ménage et elles agissent de manière à favoriser leur réussite, en apportant leur soutien affectif et matériel quotidien, en entretenant un réseau relationnel mobilisable professionnellement, parfois en aidant directement le mari dans ses tâches [...] Les hommes recevant de cet autrui hautement significatif de tels signes de

¹⁴¹ Lila Audier, Annick Blancho... « La place des pères en maternité : à propos d'une enquête : quelques réflexions », in Paul Marcianno (coordonné par), *Le père, l'homme et le masculin en périnatalité*, Paris, Erès, p 26.

¹⁴² L'étude de la coopération asymétrique des normes de parentalité au travers des interactions entre parents et soignants constitue mon projet de recherche de thèse.

¹⁴³ Pascale Molinier, « Virilité défensive, masculinité créatrice », *Travail Genre et Sociétés, Le genre masculin n'est pas neutre*, n°3, mars 2000, p 39.

reconnaisances se sentent encouragés, voire forcés de répondre aux investissements dont ils font l'objet et développent une identité volontariste et optimiste, qui rencontre l'approbation de leurs employeurs. »¹⁴⁴

La dimension professionnelle tient une place importante dans la construction de la paternalité car elle est corrélée à l'identité masculine et virile de l'homme, à laquelle il se réfère pour construire sa représentation de son rôle paternel. La profession du père considéré par l'INSEE comme le « chef de ménage » permet de définir la position sociale de toute la famille à travers la catégorie socioprofessionnelle. Cet exemple permet de comprendre l'importance symbolique de la profession du père pour évaluer la « bonne » parentalité du couple.

Dans le cadre des grossesses à haut risque, l'activité professionnelle des pères revêt plusieurs significations. D'abord, malgré l'hospitalisation de leur conjointe, les messieurs ne quittent pas leur travail. La grossesse à haut risque ne les atteint pas dans la constitution de leur identité sexuée au contraire des femmes concernées. Ensuite, leurs horaires professionnels donnent un cadre temporel à l'expérience. A la différence des femmes qui sont alitées, les messieurs conservent un certain nombre de contraintes sociales qui régissent leur temps : ils rendent visite à leur conjointe entre leurs heures de travail. Le temps professionnel continue d'être prioritaire sur le temps hospitalier. Enfin, leur activité professionnelle leur permet de « penser à autre chose ». Il faudrait nuancer ces significations en fonctions des professions exercées, et voir si cette variable est significative, mais je ne peux le faire. Etant donné la taille de mon échantillon, je n'ai pas remarqué de différences visibles dans la signification du statut professionnel en fonction des catégories socioprofessionnelles, ni même en fonction de l'âge, alors que je fais l'hypothèse, guère originale, que ces deux variables influent fortement les représentations de la parentalité. Le travail professionnel permet aux messieurs de conserver une sorte d'ancrage social, des activités et une temporalité plus habituelle. Les femmes souscrivent à cette idée, à l'instar de Mme E (29 ans, auxiliaire de soin hospitalière, 2 enfants) qui désigne le temps consacré par son mari à son activité professionnelle comme une chance :

Mme E : Ben il a la chance de travailler, donc ça change bien les idées. Et puis la chance aussi, ben quand il rentre le soir : il n'a pas trop le temps, trop le temps, ce n'est pas qu'il n'y pense pas mais comme il dit, « je dois m'occuper des filles, il faut que je prépare leurs affaires pour le lendemain ». Laura il faut faire ses devoirs, là en plus elle a pas mal de contrôles la « titoune » alors euh comme il dit il y pense plus le soir, il dit « j'y pense plus le soir quand je suis dans mon lit et que tu n'es pas là ». Donc là ça lui manque beaucoup et puis au niveau du repas. Dès fois il mange et puis il parle pas parce que ben, si, il parle aux filles, mais il lui manque une présence adulte. Donc et puis nous ça fait un bout de temps qu'on est marié, même si je parais jeune. Je n'ai que trente ans, hein, c'est pour ça. Ça fait longtemps qu'on est mariés mais là je vois, on s'aimait déjà très fort, mais là c'est encore plus. Je le sens très près de moi, très à mon écoute. Je l'appelle deux ou trois fois par jour, ou lui il m'appelle, pour savoir si ça va, si ma journée c'est bien passée, qu'est-ce que j'ai fait aujourd'hui, et moi j'essaie de savoir si sa journée a été bonne. Parce que j'essaie de ne pas faire que tout tourne autour du bébé non plus. Parce qu'il y a la vie dehors qui continue. Alors je lui demande des nouvelles de mes filles, savoir si ça c'est bien passé, à la crèche si elle a bien mangé ; le quotidien. Enfin, les choses habituelles quoi. De façon à ne pas dramatiser plus que ce n'est déjà. Donc il me dit tout le temps : « oui, moi ça va, moi ça va toujours ». Il me dit « c'est surtout toi ». Je lui dit « moi tu sais c'est la même chose ».

On peut lire aussi dans cet extrait d'entretien les conséquences de la séparation du couple sur la construction de leur parentalité future.

Lorsque je les ai interrogés sur les conséquences de l'hospitalisation de leur conjointe sur leur pratique professionnelle, les messieurs m'ont fait part de la coopération qu'ils rencontraient à leur travail. Ils semblent que les collègues et les directions s'accordent pour reconnaître une situation exceptionnelle et se montrer coopératif pour dégager du temps. Par exemple, les collègues de Mr E (32 ans, technicien de maintenance, 2 enfants) comme ceux de Mr I (28 ans, ouvrier spécialisé, pas d'enfant) ont accepté de déplacer leurs horaires de travail pour les arranger.

Mme E : Non, de ce côté-là, même ses collègues de boulot hein, ils savent ; ils travaillent en deux ; ils sont d'astreinte. Il est technicien de maintenance. Donc il s'occupe des machines d'imprimerie [...], et donc là cette semaine il est d'astreinte. Et quand il est d'astreinte il fait 11h15-17h30. Donc il peut-être appelé dans la nuit jusqu'à 6h du matin. Puis après à partir de 6h, son collègue prend le relais. Le problème qui peut se passer, c'est qu'il soit appelé dans la nuit. Son collègue lui a dit : « si t'es appelé dans la nuit, n'hésite pas à me téléphoner, je prendrais à ta place ». Là déjà, là-dessus, ils sont très bien ses collègues de travail, il sait qu'il peut compter sur lui. Du moins pendant, jusqu'à ce que je sorte de l'hôpital, même après de toute façon, non, il est bien [?] Même lundi son chef il lui a bien dit de ne pas venir lundi [le premier jour d'hospitalisation]. Parce que mon mari il n'hésite pas à

¹⁴⁴ Charles Gadea et Catherine Marry, « Les pères qui gagnent. Descendance et réussite professionnelle chez les ingénieurs », in *Travail, Genre et Sociétés*, L'Harmattan, n° 3-2000, p 119.

faire des heures supplémentaire quand il y en a besoin. Même s'il n'est pas appelé, mais qu'il y a besoin d'un coup de main il vient. Donc...

L'employeur de Mr A (41 ans, comptable, pas d'enfant) se montre lui aussi très coopératif :

Moi : Et vous-même, dans votre travail et tout ça vous avez d'autres sources de soutien?

Mr A : Oui. Les gens sont pleins de sollicitude mais j'ai une direction, mais de toute façon pas seulement en cette occurrence là, mais depuis qu'on est dans cette situation, que ma femme est enceinte, on ne m'a jamais fait de difficultés. Je peux toujours prendre des jours pour aller assister aux échographies ou en cas de problèmes ou. Toujours un soutien quoi. Même si ce n'est pas forcément dit ou montré, enfin plutôt c'est montré, même si ce n'est pas forcément dit. Une certaine sollicitude, une certaine, on me demande des nouvelles, on ne me pose pas trop de question quand j'arrive un peu tard le matin ou quand je prends une après-midi.

Tout semble se passer comme-ci une expérience de ce type suscitait des solidarités professionnelles qui nécessiteraient un approfondissement pour être complètement explicitées.

Gérer le domestique : une redistribution complexe des tâches ménagères.

Pendant que la femme est hospitalisée, l'homme est seul à domicile. Il doit alors effectuer les tâches habituellement assumées par sa conjointe. Les travaux sur la répartition des tâches domestiques concordent pour affirmer qu'il reste très majoritairement effectué par les femmes. Isabelle Puech nous propose une description de cette inégale répartition :

« Globalement, les femmes consacrent deux fois plus de temps aux tâches domestiques que les hommes (5 heures par jour en moyenne, contre 2,5 pour les hommes). Et si l'on ne prend en compte que le noyau dur des activités (courses, cuisines, vaisselle, linge, soins matériels aux enfants), celui-ci est pris en charge à 80% par les femmes. En outre les hommes consacrent trois fois moins de temps à leurs enfants que les femmes [...] Lorsque l'on compare les deux dernières enquêtes emploi du temps de l'INSEE (1986 et 1999), c'est la lenteur de l'évolution qui frappe. En treize ans, la participation des hommes au travail domestique n'a augmenté que d'une dizaine de minutes par jour. »¹⁴⁵

Les couples concernés par l'hospitalisation en GHR n'échappent pas à cette tendance générale : le gros des tâches ménagères est effectué par la femme. Par conséquent, cette hospitalisation, puisqu'elle dure plusieurs semaines entraîne une réorganisation du travail domestique. On pourrait penser que l'ensemble des tâches échoit dès lors au monsieur. Mais la répartition de ce travail domestique qui est mise en place est plus subtile. Elle dépend d'abord de la quantité de travail. Celle-ci est fortement augmentée par la présence d'enfants car les soins nécessaires à l'élevage des enfants augmentent considérablement la quantité de travail domestique. Les couples concernés mettent en place des stratégies de diminution de cette quantité de travail, et mobilisent un réseau de proches, dont on verra qu'il est majoritairement constitué des proches de sexe féminin. Officiellement, cette redistribution des tâches qui s'appuie largement sur la mobilisation du réseau, vise à permettre un temps de présence plus important du monsieur auprès de sa femme pour lui procurer le soutien moral qui est attendu de lui. Ce qui permet au couple d'élaborer une expérience commune pour favoriser la construction de leur parentalité. D'une manière générale, cette redistribution, qui renvoie de nouveau la charge des tâches ménagères sur les femmes du réseau, confirme la division sexuée du travail domestique. En outre, la charge mentale de l'organisation de ces tâches continue en quelque sorte d'échoir à la femme, qui depuis son lit d'hôpital coordonne ce soutien des proches.

- Confier le travail domestique à l'homme soulève beaucoup d'hésitation

Comme l'exprime Mr E (32 ans, technicien de maintenance, 2 enfants), l'hospitalisation de sa conjointe reporte sur le monsieur la totalité des tâches ménagères qu'elle effectuait jusqu'à présent.

Mr E : Et bien les miens [mes soucis], c'est plus le souci de gérer la famille quoi. De gérer le manque de la maman, de gérer, on a deux petites filles, une de 8 ans, une de 2 ans et demi, donc c'est de gérer le quotidien en fait. Par rapport à l'école, par rapport à mon travail. Je travaille en équipe donc je suis soit du matin, soit du soir. Donc pouvoir gérer entre les voisins, la nourrice, moi, quand je peux aller les chercher où les emmener et puis voilà. C'est surtout ça les soucis. Et puis le quotidien, le linge, la nourriture, tout d'un coup, comme ça ! Sans être préparé !

C'est d'ailleurs une des données prises implicitement en compte pour décider de l'hospitalisation. Les soignants savent que les femmes font la plupart des travaux ménagers et c'est pourquoi ils préconisent l'alitement à l'hôpital

¹⁴⁵ Isabelle PUECH, « Le non-partage du travail domestique », In MARUANI Margaret (dir.), *Femmes, genre et sociétés, L'état des savoirs*. Paris, La Découverte, 2005, p 179.

plutôt que l'alitement à domicile dont ils soupçonnent qu'il ne permettra pas à la femme de rester complètement alitée, quoiqu'elle en dise. Certaines patientes sont ainsi autorisées par les soignants à rentrer à domicile si elles ont le sentiment que le conjoint va effectivement prendre le relais. Ce sentiment dépend de leur perception du père, lequel dépend des catégorisations entrevues précédemment. Cette perception les conduit à évaluer si oui ou non il relaiera suffisamment sa conjointe. Ainsi, malgré ses protestations, Mme C (34 ans, employée, un enfant) n'a pas été autorisée à rentrer. Mais souvenons-nous qu'elle avait été cataloguée comme fumeuse et donc potentiellement indisciplinée. Classification que son comportement défiant –lié au sentiment de persécution ressenti dès son premier jour (cf. chapitre 4)- a contribué à appuyer, d'autant qu'elle a souvent essayé d'avoir une autorisation pour sortir de sa chambre en fauteuil.

Mme C : Et puis à la fin à X (maternité de niveau 2 dans laquelle elle a été hospitalisée d'abord), j'arrivais à sortir un petit peu. Même si ce n'est pas longtemps. Mais le soir quand il venait, quand il rentrait du boulot, on prenait le fauteuil, on allait 5, 10 minutes dehors c'était assez quoi, moi j'en demandais pas plus hein, mais là si vous voulez à l'Hôtel Dieu ils m'ont dit c'est alitée ! Je n'ai même pas cherché à discuter avec, ce n'était même pas la peine. Je ne vais pas me rebattre à nouveau. Parce que c'est vrai que j'en ai fait des pieds et des mains à X pour sortir un peu. Et je ne voulais pas recommencer. Ils m'ont dit non, ils m'ont dit non, ça s'arrêtait là, et puis je savais que je ne resterais pas non plus.

En outre, Mme C recevait peu de visites, ce qui démontrait la faiblesse de son réseau de soutien qui s'explique par une implantation familiale très éloignée (ses parents et ceux de Mr C habitent à plus de 500 km de Clermont Ferrand). Cette méfiance des soignants concernant les comportements de Mme C paraît cependant n'avoir pas été justifiée, quand le risque de prématurité a été écarté et qu'elle a finalement pu rentrer chez elle, elle a adopté les comportements prescrits :

Mme C : Ma sortie, je l'attendais tant ! Je savais que j'étais chez moi, j'étais alitée mais ce n'est pas pareil, parce que chez moi je suis restée vraiment alitée hein !

Moi : Alors comment vous avez fait ? Vous êtes, c'était ici ? [L'entretien a eu lieu à leur domicile quelques mois après l'accouchement]

Mme C : Non, on n'était en bas. Mais j'avais mon lit toute la journée, j'avais ma voisine qui venait me voir, mon mari il faisait à manger le soir, il en faisait un peu plus comme ça j'avais juste à le chauffer au micro onde,

Mr C : Tout était encore en bas ?

Mme C : Oui, on était encore en bas. Ah, on dormait au-dessus. On dormait au-dessus. Mais on avait remis un lit en bas pour que je ne remonte pas sans arrêt. Comme tout se passait, on faisait à manger en bas, tout, on avait mis un lit en bas. Tout était organisé de façon à que je n'ai qu'à me lever pour aller aux toilettes.

Moi : Donc, vous avez réussi à rester alitée chez vous ?

Mme C : Pendant une semaine ouais.

Moi : Et vous souffriez moins de l'enfermement ?

Mme C : Ce n'était pas pareil, j'étais chez moi. Il y a une sage femme qui venait me voir tous les deux jours, monitoring, voir comment ça se passait quoi. Ce n'est pas le même, le contexte n'est pas le même non plus hein ! Vous êtes chez vous.

La décision de sortie appartient au médecin, mais les sages-femmes sont consultées car elles sont supposées être plus proches des patientes et donc pouvoir percevoir si elles adopteront un comportement adéquat. Outre les repères sociaux de catégorisation, la présence d'enfants à domicile influence aussi la décision des soignants qui considèrent qu'un enfant peut avoir besoin de sa mère. L'enregistrement fortuit d'une conversation entre Mme E et Clémence (sage femme, 30 ans, 6 ans de métier)¹⁴⁶, montre comment s'élabore ce type de décision dans les interactions :

Clémence : Vous avez deux autres enfants alors ? Et ils ont quel âge ?

Mme E : Oui, oui. Alors une de 8 ans et une de 2 ans et demi.

Clémence : Ouhou ! Et la petite de deux ans et demi ça va ? Elle ne vous réclame pas trop là ?

Mme E : (Sourit) Si, c'est ce que disais le papa justement là, si un peu quand même. C'est pour ça, j'aimerais bien rentrer mais bon, sous haute surveillance. C'est-à-dire avec sage femme à la maison.

¹⁴⁶ Cette conversation a eu lieu pendant un entretien enregistré.

Mr E : De toute façon si tu rentres, tu ne fais rien.

Clémence : Oui, il ne devrait pas y avoir de problème là. Le col n'est pas ouvert ?

Mme E : Non, justement, pas de contractions, pas de col ouvert, donc tout est OK quoi mais bon.

Clémence : Bon et bien il faut espérer que c'était un petit accident, une petite erreur de parcours et tout va rentrer dans l'ordre et voilà.

Mme E : Et voilà.

Clémence: En fait c'était rien hein.

Mme E : Par contre je me demande si, je pense qu'il faut que je reste alitée après par la suite je suppose ?

Clémence : Et bien si on vous dit qu'il n'y a pas de rupture, que c'est clair net, qu'il n'y a pas de rupture de la poche des eaux vous pourrez vivre votre grossesse normalement.

Mme E : Donc je pourrais me relever, faire les choses normalement sans, je pourrais amener les filles à l'école sans pour autant tout astiquer de haut en bas

Clémence: Oui, bon voilà, sans en faire trop non plus, mais oui, vous pourrez vivre votre vie. On va voir ce qu'il va dire le médecin demain.

Mme E : Ouais, d'accord. Je reposerai la question demain alors... C'est vrai dans un sens ce que je disais, ça me rassure beaucoup de me dire ça y est, je vais rentrer, mais c'est vrai que dans un autre, si je rentre et bien, s'il y a un problème comment ça va se passer... C'est.

Cet extrait montre comment la présence d'enfants à la maison plus la détermination affirmée du monsieur de seconder sa femme permet à la sage-femme de s'avancer vers l'idée d'une sortie. Cependant, il reste une incompréhension. La sage-femme pense que Mme E n'a pas de fissure de la poche des eaux alors que Mme E reste convaincue qu'il y en a une. Du coup, comme elle pense que cette fissure sera révélée le lendemain par le médecin, elle élabore des arguments en faveur d'une sortie avec son mari. Leur mutuelle leur propose de prendre en charge une aide ménagère à domicile, ce qui sera sans aucun doute un argument de poids, qui a aussi l'avantage de rassurer le monsieur quant à la charge qu'il aurait à assumer dans le cas d'un retour.

Mme E : Non, mais bon, je pense que moi je me dis que si ça se trouve je pourrais peut-être emmener mes filles à l'école. Non, mais je n'irais pas au boulot, mais bon, la mutuelle, ça peut peut-être servir à quelque chose. On peut peut-être toucher l'assurance. J'ai droit à une aide, pourquoi je n'en profiterai pas ?

Mr E : Non, mais là surtout qu'en plus, ce n'est pas de l'abus, t'es. C'est vraiment une nécessité quoi. D'avoir quelqu'un qui vienne comme ils ont proposé, deux fois par semaine, rien que pour faire le gros ménage et des choses comme ça, c'est quand même vachement bien. Parce que moi qui suis un coup du matin, un coup du soir euh, il faut. Ça ce sera quand même vraiment bien.

Le comportement des soignants, qui prennent acte de la répartition inégale des tâches ménagères, tend aussi à légitimer cette répartition. Tout se passe comme si personne ne pouvait concevoir que l'homme puisse effectuer ces tâches seul. Aucune patiente n'a trouvé ma question « et votre conjoint, comment il se débrouille ? » saugrenue. Au contraire, elle a trouvé tout de suite une signification dans la continuité de leurs préoccupations quotidiennes. Toutes les patientes que j'ai rencontrées ont émis des doutes sur la capacité de leur conjoint à s'en sortir seul, ce qui a toujours permis d'orienter la suite de l'entretien sur l'aide dispensée au conjoint par le réseau de connaissances du couple. Comme l'exprime Mme A (36 ans, comptable, pas d'enfant), ce manque d'autonomie qui pourrait être jugé négativement pour un homme adulte, futur soutien de famille, dans un contexte d'injonction sociale à la répartition égalitaire des tâches domestiques, est justifiée néanmoins par la nécessité de lui dégager du temps pour les visites.

Moi : Et comment il se débrouille lui pendant que vous êtes ici ?

Mme A : Et bien il se débrouille comme il peut (rire). Il fait beaucoup appel à mes parents donc voilà. Mes parents sont sur place. On n'habite pas très loin de toute façon ni très loin d'ici et ni très loin les uns des autres, donc voilà quoi, l'intendance c'est mes parents qui s'en occupent on va dire.

Moi : Et lui il a l'habitude de s'occuper de la maison ?

Mme A : Oui, effectivement. Mais le problème c'est que là on a laissé tombé les tâches je dirais ménagères et la logistique pour venir vers moi. Donc c'est pour ça que mes parents s'en occupent.

Cette tendance à fournir aux hommes le travail domestique apparaît complètement générale. La seule des patientes qui a d'abord affirmé avoir confiance dans l'autonomie de son mari est Mme E. Mais l'analyse de la situation concrète

montre que si Mr E semble savoir faire plus de tâches que les autres messieurs -ce que Mme E explique d'ailleurs par la nécessité qu'il a eue d'apprendre parce qu'elle avait des obligations professionnelles- ; il est tout de même inquiet de cette situation – il propose à son épouse d'engager une aide à domicile alors que ce type d'externalisation du travail domestique est étranger à leur situation sociale (ouvriers)- et il est largement soutenu par le réseau familial. Même si elle affirme son autonomie ménagère, Mme E est tout de même inquiète et s'occupe de lui assurer le soutien du réseau:

Mme E : Ce matin on a commencé à me parler de trois semaines, alors je vais vous dire, à rester allongée ! Donc hier soir mon mari vient me voir, avec ma petite dernière, donc j'ai commencé à lui dire « euh tu sais... » Alors il m'a dit qu'il avait commencé à s'organiser pour la semaine prochaine pour les filles tout ça, parce que il a besoin d'aller travailler quand même donc. Et puis un homme seul avec deux enfants à la maison, ce n'est pas quelque chose qu'on voit tous les jours donc, ce n'est pas évident ! Même moi, je suis ici, je suis un peu coincée bon, ça structure un peu. Voilà. [...] Déjà il, c'est un papa moderne comme on dit. Parce que moi déjà je faisais des soins à domicile pendant 7 ans, donc je travaillais, ben matin et soir, sauf l'après midi. Donc moi le soir souvent je ne rentrais pas avant déjà 9h30, donc en fait il allait chercher les filles, enfin il allait chercher Lola à cette époque là chez la nourrice. Donc déjà il fallait qu'il se débrouille pour le bain, faire à manger, quand j'arrivais j'avais juste à lui faire un bisous et elle allait au lit. Donc déjà il a toujours été débrouillard avant. Le seul souci comme tous les hommes, c'est le repassage. Pas le ménage. Le ménage, il n'y a aucun souci, je veux dire il fait très bien la poussière, et il sait très bien faire à manger, au contraire il fait mieux la cuisine que moi. J'aime bien quand il prépare à manger parce que lui quand il prépare à manger, il pense à son estomac. Alors c'est sûr que ça peut être que bon hein ! Non, ça se passe relativement bien et puis il est très entouré. Moi je fais en sorte que quand je téléphone à des tantes ou à ses parents de leur dire, ne le laissez pas, appelez-le. Parce que moi c'est une de mes grosses angoisses qu'il ne soit pas tout seul parce que pour moi ce n'est pas drôle d'être ici, mais en plus de le savoir tout seul dans son coin, ce n'est pas drôle non plus. Alors je veux que, moi j'ai du soutien, on m'appelle régulièrement, les gens viennent me voir, mais mon mari, c'est pour ça que je demande du soutien, parce que, il paraît fort comme ça, parce que il a une forte personnalité, mais je sais que c'est un gars qui a un cœur, un cœur d'artichaut quoi et que à tout moment... Là il fait le fort, parce qu'un homme, vis-à-vis de sa femme, il est obligé, il est chef de famille il est obligé de se montrer fort, mais je suis sûre que bon, il ne me le dit pas, mais je suis sûre que le soir ça ne doit pas être drôle non plus quoi. Mais ça va.

La deuxième partie de cet extrait montre comment une part de la charge mentale liée à la gestion du travail domestique reste dévolue aux femmes même sur leur lit d'hôpital. Elles s'inquiètent pour leurs conjoints et s'occupent de mobiliser le réseau.

Moi : Quand vous dites qu'il est entouré, il est entouré par qui en fait ?

Mme E : Par tout le monde. Mes sœurs elles adorent leur beau-frère déjà donc elles sont, elles se relayent pour aller faire le ménage, pour aller chercher les filles à l'école, si il est trop fatigué elles disent « allez va te coucher » et il va faire sa sieste, « on s'occupe des petites, on va chercher les petites et tout ». Donc là vendredi soir, belle maman elle va chercher Lucie à la crèche, elle la garde tout le week-end et ma sœur elle va chercher Lola à 4h30 et elle la garde tout le week-end. Donc, non, non, là-dessus. J'ai ma tatie D qui lui a téléphoné ce matin en lui disant « je viens pour faire le ménage et le repassage demain ». Donc non, vraiment il est bien entouré. Et D m'a dit, enfin, ma tatie D, m'a dit, je l'inviterais à manger un soir dans la semaine pour ne pas qu'il soit tout seul, ou le week-end ou je sais qu'elle le fera.

Nous voyons cet exemple à propos de Mme E, mais cette attitude de protection ménagère du conjoint est générale. Elle est adoptée par toutes les patientes, cela leur permet de conserver une part de leur rôle social de sexe et de cette manière elles restaurent leur identité féminine mise à mal par l'expérience de la grossesse à haut risque.

- Les stratégies de diminution du travail domestique

La première manière de limiter le travail domestique pesant sur les hommes est de mettre en place une stratégie de diminution de la charge domestique. Jean-Claude Kaufmann dans son étude sur les mécanismes de répartition des tâches ménagères a relevé qu'une des stratégies permettant un partage égalitaire des tâches consistait à les limiter au maximum, par exemple en ne repassant pas le linge. Mais il précise aussi que cette stratégie ne peut être que passagère parce qu'elle correspond à un moment de la vie du couple où l'évitement des tâches ménagères est socialement toléré, par exemple dans la culture estudiantine. Il montre que l'emménagement officiel et l'injonction

sociale de la propreté et de la présentation de soi qui l'accompagne augmentent la quantité de travail ménager; et que cette augmentation est toujours prise en charge par les femmes¹⁴⁷.

La période d'hospitalisation peut être abordée comme constituant un moment particulier durant lequel un moindre travail domestique peut être toléré. Il est limité à son strict minimum. Par exemple Mr C (35 ans, militaire, un enfant) nous explique comment il s'est nourri de manière à échapper à la nécessité de faire des courses.

Moi : Et pour les courses et tout ça, comment vous faisiez ?

Mr C : Je n'ai pas fait les courses en un mois et demi.

Moi : Vous mangiez ?

Mr C : Le midi je mangeais un casse dalle pour me dépêcher d'aller la voir le midi, et le soir je faisais avec ce qu'il y avait ici, là. Des pâtes, des, n'importe quoi en fait. Il y avait un peu de jardin en fait. Deux ou trois courgettes, avec rien on mange. Donc, en un mois et demi, je n'ai pas fait une seule course. A la fin il ne restait plus qu'un yaourt. (Ils rient tous les deux)

Moi : Et au niveau du ménage, du linge et tout ça ?

Mr C : Ben le ménage c'était pas un problème parce que la maison n'était pas finie donc euh, y'a peu de temps que, la cuisine y'a un mois qu'elle est faite, même pas. Donc on est en travaux, ça fait deux ans. Et puis le linge une machine par jour et puis on y arrive, ce n'est pas un problème.

Mme C : Le soir en rentrant.

Mr C : Un peu d'organisation puis c'est bon.

Moi : Heureusement que vous n'aviez pas d'autres enfants.

Mr C : Ah ouais ! (Dit sur un ton de soulagement manifeste)

Les habits des femmes hospitalisées sont à la charge de celles-ci. C'est à elles de s'organiser pour en disposer de propres. Yvonne Verdier a montré comment le linge est le porteur d'une symbolique qui en fait un support incontournable de l'identité féminine¹⁴⁸. Comme nous l'explique Jean Claude Kaufmann, cette symbolique se perpétue malgré les transformations sociales et familiales qui modifient la distribution des tâches ménagères. Parmi elles, le linge reste la tâche la plus spécifiquement féminine :

« [Le linge] est partout, à chaque instant, collant au couple comme il colle à la peau ; partout et à chaque instant porteur de significations très riches. Car il est une mémoire du rôle féminin modifié par l'idée d'égalité. Car il est un marqueur essentiel de l'identité personnelle bousculée par la constitution du nous conjugal [...] Le rapport au linge est devenu central dans ce changement [de la formation du couple et de l'intégration conjugale] : ce n'est pas un hasard si le repassage se fait problématique pour raison conjugale, si le port du jean ou l'achat d'un lave linge constitue désormais des indicateurs de conjugalité. La piste du linge permet enfin de comprendre pourquoi l'idée de partage égalitaire des tâches domestiques entre hommes et femmes ne parvient à s'appliquer que de façon très limitée, pourquoi les deux conjoints recomposent l'inégalité même quand ils ne le souhaitent pas. Là encore la réponse est dans les gestes qui disent le contraire des mots et des idées. »

¹⁴⁹

Le souhait de Mme I (24 ans, assistante sociale, pas d'enfant) de rentrer chez elle avant son accouchement pour pouvoir s'occuper elle-même du linge du futur enfant montre que la symbolique qui lie soin du linge et féminité, et par extension maternité, est toujours présente même si elle a pris des expressions concrètes différentes depuis la fabrication du trousseau de la jeune fille décrite par Yvonne Verdier.

Mme I : C'est vrai que ça peut paraître idiot, mais c'est vrai que j'aimerais bien rentrer chez moi ne serait-ce qu'une semaine avant d'accoucher, ne serait-ce que pour préparer ma valise, c'est tout bête, mais j'aimerais bien rentrer pour faire ces choses : préparer ma valise, ne serait-ce que faire le linge du bébé, pour pouvoir le préparer tout ça. C'est vrai que ce sont des petites choses. On me dit oh, mais le papa il pourra bien le faire. Je dis non, je n'ai pas envie que ce soit papa qui, j'ai envie que ce soit moi qui repasse le linge, qui le lave enfin qui, ce sont des trucs bêtes, mais c'est vrai que je n'ai pas envie. Je sais qu'il le ferait mais enfin bon.

¹⁴⁷ Jean-Claude Kaufmann, *La trame conjugale. Analyse du couple par son linge*, Paris, Pocket, 2006 [1997], 258p.

¹⁴⁸ Yvonne Verdier, *Façons de dire, façon de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière*, NRF, Paris, 2003 [1979], 347 p.

¹⁴⁹ *Ibid.*

Dans le cas des couples, la charge du linge personnel de la femme hospitalisée est la seule qui reste dans le domaine conjugal puisqu'elle n'est pas prise en charge par l'institution, au contraire de la nourriture de la femme par exemple. Les travaux liés au linge sont soit assumés par une personne du réseau, soit par le monsieur. Dans ce cas, les femmes le limitent au minimum, quitte à faire des concessions dans leur présentation de soi. Ainsi, si l'attitude consistant à rester en pyjamas peut être interprétée comme une identification au statut de malade, elle correspond aussi à une volonté de la femme de réduire la tâche d'entretien de son linge au maximum. Ainsi, Mme I, qui se maquille, porte des bijoux et utilise des soins pour le corps, ce qui ne correspond pas vraiment à une attitude de femme se considérant comme « malade », ne porte que des chemises de nuit. Elle explique cette tenue par la volonté de limiter le travail de linge à son conjoint.

Clémence (sage femme, 30 ans, 6 ans de métier) entre dans la chambre de Mme I. Elle remarque qu'il y a une nouvelle feuille sur le calendrier qui décompte les jours d'hospitalisation. Puis elle lui dit « *le rose c'est votre couleur, ça vous va bien!* ». Mme I répond : « *Ben oui, tout le monde m'offre des chemises de nuit roses. Celle là, je l'avais en arrivant, mais comme c'est lui qui fait mon linge, il me fallait assez de chemise de nuit pour que ça tourne quoi. Ma mère m'en a offert une, lui [son conjoint] m'en a offert une avec marqué « la vie en rose » et j'en ai eu une autre rose. Donc oui, je suis toujours en rose.* » [Notes, avril 2007]

Cette discussion autour de la présentation de soi montre que Mme I n'avait pas assez de chemises de nuit en sa possession pour en assurer le renouvellement. « *Comme c'est lui qui s'occupe du linge* » il faut simplifier celui-ci au maximum.

Mais cette stratégie de diminution des tâches ne suffit pas. Certains travaux domestiques ne peuvent être évités, en particulier ceux qui concernent le soin des enfants. Malgré le soutien d'un réseau, Mr E (32 ans, technicien de maintenance, 2 enfants) ne peut venir voir sa femme qu'un soir sur deux environ, car il est occupé par ses filles. Même s'il a l'impression de partager habituellement les tâches liées à l'éducation, on peut constater à travers l'exemple de la maladie infantine que les tâches d'élevage sont plutôt effectuées par Mme E (29 ans, auxiliaire de soin hospitalière, 2 enfants) et son absence révèle à Mr E combien ces tâches sont prenantes. Le temps de Mr E est accaparé par ses deux premiers enfants et il ne peut se consacrer à la construction de cette nouvelle parentalité en compagnie de sa conjointe.

Mme E : Et bien il vient tout le temps soit le soir, ou tard, [...] C'est pour ça qu'on n'est pas... Enfin, c'est difficile faut dire. Hier soir tu n'es pas venu.

Mr E : Ouai, mais bon voilà c'est...

Mme E : Tu ne viens que le soir, tu viens tard hein. C'est sûr qu'il y a des papas qui peuvent se libérer la journée, c'est sûr qu'ils ont plus de chance de rencontrer le personnel de la journée, mais ce qui est le plus intéressant c'est le personnel de la journée, ce n'est pas le personnel de la nuit ! La nuit on dort. Globalement ce n'est pas un problème quand même. Oui. Mais sinon, la journée euh.

Mr E : Ouai mais bon, il faut que je sois sorti du boulot et puis il faut gérer les petites aussi. Je ne peux pas emmener tous les soirs les petites ici, même si je le voudrais. Je ne peux pas. La grande elle a ses devoirs à faire, après il faut se coucher pas trop tard parce que le lendemain il faut retourner à l'école

Moi : Bien sûr !

Mme E : Non, et puis elles ont un rythme de vie aussi à la maison, il ne faut pas non plus tout bousculer parce que moi je ne vais pas bien quoi.

Mr E : Non, et puis en plus cette semaine c'est l'apothéose, elles ont chopé toutes les deux une gastro. Alors ça c'est pas de pot parce que, moi je me disais la nuit je vais pouvoir dormir un peu : zéro !

Moi : Ce n'est vraiment pas de chance !

Mr E : (souriant) : La nuit de, la nuit de dimanche à lundi et de mardi à mercredi ça a été une orgie à la maison.

Moi : Ca y est, ça va mieux ?

Mr E : Ca va mieux, ouais, ouais ça y est, ça va mieux, mais bon euh, mercredi matin ça a été médecin et après il fallait que j'aille poser les petites, boulot, non, là ça a été ; il y a eu des nuits, ça a été, ce n'était pas reposant, ce n'était pas reposant.

Moi : Et d'habitude quand elles sont malades, vous vous organisez comment ?

Mme E : mm, elles ne sont jamais malades en même temps !

Mr E : Ouais, c'est

Mme E : C'est la première fois que mes deux filles sont malades en même temps.

Mr E : D'habitude elles ne sont pas malades en même temps.

Mme E : Elles ne sont jamais malades en même temps.

Mr E : C'est-à-dire que par exemple si ma femme garde par exemple Lucie qui est malade, moi je me démerde quand je finis le boulot, j'emmène Lola à l'école, je vais la chercher, enfin, on s'organise de façon à ce que celle qui est malade bouge le moins possible. Et là c'était les deux en même temps : et moi tout seul (Rires)

A l'image de Mr C qui montre son soulagement de n'avoir pas eu d'autres enfants à s'occuper pendant l'hospitalisation de Mme C, les couples que j'ai rencontrés dans le service de GHR et qui n'avait pas d'autres enfants se rendait compte de la somme de travail domestique que leur présence aurait occasionnée en plus pour les messieurs. Ils se félicitent de cette situation. Cette dimension de l'expérience les retient même d'envisager une future grossesse, à l'image de Mme I :

Devant la date de sortie de Mme I qui se rapproche, la discussion s'engage avec Clémence (sage femme, 30 ans, 6 ans de métier), Marie (23 ans, élève sage femme de quatrième année) Mme I, Mr I, et le jeune frère de Mme I (19 ans). Clémence : « tiens ! Vous avez accroché le mois d'avril ». Mme I : « Il dit que le vendredi 13 il m'emmène. C'est vrai que je voudrais être chez moi ». Le frère : « Mais tu es plus en sécurité ici ». Mme I : « t'es comme maman toi ! C'est vrai que je suis plus en sécurité ici, mais plus ça s'approche, moins j'en vois la nécessité ». A une question de Marie, c'est Mr I qui répond, ce qui fait rire l'assemblée car il a acquis beaucoup de connaissance. Le frère : « pour le deuxième, c'est lui qui posera toute les questions ! » Mme I dit : « et bien il n'est pas fait le deuxième ! ». Clémence : « C'est vrai que c'est difficile ». Mme I : « oh, pas ça deux fois ! Et puis si un enfant m'attendais à la maison ce serait encore plus dur ! » [Notes, avril 2007]

Cette discussion tenue sur un ton léger, parce que les dates à partir desquelles le fœtus sera considéré comme étant hors de danger se rapprochent, fait écho à l'entretien que j'ai eu avec Mr et Mme I qui montre combien c'est en particulier la crainte que Mr I ait à gérer un autre enfant seul qui entraîne cette réserve :

Moi : vous avez envie d'essayer un deuxième ou ?

Mme I : Ah non, non non !

Moi : Pas dans la suite immédiate bien sûr

Mme I : On verra. Mais on se dit pas avant 3, 4 ans, non, non. Je pense que ne serait-ce que pour, pour digérer déjà ça, mais bon. Bon, on dit toujours que ça s'oublie, ça s'oublie effectivement mais je pense qu'on risque d'être marqués autant l'un que l'autre pendant un bon moment, donc c'est vrai que je ne suis pas sûre, je ne suis pas sûre d'avoir envie de, de re-signer et puis là on a de la chance on n'avait pas d'autres enfants, donc je vais te dire qu'il vient là tous les jours, c'est quand même à une heure de la maison, je vais dire ce n'est quand même pas la même chose. Il suffit que, que le bébé soit là, que ce soit pareil, et bien lui il se retrouve avec un bébé de quelques années sur les bras, je veux dire c'est beaucoup plus dur à gérer quoi parce que. Non, je ne pense pas que dans l'immédiat ce n'est pas au goût du jour hein. D'ailleurs c'est la première chose que j'ai demandé aux sages-femmes c'est quand est-ce que je peux reprendre une contraception après avoir accouché. J'ai dit parce qu'alors là ce serait vraiment la mauvaise blague hein parce qu'on a été vraiment vacciné. On fait construire en plus, je veux dire c'est mon copain qui fait la maison aussi donc là il a dû se taper tout ce qui est devis et tout ça pendant que j'étais hospitalisée, on a eu en plus tous les papiers à remplir à côté donc c'était vraiment galère galère hein. Donc là, je ne pense pas que ça sera, qu'on remettra ça. Je ne dis pas que j'en ferais un fils unique parce que bon, on va dire que ce n'est pas dans mon optique de n'avoir qu'un enfant, mais j'aime mieux dire que,

Mr I : On y réfléchira à deux fois

Mme I : Voilà. Je peux vous dire qu'on réfléchira bien, on pèsera bien le pour et le contre pour, on visualisera bien la situation dans sa globalité comme on dit parce qu'alors là !

Cette position, qui est partagée par beaucoup d'autres patientes montre combien l'incapacité supposée du conjoint à effectuer seul le travail domestique, et en particulier celui qui touche à l'élevage des enfants influence la construction de la parentalité dans le cadre des grossesses à haut risque. Malgré la stratégie de diminution de la charge de travail domestique adopté par les couples, une certaine part de ce travail est incontournable. Elle nécessite l'appui d'un réseau de proches qui vont suppléer la femme pour épargner le maximum de tâches au monsieur.

- Le soutien d'un réseau majoritairement féminin

Le soutien des proches aux couples qui font l'expérience d'une grossesse à haut risque prend deux formes. La première, la plus évidente, ce sont les visites, les cartes postales et les coups de téléphone qui rappellent à la patiente qu'elle n'est pas isolée. La seconde, c'est le soutien que constitue l'apport d'une aide concrète à l'accomplissement des tâches ménagères. Si les visites sont effectuées par des hommes et des femmes, nous verrons que l'aide ménagère est apportée uniquement par des femmes. La redistribution des tâches induites par l'hospitalisation de la femme enceinte respecte la division sexuée traditionnelle du travail.

Les visites des proches sont importantes pour le couple. Elles permettent à la femme hospitalisée de se sentir soutenue, elle lui apporte du réconfort matériel – fleurs, bonbons, magazines- mais surtout symbolique. Le déplacement des proches vers l'hôpital est compris comme une affirmation du lien qu'ils ont avec la femme. Ces visites sont importantes aussi pour l'homme. D'abord, si elles ont lieu en même temps que les siennes, il profite du contact. Ensuite, ces visites permettent souvent à la femme de trouver d'autres soutiens moraux que celui du père et des soignantes, ce qui soulage le père.

Mme A : Je suis très entourée côté famille donc j'ai déjà cette chance là. Outre mon mari bien sûr. Quand je dis, c'est les autres membres de la famille. Bon j'ai mes parents, j'ai ma grand-mère... Toute la famille est sur la région donc j'ai pas mal de visite [...]

Moi : Ce sont vos parents, votre mari qui viennent. Et qui d'autre ?

Mme A : Et bien, j'ai mon oncle et ma tante et puis j'ai des amis de mes parents, des amis... Des amis à moi, il y en a peu sur la région. Elles sont sur Paris. Mais bon, j'ai eu des coups de fil et puis sinon j'ai eu des collègues de travail qui sont venus me voir, j'ai pas mal de monde.

Moi : Et votre mari il vient tous les jours ?

Mme A : Mon mari il vient tous les jours tous les soirs. En sortant du travail. Il reste, bon ça dépend à quelle heure il arrive, ça varie forcément. Sinon il reste en principe jusqu'à 9H30-10H et puis il s'en va. Et puis le matin je vous ai dit, j'ai ma maman qui vient souvent vers les 8H30 à peu près et puis qui s'en va. Mon papa vient lui que l'après midi et puis ils s'en vont. Je suis rarement très longtemps seule hein.

Moi : Ça aide ça sûrement non ?

Mme A : Ah oui, c'est très important. Ah oui parce que bon, je ne suis pas quelqu'un qui a tendance à beaucoup réfléchir les choses, ce n'est pas mon tempérament, mais je veux dire, c'est vrai que c'est toujours mieux quand on a envie de parler d'avoir quelqu'un à côté de soi. Et puis bon, je suis une bavarde donc...

Bien entendu, ces visites, leurs fréquences, les personnes qui viennent, ont une logique sociale. Une visite de la mère de la femme n'a pas le même sens que celle d'une collègue. Mais je ne suis pas en mesure de mettre au jour ces logiques et leurs enjeux. Elles nécessiteraient une étude plus approfondie. Néanmoins, la fréquence des visites permet de percevoir la capacité du couple à mobiliser un réseau de soutien autour de leur expérience. Cette capacité dépend de la socialité habituelle du couple, et de son implantation géographique locale. De nouveaux arrivants dans la région ont moins de visites qu'un couple installé de longue date et qui de surcroît a de nombreux amis. Beaucoup de mes interviewés, huit couples sur neuf, habitaient à proximité de leur famille –souvent dans le même village ou quartier -. Je ne sais pas si cette donnée est significative car je n'ai pas de connaissance sur la mobilité spatiale des familles dans la région de Clermont-Ferrand. Le tableau des taux de mobilités (Annexe 3) montre que les ménages d'origine rurale – ce qui est le cas de 8/9 des ménages rencontrés- ont un taux de mobilité légèrement plus faible. Analyser ce faible taux de mobilité demanderait des informations plus précises que celles dont je dispose. Il reste que le constat de cette sédentarité est intéressant. Le seul couple que j'ai rencontré qui n'était pas originaire de la région est celui qui a reçu le moins de visite. Ils expliquent cette absence de visite par leur volonté de ne pas se mettre en situation d'être redevable plus que par leur implantation récente.

Moi : Vous aviez d'autres visites à Clermont ?

Mme C (34 ans, employée, un enfant) : Pas...

Mr C (35 ans, militaire, un enfant) : 2, 3, il y a un collègue qui est venu.

Mme C : Oui, un collègue, j'ai eu 2, 3 amis mais pas... vous n'allez pas aller ébruiter partout que vous êtes malade, que. Ça veut dire, pour moi dire que vous êtes là-bas, et bien en fait pour moi ça impose à la personne de venir vous voir. Donc c'est pour ça qu'on n'en a parlé à personne. Mais c'est après, quand on en a parlé qu'on nous a dit : bien pourquoi tu nous l'a pas dit que t'étais là-bas?

Mais c'est vrai que sur le fait, vous n'allez pas dire ben je suis hospitalisée à l'Hôtel Dieu. Pour moi, ça incite la personne, vous imposez à la personne de venir vous voir. Alors que

Moi: Et vous ne vouliez pas qu'ils viennent vous voir ?

Mme C : Non, moi je ne voulais pas que, je ne voulais pas imposer aux autres.

Mr C : On n'impose pas.

Mme C: Il faut que ça vienne de la personne même, sinon, c'est non. C'est pour ça que dès fois aussi, on a peut être du mal à rentrer en contact avec les gens. Ça c'est vrai. Mais vous ne pouvez pas imposer vos malheurs.

Les visites obéissent en effet aux logiques sociales du don/contre don. Elles placent ceux qui les reçoivent en position d'obligés. La distance géographique est un autre facteur de limitation des visites. Ainsi, la famille de Mme F (40 ans, assistante vétérinaire, pas d'enfant) habite dans le même hameau qu'elle et son mari, mais celui-ci est situé à deux heures de route de la maternité de l'Hôtel Dieu. Les visites qu'elle reçoit sont limitées aux week-ends ; en revanche son réseau apporte une aide concrète importante. Si les visites de la famille et des proches sont rares, elles sont compensées par de nombreux coups de téléphone. Visites et coups de téléphone sont considérés par les patientes comme constituant les principales sources de soutien après l'investissement de leur conjoint à leur côté. Ils permettent de limiter la coupure de la patiente avec son environnement social. Mme D (32 ans, fleuriste, pas d'enfant) nous fait part de l'émotion ressentie devant le soutien de ses clients :

Moi : Dans cette épreuve-là, qu'est-ce qui vous a apporté le plus de réconfort ?

Mme D : Le soutien de ma famille, de mes clients aussi beaucoup.

Moi : Oui ?

Mme D : Ouais, ouais. C'est surprenant mais il y en a qui m'appellent. Des gens auxquels on ne s'attend pas et qui nous appellent et qui nous disent, alors qu'il y en a d'autres qu'on attend et on n'a pas de nouvelles (voix se casse). Je crois que c'est surtout ça. Encore hier il y a une petite mamie que j'aime bien, que je n'ai qu'au téléphone en général, parce qu'elle passe les commandes par téléphone qui m'appelle et qui s'était rendu compte que ça ne répondait pas et elle s'était renseignée et elle savait que j'étais là, elle m'a appelée. C'est vrai que ça fait plaisir. Ouais. De se rendre compte que ils ne voient pas que la fleuriste en fait. C'est important quand même.

Elle est touchée par ce lien social maintenu bien que sa source –la relation commerçante- ne soit pas maintenue pendant l'hospitalisation (Mme D a dû fermer sa boutique). Mme H, au contraire, a souhaité que ses patients ne puissent pas la contacter pour préserver l'intimité de l'expérience qu'elle vit comme très personnelle :

Mme H (30 ans, kinésithérapeute, pas d'enfant) : Pour les visites, peut-être que dans d'autres conditions justement, si j'étais malade par exemple j'aurais peut-être envie de plus. Encore que je ne suis pas sûre de, enfin, pas très sociable dans le sens où l'internat je l'ai très mal vécu. J'ai beaucoup d'ami, j'aime bien, mais, à condition que j'ai mon intimité. Et quand il y a trop de gens qui viennent dans mon intimité ça ne me va pas. Et là finalement c'te chambre c'est mon intimité. C'est ma vie en ce moment. Et donc ça j'ai du mal à, puis bon, le fait que la situation ait été un peu angoissante quoi. Non, et puis je n'ai pas forcément envie de le partager avec des gens.

En somme, la fréquence et le sens attribué aux visites dépendent de la capacité du couple à mobiliser et de ses pratiques sociales. Il est intéressant de remarquer que le soutien moral apporté par les sages-femmes et dont elles considèrent qu'il fait parti de leur métier n'est pas relevé en tant que tel par les patientes. Elles trouvent que les sages-femmes sont très gentilles, qu'elles prennent du temps pour discuter. Mais elles ne les citent jamais comme une source de soutien, montrant qu'elles considèrent elles aussi que ce soutien fait partie de leur rôle soignant¹⁵⁰.

La deuxième forme que peut revêtir le soutien des proches consiste à effectuer une partie des tâches ménagères, officiellement pour libérer du temps aux messieurs. En interprétant cette redistribution des tâches ménagères selon une la division sexuée du travail, on peut constater qu'elle répond au besoin de ne pas brouiller les rôles attribués à chaque sexe à ce moment crucial de l'élaboration de l'identité parentale. L'absence de la femme conduit l'homme à effectuer des tâches qu'il ne faisait pas auparavant. Mais ce comportement est provisoire et appréhendé comme tel par les deux membres du couple. Une grande partie de la charge de travail est surtout assumée par les membres féminin du réseau : mères, belles-mères, sœurs et voisines. Un extrait d'entretien avec Mr et Mme I nous montre combien l'interprétation de cette aide peut-être différente. Tandis que Mr I (28 ans, ouvrier spécialisé, pas d'enfant) désigne comme tâches ménagères celles qui sont le plus directement en relation avec lui et qu'il pense effectuer, Mme I (24 ans, assistante sociale, pas d'enfant) montre qu'elle a une vision plus large que son conjoint de ce que représente

¹⁵⁰ Pour un approfondissement de cette question, se reporter au chapitre 6.

concrètement le travail domestique. C'est elle qui reconnaît et met en valeur l'aide apportée à son conjoint par les proches.

Moi : Et au niveau matériel concret, par exemple les courses ou le ménage, qui est-ce qui fait tout ça ?

Mr I : et bien c'est moi.

Mme I : c'est lui.

Moi : Vous le faisiez déjà avant ou pas ?

Mr : J'en faisais pas mal. [Mme G lève le sourcil] Pas mal, enfin normal quoi

Moi : Je ne veux pas créer de problèmes hein ! (Rires)

Mme I : Non, non c'est vrai qu'il, heureusement quoi, c'est vrai qu'il en faisait. Bon l'aspirateur des choses comme ça, bon l'aspirateur il savait mais la serpillière il ne savait pas mais il a découvert ! (Rires) Mais le repassage c'est pareil : il ne faisait pas mais là il s'y est mit aussi mais là, c'est vrai qu'il n'a pas beaucoup : il n'a que son linge à lui, quelques chemises de nuits à moi, mais bon. C'est pas, je veux dire ce n'est pas grand-chose non plus. Mais bon il travaille le matin, il fait les trajets donc.

Moi : Ce n'est pas trop dur au fait ?

Mr : Et bien au début pas trop, mais à force, la fatigue...

Moi : En plus vous faites les courses et le ménage vous-même.

Mr I : et bien je fais des courses le week-end, sinon la semaine je fais le ménage donc je dois rentrer vers 10 et quart. Le temps de prendre ma douche, de faire un petit peu le ménage et tout, il doit être 10h30 pour me lever à 4h moins le quart. Donc.

Mme I : C'est vrai que c'est un rythme un peu

Mr I : au début je pensais que ça serait dur, parce que je n'aime pas trop conduire de nuit, mais là ça va.

Mme I : Et puis ce qu'il y a c'est que bon, on a un chien et un chat. Bon, c'est vrai qu'on a pu s'arranger de ce côté-là avec la famille aussi.

Moi : C'est-à-dire : ils passent les chercher, ou ils sont carrément chez eux ?

Mme I : Non, non, ils sont chez nous à la maison, on les a laissés à la maison, mais bon, par ailleurs, comme là, quand il est là l'après midi, bon moi j'ai ma mère qui travaille jusqu'à 5h et quart, et vers 6h elle va, elle leur donne à manger, elle les rentre, elle ferme les volets, tout ça donc déjà, lui ça lui évite de le faire en rentrant. Et puis s'il y a du linge sur l'étendoir et bien en général elle lui plie bon, pour éviter, pour lui faire gagner un peu de temps quoi. Et puis, bon, voilà. Elle fait ce qu'elle peut. C'est vrai que si on a besoin d'une course ou quoi que ce soit, lui, il va le faire, les courses en général le week-end. En fait ce qui se passe, c'est qu'on a un appartement sur Clermont. Mon frère rentre sur Y le week-end et bon, lui le vendredi il reste chez mon frère jusqu'au dimanche. Comme ça ça lui fait déjà deux trois trajets en moins.

Comme le fait justement remarquer Mme I, il n'y a pas que les soins aux enfants qui font partie des tâches ménagères difficiles à restreindre. Le soin des animaux domestiques pose également un problème important que le réseau peut aider à résoudre. La mère de Mme H (30 ans, kinésithérapeute, pas d'enfant) garde son chien chez elle pour la durée de l'hospitalisation. Rappelons-nous que Mr et Mme C qui ont évité les visites pour ne pas devenir débiteurs de services. Mr C n'a pas fait de course ni de ménage pendant un mois, il est le champion de la stratégie de réduction de la charge ménagère. Par contre, ils ont dû accepter l'aide de leurs voisins pour prendre soin de leurs chiens.

Mme C : Et puis on a des bons voisins, il y a ça aussi.

Moi : Ils ont fait quoi pour vous les voisins ?

Mme C : Ils se sont occupés de nos chiens. Ce n'est pas grand-chose, c'est vrai mais

Mr C : On a eu de la chance là-dessus

Moi : Si c'est important parce que du coup vous n'aviez pas besoin de rentrer ici tous les jours.

Mr C : Le midi, le midi surtout. Parce que les chiens rester 12h enfermés la journée, c'était non quoi. Donc on avait donné les clés et ils venaient lâcher les chiens, ils les prenaient carrément chez eux,

Mme C : Ce qui permettait aussi le soir que tu restes un peu plus longtemps.

Mr C : Voilà, le soir, je n'étais pas obligé de rentrer directement ici, j'allais directement à l'hôpital.

Mr E assume le soin de ses filles, mais on peut constater avec l'extrait d'entretien ci-dessous qu'il est largement supporté dans cette tâche par le réseau du couple.

Moi : Techniquement, qui est-ce qui vous aide ?

Mr E : Et bien c'est, il faut, faut s'organiser, faut être très, faut tout planifier quoi. Faut tout planifier et puis. Non, ça se passe bien. Ça se passe bien, ça se passe bien. Et puis bon, tous nos copains, nos amis qui nous aident beaucoup donc fonction de comment je travaille, il y a quelqu'un qui les emmène, il y a quelqu'un qui va les chercher, où moi si je peux. Non, ça se passe bien. C'est un petit peu journée par journée et puis après, la semaine prochaine ce sera, si elle ne rentre pas, on ne sait pas encore, et bien ça sera un peu plus facile parce que je vais être de la journée et toujours du matin donc une fois que j'aurais callé une journée ce sera plus simple pour moi.

Moi : Et qui est-ce qui vous aide en fait exactement ? Vous pouvez m'énumérer un peu

Mr E : Nos voisins, mes parents,

Moi : Vos deux voisins, le couple ? C'est un couple ?

Mr E : Oui, c'est un couple. Et bien surtout la femme et puis lui aussi qui nous amène le pain etc et bon, des choses comme ça quoi.

Mme E : Et mes sœurs.

Mr E : Et tes sœurs qui ont beaucoup aidé pour faire du linge et puis j'ai une tante qui n'habite pas très loin de chez nous qui m'a beaucoup aidé pour le linge et puis qui a fait un petit peu l'intérimaire entre tout ce qui est linge surtout, oui, tout ça.

Moi : Et votre voisine elle fait quoi ?

Mr E : Notre voisine elle me les a gardé l'après midi pendant que je viens là, après elle va les chercher à l'école souvent, à la halte garderie aussi, tout ça quoi.

Moi : D'accord. Et donc vos beaux-parents c'est ça ?

Mr E : Mes parents ?

Moi : Vos parents.

Mr E : Mes parents, moins, ils sont un peu plus loin, donc c'est moins facile pour eux, par exemple pour l'école et tout ça, mais là par exemple ce soir ils ont amené un carton avec de la nourriture, des bricoles, et puis là ils me les ont pris pour le week-end. De façon à soulager plus de temps, comme je travaille demain matin. Je ne traînerais pas ici parce que demain matin je prends à 4h30 donc...

La solidarité familiale et amicale qui se forme autour de Mr E laissé seul avec ses deux filles est facile à comprendre. Dans la représentation classique de la répartition des soins aux enfants, il est inimaginable de laisser un père face à de telles responsabilités. Les enfants sont considérés comme ayant besoin de leur mère, ou au moins d'une présence féminine. En revanche, la solidarité organisée autour des hommes sans enfants est plus étonnante. Mme F (40 ans, assistante vétérinaire, pas d'enfant) nous raconte ainsi comment le réseau de solidarité féminin autour des tâches ménagères s'est élaboré avant même qu'elle ne quitte son foyer, ce qui rend caduque l'explication selon laquelle les tâches sont effectuées par d'autres femmes afin que les messieurs puissent disposer de plus de temps auprès de leur conjointe.

Moi : Comment ça se passe à la maison ? Comment il fait ?

Mme F : Il fait des choses qu'il n'avait jamais fait en fait. C'est ce que je disais, heureusement qu'on a pas d'autre enfant parce que, ce ne serait pas facile. On est que tous les deux. Mais bon, il se débrouille. Ça va quoi.

Moi : Concrètement, il fait son ménage ?

Mme F : Ouais, bon, je n'ai pas vu quoi. J'ai ma sœur qui va venir de temps en temps pour faire le ménage. C'est lui qui me fait mes lessives, il m'emmène mon linge, il me fait mes lessives. C'est lui qui se fait son repas. Ses courses, non, ça c'est ma sœur qui va les faire les courses. Elle va remplir le frigo. Elle l'avait rempli juste avant que je parte donc. C'était elle aussi qui m'aidait parce que moi je ne pouvais pas faire de courses parce que. Donc là, et puis bon, c'est vrai qu'on a des collègues tout ça et de temps en temps il est invité donc ça va quoi. J'ai eu pas mal de monde qui m'ont aidé quoi.

Parce qu'à la fin je ne pouvais plus faire de repas. Donc j'ai ma mère, j'ai ma sœur, j'ai ma tante qui habitent autour de moi donc. Qui venaient une après midi par semaine à tour de rôle, qui me préparaient le souper et le dîner pour le lendemain quoi. Mais c'est vrai qu'heureusement hein ! Sinon je ne sais pas comment j'aurais fait ! Ma voisine est arrivée avec son plat de frite et sa salade. Tout le monde m'a bien aidé quoi. Et les parents de mon mari aussi. Enfin c'est vrai que c'est peut-être mieux de mon côté quoi. Mais ses parents viennent me voir, souvent ma maman amène des plats tout préparés. Voilà quoi. Mais c'est vrai que ce n'est pas facile.

Il faut d'ailleurs noter que les femmes ont au premier abord une certaine réticence à expliquer comment leur conjoint est aidé à domicile, comme si reconnaître qu'il n'était pas autonome en leur absence revenait à reconnaître qu'elles assument la plus grande part des tâches ménagères lorsqu'elles sont là. Cette répartition inégalitaire est difficilement avouable car le modèle idéal contemporain valorise la répartition égalitaire, dont les différentes études montrent qu'elle reste le plus souvent une utopie. C'est en effet aux femmes qu'incombe traditionnellement l'organisation domestique. Il est donc considéré également comme de leur responsabilité d'exiger une répartition plus égalitaire de celle-ci. Les hommes ont moins de difficulté à reconnaître le soutien dont ils font l'objet, du moment qu'ils en ont conscience, à l'instar de Mr A (41 ans, comptable, pas d'enfant) :

Mr A : Je ne m'occupe pas, non de rien. Je ne fais pas de courses parce que ce sont mes beaux-parents qui me font à manger, le ménage et bien il n'y en a pas parce que je ne suis jamais là, à part le soir.

Moi : Et le linge ?

Mr A : Le linge je le donne à ma belle mère.

Moi : Aussi ?

Mr A : Oui oui. Et même, elle passe le prendre.

Les difficultés autour de la maternité mobilisent des solidarités féminines. L'importance des réseaux de soutien et de l'aide concrète dont bénéficient les couples concernés montre qu'il ne s'agit pas de services isolés. Il s'agit bien d'une organisation sociale qui conduit les femmes de l'entourage à aider la femme hospitalisée à assumer son rôle de travail reproductif. Car à travers le service rendu aux hommes par la prise en charge de leurs tâches ménagères, c'est bien la femme qui est l'objet du soutien. Nous avons vu que la charge mentale de l'entretien domestique continue à la tourmenter à l'hôpital. En assumant ce travail domestique, les autres femmes de son réseau lui permettent de supporter l'éloignement de son foyer. Elles lui assurent, à ce moment crucial de reconstruction identitaire que constitue la parentalité que, malgré le changement de statut, l'organisation domestique demeure identique. Ainsi, si le soutien du réseau accorde du temps aux messieurs pour soutenir leurs conjointes, il permet aussi que les tâches ne soient pas réellement redistribuées, assurant la pérennité de la division sexuelle du travail : aux hommes le travail professionnel, aux femmes le travail domestique.

CHAPITRE 6 : LE CARE AU CŒUR DU TRAVAIL SOIGNANT

La division sexuée des soins professionnels

L'étude d'un service de maternité conduit à se poser la question de la division sexuée du travail. En effet, non seulement la majorité des professionnel-le-s sont des femmes, mais la maternité même est un rôle traditionnellement dévolu aux femmes. Par conséquent, étudier l'élaboration des normes de parentalité à l'hôpital impose de réfléchir aux implications de ce déséquilibre entre les sexes sur les normes véhiculées par les soignantes. De manière analytique, le travail de soin peut être décomposé en trois dimensions. Le travail de cure désigne les soins médicaux au sens technique du terme : administration des traitements, piqûres, mesures médicales. Le travail de care consiste à prendre en charge l'ensemble des besoins des personnes en situation de dépendance. Il comporte deux dimension : le travail de care physique – qui pourvoit à l'ensemble des besoins physiques de l'individu : toilette, nourriture etc.- et le travail de care émotionnel –qui consiste à prendre soin des besoins moraux et affectifs-. Il faut cependant garder à l'esprit que les frontières délimitant ces dimensions ne sont pas fermement définies : une piqûre par exemple peut-être faite avec attention et par conséquent nécessiter une part de travail de care.

Le travail de soin effectué par les soignants est implicitement divisé de la manière suivante : les médecins, en charge de la dimension technique des soins, prescrivent et coordonnent le travail de cure. Les internes effectuent une partie de ce travail de cure. Les sages-femmes sont chargées de la partie du travail de cure la moins valorisée, ainsi que du travail de care dans sa dimension émotionnelle. Les aides-soignantes s'occupent des besoins physiques des patientes : elles sont en charge du travail de care dans sa dimension physique, mais effectuent également une part de sa dimension émotionnelle. Or, excepté les médecins, l'ensemble des professionnelles sont des femmes, ce qui reproduit dans les représentations des parents un schéma selon lequel les tâches de care sont implicitement considérées comme faisant partie du rôle féminin.

- Une répartition qui associe hiérarchie professionnelle et hiérarchie entre les sexes

Afin de faciliter la réflexion pour cette partie, je vais dissocier les principaux corps de métiers présents dans le service. Alors que les professions de santé sont majoritairement exercées par des femmes -72.9% des emplois de ce secteur sont occupés par des femmes en 2005-, c'est parmi les médecins que la proportion de femmes est la moins élevée¹⁵¹. C'est aussi la profession de santé la plus prestigieuse. Bien que cette profession soit ouverte aux femmes depuis 1881 pour l'externat et 1886 pour l'internat¹⁵², les femmes ne représentent en 2004 que 37.2 % des médecins. Cette faible proportion de femmes s'explique par le fait que la profession de médecin nécessite une qualification importante que l'ensemble du système de hiérarchisation sociale entre les sexes rend plus difficile d'accès aux femmes. Par exemple, Geneviève Paicheler montre que les femmes médecins sont l'objet d'une plus forte sélection sociale que les hommes. Elles sont plus nombreuses que les hommes à avoir un parent ayant fréquenté l'université.

« Si pour les hommes, le choix de la profession médicale a correspondu en partie à une ascension sociale, essentiellement de la classe moyenne, pour les femmes, c'est l'appartenance à un milieu social déjà privilégié, ouvert, moderne, et, nous le verrons, urbain, qui a déterminé ce choix de carrière »¹⁵³.

D'autre part la médecine est traditionnellement une profession prestigieuse, et par conséquent elle était pendant longtemps réservée aux hommes tandis que les femmes étaient cantonnées au rôle d'infirmière sous leur direction. La diminution du prestige de la profession est d'ailleurs à mettre en parallèle avec sa féminisation lente mais néanmoins continue¹⁵⁴. En effet, comme l'exprime Christine Guionnet et Erik Neveu¹⁵⁵, dévalorisation et féminisation des professions sont souvent corrélées. Mais il y a un débat pour déterminer si une profession s'ouvre aux femmes parce qu'elle est préalablement dévalorisée, ou si elle est dévalorisée parce qu'elle commence à être exercée par des femmes. Débat que Nicky Le Feuvre nous restitue en quelques mots :

« En analysant la littérature sociologique la plus récente et en schématisant quelque peu, il est possible d'identifier au moins quatre perspectives théoriques concurrentielles sur la féminisation des professions d'élites : celle qui met l'accent sur les processus de reproduction sociale, celle qui

¹⁵¹ Chiffre de Sabine Bessière, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue Française des Affaires sociales*, « Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », 1, 2005, p 19-33. Pour tous les chiffres sur les professions de santé, se reporter au tableau de Sabine Bessière Annexe 4.

¹⁵² Geneviève Paicheler, « Carrières et pratiques des femmes médecins en France (1930-1980) : portes ouvertes ou fermées ? », in Pierre Aïach, Dominique Cebe, Geneviève Cresson, Claudine Philippe (ss dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*. Recherche Santé sociale, Rennes ENSP, 2001, pp 179-197.

¹⁵³ Geneviève Paicheler, *op.cit.*, p 183.

¹⁵⁴ Selon Sabine Bessière *op.cit.*, l'augmentation de la proportion de femme médecin devrait continuer à s'accroître pour atteindre la parité aux alentours de 2020.

¹⁵⁵ Christine GUIONNET et Erik NEVEU, *Féminins/Masculins : sociologie du genre*, coll. U, Armand Colin, 2004, 286 p.

postule une « féminisation » des pratiques et valeurs professionnelles, celles qui révèle une « virilisation » des femmes qui entrent dans ces professions et, enfin, celle qui s'intéresse aux possibilités de transformations/ dépassement du genre ouvertes par la féminisation des professions d'élite »¹⁵⁶.

Il est probable que ces quatre perspectives révèlent des données structurelles qui se conjuguent différemment selon les situations. Au sein des médecins, les spécialités sont hiérarchisées en fonction du prestige qui leur est attaché. Les spécialités les plus choisies par les femmes sont celles qui se trouvent plutôt au bas de cette hiérarchie, par exemple pédiatrie et gynécologie médicale en ce qui concerne mon étude sur la maternité, comme le décrit Sabine Bessière :

« Ainsi, la gynécologie médicale est exercée aujourd'hui à 80% par des femmes. Elles sont devenues majoritaires en pédiatrie, dermatologie, anatomie, ainsi qu'en santé publique et génétique médicale [...] En revanche les disciplines médicales qui restent les plus cotées dans le milieu médical, comptent moins d'un quart de femme [Elles sont 19,8% en gynécologie obstétrique]¹⁵⁷. »

A la maternité de l'Hôtel Dieu, j'ai pu voir quatre gynécologues-obstétriciens en activité, dont une seule est une femme. Elle m'a d'ailleurs parlé par hasard après une réunion tendue entre médecins de la difficulté à faire reconnaître ses compétences techniques par ses collègues lorsque l'on est une femme. L'ambiance imposée par les médecins est parfois franchement sexiste en staff où le gynécologue obstétricien fait des remarques sur la nature des femmes, ou bien, comme nous le montre cet exemple, où l'autorité des hommes est réaffirmée sur leurs collègues féminines de manière implicite :

Début du staff inter maternité. Une interne s'approche du pédiatre (homme, environs 50 ans). Il lui fait le baise-main. Elle semble habituée. Puis il dit : « mais on est en obstétrique ici ! » Il la fait basculer par la main qu'il tient toujours et lui met une claque sur les fesses. Ça ne la fait pas vraiment rire, mais elle dit : « ça c'est un vrai bisous d'obstétrique ». Elle lui parle de son sujet de thèse puis lui dit qu'elle est allée le matin même à l'enterrement d'un enfant de trois ans et demi qu'elle suivait. Il lui dit : « t'as pas fini ! ». La surveillante ajoute : « il faut te fermer, il faut te détacher ». [Notes, Décembre 2006]

Malgré la féminisation de la profession médicale, le partage traditionnel des rôles sexués est respecté à la maternité. La seule exception est le Dr M (femme, environ 45 ans, gynécologue-obstétricienne) qui dépense beaucoup d'énergie à faire reconnaître ses compétences médicales par ses collègues en s'interdisant absolument tout épanchement émotionnel qui serait aussitôt qualifié de « sensibilité féminine » – elle est même qualifiée de personne « froide », qualificatif souvent attribué aux femmes qui adoptent des comportements virils-. Les médecins, qui sont les seuls hommes du service, sont aussi les preneurs de décisions. Ils sont en charge de la dimension technique des soins : leurs consultations sont rapides et les décisions médicales sont rarement prises au contact des patientes, mais plus généralement en staff, à partir des dossiers constitués par les internes et les sages-femmes. Les internes, exclusivement des femmes dans cette maternité au moment où j'ai fait mon enquête, étaient plus souvent en contact avec les patientes. Néanmoins, comme le souligne Anne-Laurence Penchaud¹⁵⁸ dans son travail sur les internes en médecine, le détachement émotionnel fait partie du bon comportement médical et à ce titre il constitue une partie de l'apprentissage des internes. Elles se comportent donc dans les interactions avec les patientes de la manière la plus détachée possible.

En 2004, 99% des sages-femmes étaient des femmes, même si la proportion d'hommes dans cette profession tend à s'accroître lentement, en particulier depuis la réforme de 2002 qui lie l'accès aux écoles de sages-femmes au classement obtenu au concours PCEM1 (concours de médecine). Cette association de la formation de sage-femme avec la première année de médecine répond à une demande de reconnaissance professionnelle émanant des sages-femmes elles-mêmes. Toutefois, la proportion de garçons dans les promotions de sages-femmes reste stable depuis 2002 (1 à 4 garçons par année)¹⁵⁹. Cette énorme majorité de femmes dans la profession n'est guère étonnante si l'on considère qu'elle est issue de la professionnalisation d'une figure traditionnelle et inconditionnellement féminine qu'a décrite Yvonne Verdier : la « femme-qui-aide »¹⁶⁰. La profession de sage-femme était tout d'abord définie par l'appartenance même à la féminité, qui permettaient aux professionnelles d'accompagner les femmes dans l'acte le plus attaché à leur sexe : l'accouchement. Le métier était défini par l'empathie avec la parturiente rendue possible par le partage de l'expérience. Mais les effets conjoncturels d'une part de la technicisation des accouchements -qui tend à

¹⁵⁶ Nicky Le Feuvre, « La féminisation de la profession médicale : voie de recomposition ou de transformation du « genre » ? », in Pierre Aïach, Dominique Cebe, Geneviève Cresson, Claudine Philippe (ss dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*. Recherche Santé sociale, Rennes ENSP, 2001, pp 197-229.

¹⁵⁷ Sabine Bessière, *op.cit.*, p 29.

¹⁵⁸ Anne-Laurence PENCHAUD, « L'émotion du sociologue en milieu hospitalier : une contribution à la recherche », "Corps, Emotions, Santé", MSH Paris-Nord, 24-25 novembre 2005. Deuxièmes journées scientifiques du réseau "Santé & Société".

¹⁵⁹ Cf. Philippe CHARRIER, « Des hommes dans une profession « traditionnellement » féminine : choix professionnel et dénomination chez les hommes sages-femmes », intervention au colloque *L'inversion du genre* à Brest, les 18-19-20 mai 2006.

¹⁶⁰ Yvonne VERDIER, *Façons de dire, façon de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière*, NRF, Paris, 2003 [1979], 347 p.

en écarter les sages-femmes¹⁶¹- et d'autre part de l'accession de quelques hommes à ce métier -qui questionne l'identification du métier de sage-femme au sexe féminin de la personne qui l'exerce¹⁶², conduisent la profession à essayer de redéfinir ses compétences spécifiques. Comme l'explique Béatrice Jacques :

« Les sages-femmes ont des compétences de surveillance et de prescription, mais dès lors que le diagnostique de pathologie est posé, elles ont l'obligation d'orienter la patiente vers un médecin [...] Ainsi, les sages-femmes n'auraient pas de spécificités professionnelles, ce qui nous donne une première indication sur la place qu'elles occupent et qui leur est reconnue dans la hiérarchie médicale »¹⁶³

Par conséquent, la lutte pour la reconnaissance de la profession prend deux orientations différentes. La première consiste à défendre une spécialité d'accompagnement relationnel des femmes, qui comporte le risque de renforcer l'adéquation entre des compétences qu'elles souhaitent faire reconnaître comme professionnelles et des compétences considérées comme « naturellement » féminines, et, par là, entretenir la dimension spécifiquement féminine de la profession. Cette orientation permet aux sages-femmes de se concentrer sur le suivi relationnel ; et l'on voit combien la dimension relationnelle est associée au genre féminin par exemple à travers l'usage de l'expression « la main masculine » pour désigner aux patientes- complices féminines pour l'occasion- l'intervention médicale invasive des médecins –dont le genre est ici neutralisé pour être masculin : tous les médecins, étant donné leur usage de la technique sont dès lors considérés comme appartenant au genre masculin-. La seconde orientation consiste à mettre l'accent sur la maîtrise scientifique et le savoir faire technique. Mais « l'approche relationnelle comme axe central de la profession risque alors de disparaître et leur rôle se rapprocherait de plus en plus de celui des infirmières »¹⁶⁴. Ce risque est d'autant plus actuel dans le service de GHR qu'en l'absence d'infirmière, les sages-femmes qui y sont employées effectuent déjà concrètement le travail de soin dévolu aux infirmières dans d'autres services. La particularité des sages-femmes par rapport aux infirmières est liée à leur capacité à prescrire elles-mêmes des médicaments. Cependant, l'ensemble du traitement est principalement décidé par les médecins : leurs prescriptions se limitent souvent à des médicaments courants comme des antalgiques par exemple, et leurs actes médicaux consistent à administrer ce traitement. Cette position spécifique est donc fragile. La profession de sage-femme, bien qu'elle soit encore considérée comme une profession féminine par excellence est en pleine reconfiguration. Comme l'explique clairement Philippe Charrier :

« On ne peut pas dire que [les hommes sage-femme] soit à l'origine de la dissolution [progressive du lien de type empathique entre genre féminin et sage-femme] mais ils y contribuent obligatoirement, notamment en provoquant de multiples débats au sein de la profession et en conduisant les sages-femmes à porter un regard réflexif sur leur activité. Autrement dit, avec l'apparition des hommes, c'est l'équation qui lie les femmes aux compétences requises dans la maïeutique qui devient discutable. C'est aussi le rapport à l'empathie avec la parturiente qui est à construire pour les hommes et à envisager sous un jour nouveau pour les praticiennes¹⁶⁵ ».

Il reste que, pour le moment, la profession demeure définie par son assimilation à la féminité liée à son activité - l'accompagnement à l'accouchement- et donc à son public exclusivement féminin, et au fait qu'elle soit encore principalement exercée par des femmes. Cette identification de la profession à la féminité est d'ailleurs farouchement défendue par certaines sages-femmes qui considèrent cette stratégie comme la meilleure pour conserver leur statut particulier. Cette attitude est illustrée dans les propos de Rémi (élève sage-femme de deuxième année) qui se demande s'il lui sera possible en tant qu'homme de s'intégrer dans l'équipe des sages-femmes de l'Hôtel Dieu :

Rémi : J'aime moins l'ambiance ici. J'aime moins les équipes, l'équipe qui travaille. Ce n'est pas...c'est par affinité. Ce n'est pas parce que je n'aime pas l'hôpital au contraire, je trouve qu'il est très bien cet hôpital. Je n'ai pas de comparaison par rapport, enfin si pour d'autres maternités dans la région Auvergne, mais je trouve que c'est très complet ici et qu'il y a un bon suivi, mais c'est l'équipe en général. Je me dis que, je me dis est-ce que je serais vraiment admis dans l'équipe qui est ici par exemple, bon maintenant les sage-femme sont en train de se renouveler, ce sont des jeunes, il y a de plus en plus de jeunes, donc,

Moi : Par rapport au fait que tu sois un garçon ?

Rémi : Oui, voilà, c'est rapport au fait que je sois un garçon.

¹⁶¹ Danièle CARRICABURU, « Quand prendre des risques fait le métier : sages-femmes et obstétriciens face à l'accouchement », colloque « Acteurs, risque et prise de risque à l'épreuve des sciences sociales », Université de Lille 1, Villeneuve d'Ascq, 24 et 26 novembre 2004.

¹⁶² « Voilà un métier qui met ouvertement une caractéristique personnelle (le fait d'être une femme) comme une compétence de base » in Philippe Charrier, op.cit., p 6.

¹⁶³ Béatrice Jacques, op.cit., p 75.

¹⁶⁴ Ibid, p 88.

¹⁶⁵ Philippe Charrier, op.cit., p 8.

Moi : T'as l'impression que ça ne marcherait pas ici ?

Rémi : Ben, je ne sais pas. Oui, je pense, par rapport à certaines sages-femmes avec qui j'ai déjà travaillé, c'est vrai qu'elles ne sont pas, elles ne sont pas toutes faciles et ce n'est pas toujours évident. Est-ce que c'est parce que je suis élève ou est-ce que c'est parce que je suis garçon, je ne sais pas. Mais c'est dommage parce que c'est un endroit qui est intéressant. J'aimerais bien travailler aussi ici. C'est dommage. Mais bon. Peut-être que je proposerais ma candidature. Je ne sais pas encore je vais voir.

En 2004, 90,7% des aides-soignants sont des femmes¹⁶⁶. Il n'y a à la maternité de l'Hôtel Dieu qu'un seul aide-soignant que je n'ai pas pu rencontrer pendant mon travail de terrain. Etant donné la très forte majorité féminine de cette profession, je la désigne par son féminin : aide-soignante. La féminité¹⁶⁷ de cette profession s'explique par la nature des tâches qui lui sont attribuées. Celles-ci sont considérées comme correspondant aux compétences féminines selon une division classique des tâches. Comme le souligne Marc Bessin :

« Quelles que soient les sources mobilisées, les métiers les plus rétifs à la mixité [qui demeurent majoritairement féminin] sont ceux qui ont un rapport direct avec la petite enfance, et plus généralement une proximité avec le soin, un lien avec le corps, le propre, le sale ou même la souillure »¹⁶⁸.

Il est à ce titre étonnant qu'Anne-Marie Arborio, qui a elle-même montré que la profession d'aide-soignante était née d'une délégation à ces nouvelles venues des tâches les moins valorisantes jusqu'alors effectuée par les infirmières- qu'elle nomme le « sale boulot »-, ne fasse aucune mention de la dimension genrée de la hiérarchisation ainsi établie. Ceci alors qu'elle explique que le travail des infirmières –autre profession éminemment féminine (à 87,1%)- résulte déjà d'une délégation de ce même « sale boulot » par les médecins qui occupent une position hiérarchique supérieure.

« Cette réserve, cette discrétion sur les relations que [les aides-soignantes] entretiennent avec les malades, dont elles réclament qu'on reconnaisse la valeur, leur permettent de ne rien dire de la réalité des relations physiques avec les malades, de la réalité de ce boulot sale. Ces tâches mettent en contact avec les déjections du corps, amènent les aides-soignantes à enfreindre les règles de pudeur qui ont cours hors de l'hôpital ; elles ne tiennent sans doute pas à répéter, même oralement, à l'occasion de l'entretien, ce viol de l'intimité des malades. Il semble donc nécessaire de prendre en compte l'existence de tâches socialement dévalorisées, « universellement » reconnues comme dégradantes, laissées aux catégories sociales les plus basses¹⁶⁹ ».

Ainsi, bien qu'elle reconnaisse que cette profession est déléguée aux catégories sociales « les plus basses », et qu'elle la compare à ce titre aux concierges, elle ne mentionne ni l'appartenance à la catégorie dominée du genre –les femmes- ni à celle de la race qui sont pourtant deux traits caractéristiques communs à ces deux professions –les concierges sont des travailleuses immigrées et les aides-soignantes sont majoritairement des femmes noires issues des DOM-. C'est ce que fait remarquer une de ses interviewées, une infirmière antillaise noire, en racontant qu'un patient l'avait immédiatement assimilée au corps des aides-soignantes à cause de sa couleur de peau et avait grand peine à comprendre qu'elle appartienne au corps qualifié des infirmières.

La profession d'aide-soignante est pratiquée par des femmes, ce qui s'explique par la délégation au genre féminin des métiers les moins valorisés, et par la nature des tâches accomplies, constituées de tâches liées à l'hébergement – tâches traditionnellement dévolues aux femmes aussi bien au travers de la figure de maîtresse de maison, que de celle de mère et qu'encore de celle de la bonne, trois figures qui illustrent trois facettes de la féminité-. Comme le résume Elsa Dorlin :

« La concentration massive des femmes dans des métiers du service et du soin apparaît comme la projection dans la sphère publique de la division sexuelle du travail domestique : tout se passe comme si les femmes effectuaient les mêmes tâches au travail ou à la maison, où elles restent largement en charge des tâches domestiques »¹⁷⁰.

En effet, le comportement de Simone (aide-soignante, 45 ans, 25 ans de métier) envers le matériel de soin dans le service de GHR montre une très grande proximité avec la gestion domestique :

Simone fait la chasse au gaspillage. Ce sont les aides-soignantes qui sont chargées de faire les commandes de renouvellement du matériel médical. L'attitude de Simone par rapport à ce matériel

¹⁶⁶ Sabine Bessière, op.cit., p 20.

¹⁶⁷ On ne peut dans ce cas parler de « féminisation » puisque les aides-soignantes sont des femmes depuis la naissance de cette profession.

¹⁶⁸ Marc Bessin, « Le travail social est-il féminin ? », in Jacques ION, *Le travail social en débat[s]*, Paris, La découverte, 2005, p 155.

¹⁶⁹ Anne-Marie ARBORIO, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos, 2001, p 123.

¹⁷⁰ Elsa Dorlin, « Dark care : de la servitude à la sollicitude », in Patricia PAPERMAN et Sandra LAUGIER, *Le souci des autres, éthique et politique du care*, Paris, EHESS, 2006, pp 87-101.

est très proche de celle d'une maîtresse de maison. Elle râle contre la disparition des compresses non stériles pour faire les prises de sang car celles-ci coûtent plus cher. « *Qu'est-ce qu'ils utilisent dans les labo ? Un bras n'est pas stérile !* » Elle apporte des compresses non stérile et fait remarquer à Clémence (sage femme, 30 ans, 6 ans de métier) et à Aline (23 ans, élève sage-femme de quatrième année) qu'il faudrait les utiliser pour les prises de sang. Ensuite elle râle encore : « *Où sont passé les garrots ? J'en ai coupé six hier. Il y en a qui les gardent dans leur poche, c'est pénible* ». Elle s'occupe aussi du papier toilette et des essuie-mains. Quelqu'un a entamé le carton du dessous. Elle réorganise en pestant contre le manque de sens pratique de la personne responsable. Elle distribue les draps et les serviettes de tables. Elle possède une parfaite connaissance de ce que possède l'hôpital. Par exemple, alors que je ramasse une serviette de table dans la chambre d'une patiente elle me dit : « *laisse, ce n'est pas à nous ça ; on n'en a pas des oranges. Les nôtres sont toutes roses ou bleues* ». On dirait une ménagère qui parle de son linge domestique. [Notes, mars 2007]

En outre, le fait que la profession d'aide-soignante soit pratiquée par des femmes contribue à maintenir celles-ci dans la subordination, car comme le souligne Anne-Marie Arborio elle-même :

« La position de ces catégories n'est pas déterminée uniquement par la position de ces tâches sur une échelle de prestige. Les effets de leur prise en charge sur le prestige de celui qui les accomplit sont différenciés, justement selon le prestige initial de celui-ci. La stigmatisation de ces tâches ne fait que redoubler la faible valeur du titre d'aide-soignante »¹⁷¹.

La double logique à la fois de délégation à des professions exercées par des femmes de ce qui est considéré comme le sale boulot par les individus hiérarchiquement supérieurs, et l'attribution à ces professions de compétences considérées comme spécifiquement féminines comme compétences de bases, s'exerce aussi en ce qui concerne la profession des auxiliaires de soins hospitaliers (anciennement appelés agents de services hospitaliers). D'après Sabine Bessière, cette profession est exercée à 81,0 % par des femmes. Mais cette dominante féminine moins écrasante doit être nuancée par le fait que cette appellation recouvre aussi quelques spécialités traditionnellement masculines comme brancardier ou transporteur. Les ASH qui travaillent à la maternité de Clermont-ferrand se voit ainsi déléguer les tâches les moins valorisantes, car elles ne sont pas en contact direct avec les patients. Les liens que les aides-soignantes développent avec les patients justement par la pratique des tâches les plus intimes constituent la seule dimension valorisante de leur travail :

« Ce sont les tâches déléguées par les infirmières, peu valorisées, considérées comme sales ou dégradantes qui amènent l'aide-soignante à avoir un contact avec le patient qu'elle peut qualifier d'intime, et prétendre ainsi, au monopole sur les relations affectives avec le malade, un monopole qui ne lui est d'ailleurs pas vraiment disputé, y compris par la plupart des infirmières¹⁷² ».

Les ASH sont donc assignés au ménage, tâche la plus ingrate car outre sa pénibilité et sa proximité avec le sale, elle ne permet pas non plus de contacts avec les patients qui sont au centre de l'organisation hospitalière. Dès lors les compétences empathiques prétendument propres aux femmes ne peuvent plus être invoquées pour expliquer cette situation. La dominante féminine de la profession d'auxiliaire de soins hospitaliers s'explique par un contexte structurel général qui attribue de manière préférentielle aux femmes les métiers de service les moins qualifiés et les moins valorisés.

- Le travail de *care*

Le terme de *care* permet de désigner un travail particulier, distinct des soins proprement techniques ou médicaux ; les soins de *cure*. Je retiendrais la définition du travail de *care* de Pascale Molinier :

« Par travail de care, je définis l'ensemble des activités qui répondent, pour reprendre la formule de Patricia Paperman « aux exigences caractérisant les relations de dépendance ». Prendre soin de l'autre, se soucier de lui de façon intellectuelle ou même affective, ce n'est pas nécessairement l'aimer, c'est faire quelque chose, c'est produire un certain travail qui participe directement du maintien ou de la préservation de la vie de l'autre, c'est l'aider ou l'assister dans des besoins primordiaux comme manger, être propre, se reposer, dormir, se sentir en sécurité et se consacrer à ses intérêt propres¹⁷³ »

Comme elle le précise encore, le travail de *care* est invisibilisé car en réclamer la reconnaissance nuit à l'efficacité même de ce travail :

¹⁷¹ *Ibid*, p 123.

¹⁷² *Ibid*, p 135.

¹⁷³ Pascale Molinier « Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets », in Patricia Paperman et Sandra Laugier, *Le souci des autres, éthique et politique du care*, Paris, EHESS, 2006, p 301.

« Le soutien psychologique d'une femme à son mari, d'une assistante à son supérieur ou d'une infirmière au chirurgien, fait de petites attentions, de tact et de gestes d'anticipation, est d'autant plus efficace qu'il se fait sans être sollicité, quasiment en silence ; d'ailleurs le rendre visible ou en réclamer continuellement la reconnaissance en atténue le plus souvent la portée¹⁷⁴ ».

Le travail de care possède deux dimensions. La première consiste à procurer des soins matériels, physiques, tels que la nourriture, la toilette, la propreté. La seconde réside dans le travail émotionnel : elle consiste à apporter un soutien moral aux personnes dont on a la charge. Mais cette dimension émotionnelle complexifie le travail de care : comment apporter un soutien émotionnel sans s'engager soi-même plus que souhaité? Nous verrons que cette contradiction est au cœur des questionnements professionnels dans le service de GHR.

A la suite des travaux de Carol Gilligan¹⁷⁵, « l'éthique du care », qui désigne les compétences spécifiques nécessaires au travail de care, soit l'empathie et le sentiment moral de sollicitude, a été considérée comme spécifique aux femmes et par là naturalisée comme une disposition féminine. Cette « éthique du dévouement » rentrerait en contradiction avec la pensée rationnelle, impartiale, nécessaire à l'activité publique des hommes, aux fondements d'une « éthique de justice »¹⁷⁶. C'est cette contradiction qui expliquerait la division traditionnelle des tâches qui attribue aux hommes la dimension publique du travail et aux femmes sa dimension domestique, ou bien c'est la division du travail qui engendre la construction d'une différence morale entre les sexes.

Cependant, comme l'explique Elsa Dorlin :

« Une partie des féministes qui se sont opposées à Carol Gilligan, loin de se contenter des critiques mainstream du naturalisme ou du différentialisme du care, ont tenté de montrer que la sollicitude, l'aptitude à se soucier des autres, la tendance à comprendre et à solutionner les problèmes plutôt qu'à les « régler », n'est pas une disposition morale spécifique aux individus de sexe féminin, mais qu'elle est clairement l'effet d'une position sociale subalterne : en un mot, le care n'est pas tant une morale genrée qu'une morale sociale, une disposition éthique liée au statut de dominé-e-s. »

Ainsi, l'éthique de care ne résulte pas tant d'une nature féminine que d'une position sociale dominée. C'est en adoptant une perspective considérant la société française contemporaine comme encore caractérisée par un système patriarcal que l'on comprend pourquoi et comment le travail de care est le plus souvent dévolu aux femmes. Cette délégation générale du travail de care aux femmes permet de fournir une explication au fait que les professions qui y ont le plus recours emploient majoritairement des femmes. On peut alors résoudre une des questions du débat présenté précédemment par Nicky Le Feuvre : pour accéder à une position sociale dominante, les individus doivent se comporter comme les dominants. Ceci expliquerait pourquoi une adoption des comportements « virils » peut-être constatée de la part des femmes qui accèdent aux professions d'élite, comme la médecine par exemple.

Je vais maintenant présenter la manière dont le travail de care est réparti dans le service de GHR dans lequel j'ai effectué mon travail de terrain.

- La répartition professionnelle du travail de care

Nous avons vu que le travail de care est à la fois invisibilisé et dévalorisé. De plus, il est lui-même hiérarchisé parce qu'il recouvre un ensemble de tâches considérées comme plus ou moins nobles ou plus ou moins dégradantes. Il est donc réparti en fonction de l'organisation hiérarchique du service de maternité.

Les médecins s'en dispensent le plus souvent, bien qu'ils ne puissent éviter de se heurter parfois à la question de la compassion, d'autant plus qu'elle tend aujourd'hui à être valorisée en tant que composante du soin. Dans le cadre d'une relation avec un « patient-partenaire » les médecins sont contraints de donner une place à la dimension inter-individuelle de cette relation qui suppose d'être attentif aux conditions psychiques dans lesquelles se trouve le patient. Toujours est-il qu'en pratique, les médecins délèguent le travail de care. Cette délégation peut être considérée comme révélatrice de leur position hiérarchique supérieure dans la hiérarchie hospitalière –étant entendu que le travail de care est assimilé en grande partie au *dirty work* ou « sale boulot »-, mais elle peut aussi être envisagée comme constituant une mesure de protection. En effet, dans le cadre des grossesses à haut risque, ce sont les médecins qui sont amenés à prendre les décisions les plus difficiles, comme pratiquer une interruption thérapeutique de grossesse par exemple. Mélanie (sage-femme, 25 ans, 18 mois de métier) nous explique combien ce type de décision serait difficile à prendre pour elle qui est engagée dans une relation personnelle et émotionnelle avec les patientes :

¹⁷⁴ Pascale Molinier, *L'énigme de la femme active. Egoïsme, sexe et compassion*, Payot, Paris, 2003, 275 p., citée par Marc Bessin, *op.cit.*, p. 161.

¹⁷⁵ Carol Gilligan « In a Different Voice : Women's Conceptions of Self and of Morality », *Harvard Educational Review*, vol.47, n°4, 1977, pp.481-517, qui donnera lieu à la publication de son ouvrage *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge, Harvard University Press, 1982.

¹⁷⁶ Marc Bessin, *op.cit.*

Un enfant à qui il manque les deux mains, c'est différent. Admettons. Un enfant qui n'a pas de mains, il ne peut pas vivre. Mais un enfant qui en a une, c'est toujours possible, c'est toujours réalisable. C'est, une personne handicapée des jambes, on ne va pas la tuer parce qu'elle n'a plus ses jambes. Un bébé qui n'aura qu'un pied, bon, c'est différent aussi, c'est le contexte, parce qu'il démarre une vie, mais, c'est vraiment au cas par cas. C'est, ça c'est un staff de médecin qui décident. Ils prennent des décisions, gynéco, obstétriciens, pédiatres, généticiens, psychologues, vraiment ça c'est quelque chose qui se décide en commun. Pour certaines malformations il n'y a pas trop de questions à se poser. Quand on dit que c'est une malformation cérébrale, que l'enfant n'a pas de cerveau efficace, là, c'est, enfin, le conseil est vite fait, mais quand c'est par exemple le manque d'une main, il y a des parents qui peuvent, moi on m'avait donné l'exemple de parents qui avaient demandé une interruption de grossesse pour une main manquante, ça ne leur avait pas été accordé. Parce que euh, ce n'est pas non plus un geste facile pour nous hein ! Dès fois ils sont obligés d'endormir le bébé in utero avant l'accouchement. Quand on a fait une interruption médicale de grossesse. Quand c'est un terme où le bébé est viable, même s'il a des malformations il peut respirer à la naissance, c'est une horreur d'entendre son bébé respirer quand on sait qu'on essaye d'interrompre sa vie. Donc ils l'endorment avec euh, ça s'appelle un foeticide. Le bébé in utero pour qu'il naisse comme ça. Et ça c'est un geste qui n'est pas facile à faire hein ! Même par un médecin. On ne peut pas dire que c'est un crime ou un meurtre, parce que ce n'est pas le cas au niveau des lois, mais c'est enlever la vie, ce n'est pas facile. C'est quelque chose que je ne voudrais pas avoir à porter.

La distanciation nécessaire au travail médical est présentée comme un apprentissage par Anne-Laurence Penchaud¹⁷⁷. Elle explique que cette distanciation est acquise par les internes d'abord grâce à la maîtrise d'un vocabulaire très technique qui tend à déshumaniser le patient concerné, puis, dans le cas des internes de chirurgie auprès desquels elle a mené son enquête par l'acquisition d'une capacité à regarder le corps humain comme un matériau en le dissociant de l'individu auquel il appartient. Si cette distanciation est essentielle pour qu'un chirurgien soit en mesure d'ouvrir un corps humain, elle l'est aussi pour les gynécologues obstétriciens qui non seulement pratiquent également des chirurgies, mais ont la responsabilité de décisions par exemple concernant l'avenir d'un fœtus. Acquérir cette distanciation nécessite d'être dispensé du travail de care qui est un travail de contact qui entraîne la naissance de liens interindividuels. Grâce à la distance des corps, les patientes de GHR peuvent être identifiées par les médecins par leur pathologie. Ainsi alors que les sages-femmes désignent entre elles les patientes par leur nom de famille, ce qui montre combien elles acquièrent pour elles une individualité, les médecins les désignent par leurs numéros de chambre, ce qui les cantonne dans l'anonymat.

Dans le bureau des sages femmes, Clémence (sage femme, 30 ans, 6 ans de métier) et Coline (29 ans, interne en gynécologie-obstétrique) font le point sur les dossiers des patientes. Clémence dit à Coline : « *attends, ne va pas si vite, ça ne me dit rien moi les numéros des chambres, faut que je regarde qui est dedans* ». [Notes, avril 2007]

Encore en formation, les internes ont conscience de la manière dont l'apprentissage d'un langage technique leur permet de mettre peu à peu de la distance entre elles et les patientes comme le montre cette remarque de Mélodie (30 ans, interne en gynécologie-obstétrique) :

Je prends des notes sur mon cahier dans le bureau des sages-femmes pendant que Mélodie (30 ans, interne en gynécologie), Coline (29 ans, interne en gynécologie), et Clémence (sage femme, 30 ans, 6 ans de métier) discutent des patientes. Tout d'un coup, Coline se retourne vers moi : « *Ca ne te choque pas comment on parle ? On dit la 32 et tout.* » Je réponds : « *Non, la seule fois où j'ai été choquée c'est en staff quand le docteur a dit d'une patiente « elle couine »* ». Mélodie reprend : « *de toute façon quand on est extérieur t'es forcément choqué. C'est comme dans les couples, quand on en est pas, on trouve leurs petits surnoms mièvres, mais quand on est dedans on trouve ça bien. Et puis, entre nous, on dit des choses, on sait ce que ça veut dire* ». [Notes, mars 2007]

Nous verrons cependant que cette distanciation acquise grâce à la délégation du travail de care n'empêche pas l'implication émotionnelle des médecins dans certains cas.

Les sages-femmes revendiquent la dimension émotionnelle du travail de care comme une spécificité de leur profession. Néanmoins, elles sont prises dans une dichotomie délicate : comment revendiquer à la fois une spécificité dans le soin des émotions et une compétence technique ? La solution adoptée consiste à élaborer le travail émotionnel comme une compétence particulière, ce qui revient à la disputer aux psychologues. Les sages-femmes se retrouvent placées dans une position contradictoire où elles revendiquent ce travail émotionnel comme faisant partie intégrante de leur métier, mais elles déplorent le manque de temps pour le mener à bien à cause de l'ensemble des

¹⁷⁷ Anne-Laurence Penchaud, *op.cit.*

tâches techniques qui leur échoient, mais auxquelles, paradoxalement, elles ne veulent pas renoncer afin de continuer à se distinguer concrètement des infirmières et maintenir ainsi leur position hiérarchique déjà fragilisée. La position de Françoise (sage-femme, 42 ans, 16 ans de métier) est à ce titre révélatrice. Elle considère qu'assurer la dimension émotionnelle du care fait partie de son métier :

Françoise : Alors, c'est ce que je dis, ça, ça prend du temps : la parole, l'écoute ça prend du temps et malheureusement ce n'est pas actuellement, ce n'est pas considéré comme du travail. Ce qui est considéré beaucoup et ils nous présentent ça comme du travail, c'est justement la technicité. Mais pas le, par exemple ce matin, je vais en chambre 2, je suis restée une heure uniquement à discuter avec la patiente, à lui parler. Quand je suis arrivée ça allait très mal, quand je suis ressortie ça allait beaucoup mieux. Parce qu'elle avait besoin qu'on lui parle. Malheureusement c'est notre société, c'est considéré comme du temps perdu, ou comme du temps pas monnayable quoi.

Mais dans le même entretien, Françoise regrette qu'il n'y ait pas une plus grande attention apportée au suivi psychologique des patientes par des psychologues ou psychiatres, considérés comme les professionnels de la santé psychologique :

Françoise : Ici, on n'a très peu recours aux psy. Je viens d'un établissement niveau 2, où toutes les femmes en souffrance, c'est-à-dire qui présentaient déjà un passé psychiatrique ou psychologique important étaient vues par un médecin, ou le psychologue, ou le psychiatre. Toutes les femmes qui venaient pour, ou qui avaient subi une mort fœtale in utero, ou qui avaient perdu leur enfant, ou bon une grosse pathologie à l'accouchement, étaient vues. C'était une organisation, ou peut-être qu'on était riche en psychologues là-bas, je ne sais pas (sourire), mais en tous cas toutes les femmes étaient vues, étaient suivies. Et elles sortaient en ayant eu un entretien, au moins un entretien, en tout cas un suivi avec un relais en tous cas après, euh ici je ne retrouve pas ça du tout. Effectivement il y a un psychiatre qui vient le vendredi. Le vendredi. Le psychologue il y a un moment qu'il est en arrêt maladie. Et puis...on la voit très peu. Alors donc je pense qu'elle est peut-être surbookée hein, si elle est toute seule euh, elle ne peut pas. Mais moi je trouve qu'ici, c'est un manque. Nous les sages femmes on ne peut pas tout faire hein !

Les sages-femmes se trouvent dans une situation paradoxale : elles considèrent que la dimension émotionnelle du care fait partie de leur travail, mais trouvent qu'il devrait être reconnu, ou bien qu'elles devraient en être déchargées car elles estiment manquer de temps, ce travail n'étant pas compté dans le temps de travail calculé en fonction des tâches qu'elles ont à effectuer. Comme l'explique Pascale Molinier :

« Aujourd'hui, les choix politiques en matière de restructuration du système de soins sont fait selon les principes de la gestion hospitalière. Il s'agit, en particulier, de comptabiliser les pathologies rentables et celles qui sont coûteuses à partir d'une conception de la prestation soignante entièrement alignée sur les modèles productivistes et curatifs [...] Les indicateurs de qualité sont alors le taux de chute, le nombre d'infections nosocomiales...le care n'est jamais mentionné »¹⁷⁸

Les sages-femmes doivent donc trouver un équilibre entre leur double spécificité : des compétences techniques importantes qui les rapprochent du corps médical et leur octroient un peu de son prestige, et une gestion du travail de care dans sa dimension émotionnel qui à la fois justifie leur présence en plus des médecins et les distingue du corps infirmier. En effet, à cause du manque de temps et de la diversité de leurs affectations, elles ont l'impression de ne pouvoir mener tout à fait bien ni le travail technique ni le travail émotionnel, à l'instar de Mélanie (sage-femme, 25 ans, 18 mois de métier) :

Mélanie : Disons qu'on n'est peut-être pas assez nombreux au niveau du personnel. Et que dès fois et bien c'est très calme aujourd'hui mais il y a dès fois où c'est l'horreur parce qu'on, il faut être conscient qu'on est une maternité qui gère de la pathologie donc les pathologies nécessitent du temps, de la surveillance et dès fois c'est dur hein ! Donc peut-être que certaines fois on se consacre plus au côté médical que psychologique. ça de toutes façons je pense qu'il faut être honnête, on prime sur la santé, bien que la tête c'est aussi important, l'esprit, les états d'âme sont aussi importants, mais parfois et bien on ne peut pas, on ne peut pas faire face. Il y a tout, il y a tout ça. Ça arrive à tout le monde de s'être parfois senti impuissant face à certaines, à l'activité qui est tellement débordante qu'on ne peut pas, à peine causer, à peine parler aux gens hein. Ni répondre à leurs questions. Après on essaye ben, on fait comme on peut, on fait au mieux.

L'équilibre est d'autant plus difficile à trouver que bon nombre de sages-femmes estiment que c'est dans le travail émotionnel que réside le principal intérêt de leur métier à l'exemple de Virginie :

¹⁷⁸ Pascale Molinier, « Le care à l'épreuve du travail », *op.cit.*, p 313.

Virginie (sage-femme, 36 ans, 20 ans de métier) préfère travailler en GHR parce que « *dans les grands hôpitaux comme ici, ce sont les machines qui nous dicte notre travail. Je préfère quelque chose de moins mécanisé. J'ai appris autrement moi.* » En GHR elle aime le défi de l'urgence et de la réflexion continue, mais surtout le contact approfondi avec les patientes qu'on a pas en salle d'accouchement : « *quand une patiente accouche, elle ne discute pas* ». [Notes, mars 2007]

En outre, la connaissance particulière des patientes que le travail de care leur permet peut-être valorisé auprès des médecins comme le montre cet échange :

Clémence (sage femme, 30 ans, 6 ans de métier) dit que Mme X pourrait sortir. Mélodie (30 ans, interne en gynécologie-obstétrique) répond : « *Au vu des résultats des analyses on risque surtout de la Césariser en urgence pour sauvetage fœtale* ». Clémence précise : « *Mais c'est parce qu'elle est grosse cette dame* ». Mélodie : « *ah oui ? Je n'avais pas vu* » [sur le dossier]. Elle modifie alors ses conclusions écrites. [Notes, mars 2007]

Le travail de care, bien qu'habituellement peu valorisé, peut conduire à certaines gratifications dans les occasions qui permettent de le mettre en valeur. Par contre, les sages-femmes ne veulent pas être limitées au soutien émotionnel des patientes. Leur travail est avant tout d'accompagner la grossesse. Si des difficultés psychologiques surviennent qui ne sont pas directement liées à la grossesse, elles considèrent que ce n'est pas de leur ressort, comme l'illustre cette exclamation de Michèle :

Un appel de l'accueil annonce l'arrivée d'une femme, abandonnée par le père de l'enfant : elle se plaint de douleur. La grossesse est déterminée comme à risque mais à cause de la fragilité psychologique de cette patiente. En raccrochant Michèle (sage-femme, 40 ans, 15 ans de métier) s'exclame : « *on est vraiment l'annexe de la psychiatrie ici !* ». [Notes, novembre 2006]

La dimension physique du travail de care peut-être considérée comme étant entièrement déléguée aux aides-soignantes. En effet, les soins dispensés par les sages-femmes sont ceux qui servent directement le travail de cure, même s'ils mettent le corps en jeu: piqûres, monitoring etc. Cette distinction est très opérationnelle. Par exemple, lorsque la pose du monitoring nécessite un contact corporel prolongé, il est alors délégué à l'aide-soignante.

Virginie (sage-femme, 36 ans, 20 ans de métier) a posé un monitoring à la patiente obèse. Mais son surpoids occasionne une difficulté. Il faut appuyer fortement sur les capteurs pour que le monitoring fonctionne. Virginie demande alors à Simone (aide-soignante, 45 ans, 25 ans de métier) de la remplacer pour pouvoir continuer ses visites. Simone maintient les capteurs en place pendant presque une demi-heure. [Notes, mars 2007]

Le soin physique dispensé par les aides-soignantes leur permet de nouer des contacts privilégiés avec les patientes, qu'elles peuvent utiliser pour revaloriser leur position. En effet, si le travail de care dans sa dimension physique est dévalorisé socialement, il est valorisé humainement car les patientes connaissent celles qui s'occupent d'elles. Cependant, malgré ce qu'en dit Anne-Marie Arborio pour qui cette valorisation permet aux aides-soignantes de renverser le stigmate¹⁷⁹, je constate que cette valorisation reste très marginale dans le service de GHR. Le peu de gain que ce lien avec les patientes apporte aux aides-soignantes s'explique peut-être par le fait que les sages-femmes s'appliquent également à nouer des liens interpersonnels au contraire des infirmières décrites par l'auteure. La légitimité du lien avec telle ou telle profession peut même conduire à réaffirmer la hiérarchie professionnelle.

Clémence (sage femme, 30 ans, 6 ans de métier) dit à Sophie (35 ans, aide-soignante, 15 ans de métier): « *je te laisse, je vais voir les patientes* ». Sophie lui dit : « *ce n'est pas la peine, je les ai toutes vues. J'ai papoté avec elles* ». Clémence dit qu'elle préfère y aller quand même. [Notes, avril 2007]

A travers ce bref échange, on peut voir que Clémence réaffirme sa légitimité de sages-femmes en ne considérant pas que le « papotage » que Sophie dit avoir fait avec chaque patiente soit suffisant à s'assurer de leur bien-être moral. Il est en effet positif que Sophie crée des liens avec les patientes, mais Clémence tient à réaffirmer que ce lien ne peut pas remplacer celui qui se crée avec la sage-femme qui est spécifique à ce métier.

Le travail de care en pratique

- Apprendre à se détacher

Le travail de soin génère de l'émotion pour les professionnel-le-s. D'autant plus qu'en maternité, les soins, la souffrance et les décès concernent des figures socialement très valorisées : la mère et le nouveau né. Il existe aussi une émotion positive : après un accouchement réussi, les soignantes ressentent toutes du soulagement voire de la joie.

¹⁷⁹ Anna-Marie Arborio, *op. cit.*, p 137

Néanmoins, les émotions positives sont moins marquantes que les émotions négatives, d'autant plus qu'elles peuvent s'exprimer plus librement étant moins ciblées par l'injonction au détachement.

Mélanie (sage-femme, 25 ans, 18 mois de métier) Et puis il y a des, des accouchements, des patientes dont on se souvient toujours, il y en a d'autres moins, il y a toujours des petites choses qui nous marquent, aussi bien dans le bonheur que dans le malheur donc parce que forcément le malheur nous marque plus que le bonheur parce que, c'est ce qu'il y a de plus intense chez nous, ce sont des bébés, ce sont des mamans, ce sont des femmes jeunes, c'est pour donner la vie. Donc perdre quelqu'un que se soit une maman ou un bébé c'est extrêmement difficile. Ce n'est pas comme de perdre quelqu'un qui est âgé, qui a 90 ans, qui a eu sa vie, qui en a profité. Là c'est vrai qu'il y a, on est confronté à une mort qui est quand même assez difficile chez nous. Et l'accompagnement est assez particulier, parce que c'est, c'est le début d'une vie. C'est le début d'une vie d'un enfant et puis c'est le début d'une vie d'un couple. Donc c'est vrai que c'est très très dur.

Nous avons vu que les professions de santé étaient marquées par un enjeu professionnel qui passe par une revendication de détachement émotionnel. Cette injonction au détachement n'a pas la même signification pour chacune des professions. Pour les médecins il est lié à la capacité de prendre des décisions qualifiées de rationnelles, selon la dichotomie classique qui oppose émotions et rationalité. Pour les sages-femmes, le détachement s'inscrit dans une revendication à la professionnalité, car se détacher de l'émotion leur permet de revendiquer des compétences rationnelles. Cet enjeu concerne en particulier les professions féminines qui résultent de la professionnalisation de métiers autrefois effectués bénévolement par les femmes. En effet, pour faire reconnaître leurs activités comme une profession qui nécessite des compétences il a fallu dissocier ce travail de la charité et du « savoir-être femme » sur lequel il prétendait s'appuyer, et par conséquent de l'implication émotionnelle¹⁸⁰. Laisser libre cours à ses émotions, c'est ce comporter « en femme » et pas en « professionnelle ». Les sages-femmes se retrouvent tiraillées face à cette injonction. Elles revendiquent l'investissement émotionnel comme une qualité de leur activité tout en prônant l'importance de la distance professionnelle. Mais qu'elles soient niées ou pas, valorisées ou non, l'émotion survient car le travail de soin met en jeu des humains. Médecins comme sages-femmes ressentent donc des émotions malgré l'injonction au détachement. L'injonction au détachement qui s'applique pour les aides-soignantes n'est pas de la même nature. Certes la profession s'inscrit dans les enjeux de reconnaissance de la professionnalité décrit précédemment, mais ce détachement ne s'inscrit pas pour autant dans la dichotomie entre rationalité et émotion. Le détachement demandé aux aides-soignantes correspond plutôt à la nécessité de bientraiter¹⁸¹ l'ensemble des patients quels que soit leurs comportements. C'est un autre type de maîtrise de soi, également difficile, mais qui autorise cependant les aides-soignantes à laisser transparaître leurs sentiments positifs aux patientes, en exprimant par exemple leur déception de voir la patiente souhaiter accoucher dans un autre établissement.

Nous l'avons vu à propos des internes en médecine, le détachement émotionnel s'apprend. Il est acquis par les médecins grâce à leur capacité de mettre à distance les corps et de séparer l'individualité des patients. En ce qui concerne les sages-femmes, cet apprentissage consiste à multiplier le contact avec les situations, leurs fréquences les rendant de moins en moins difficiles à supporter avec l'habitude acquise. J'ai pu constater sur moi-même cette capacité à se détacher qui naît du trop plein d'émotions. Lors de mon premier séjour sur le terrain, j'ai été très touchée par certaines situations, notamment concernant la perte de fœtus, ou un accouchement réussi pour une patiente dont la situation était très difficile au départ. Suite au visionnage d'échographie révélant des malformations graves, j'ai fait quelques cauchemars. Pourtant, j'ai été étonnée par ma propre indifférence devant des situations analogues lors de mon deuxième séjour trois mois plus tard. Entre deux, j'avais pris de la distance en travaillant sur mon premier séjour et en acquérant plus de connaissances théoriques. De la même façon, pour les futures sages-femmes, l'accoutumance est progressive. Dans un premier temps, les élèves assistent aux soins mais sont autorisés à se désimpliquer des situations difficiles comme nous l'expliquent Rémi (élève sage-femme de deuxième année) :

Moi : Comment vous faites vous pour gérer ça ?

Rémi : On en parle entre nous et puis c'est vrai qu'on a un suivi moins bien des patientes parce qu'on n'est pas souvent dans les services donc bon. Il y a la réa par contre, c'est un service vraiment difficile. On y est allés tous les deux il n'y a pas longtemps. Nous ça va on a eu de la chance, ce n'était pas des cas super graves, il n'y a eu qu'un seul mort. Mais, on le gère en tant qu'élève mais c'est vrai que souvent quand c'est vraiment grave on est plus en retrait. Donc on ne le vit pas, on le vit, mais peut-être pas de la même manière que les vrais professionnels.

Moi : Du coup vous n'y touchez pas trop.

¹⁸⁰ Cf. Marc Bessin, *op.cit.*

¹⁸¹ La notion de bientraitance a émergé d'une réflexion des soignantes sur leurs propres pratiques. Elle est née de la constatation que la simple absence de maltraitance ne suffisait pas à assurer le bien-être des patients. Il s'agit d'une prise en compte indigène de ce que j'appelle le care.

Rémi : On essaye de, on essaye de, enfin, moi je parle de mon expérience à moi. J'ai été très peu confronté à des interruptions de grossesse, je n'en ai jamais vu en salle d'accouchement. Mais j'ai des collègues qui y ont été confronté dès la 1ère année. Ce n'est pas facile à vivre, c'est sûr.

C'est donc avec le temps que l'émotion devient moins vive, comme le décrit Françoise (sage-femme, 42 ans, 16 ans de métier) :

Euh, ça a été dur ici au début de, de...de m'occuper de patiente qui accouchaient très prématurément, bon, il y a beaucoup de césarienne hein, ici. Moi je viens d'un centre où il y avait en gros 10% de césariennes, et ici il y en a 25 à 30%, et des césariennes qui sont souvent pratiquées de manière prématurées, ou dans l'urgence donc...c'est, oui, c'est vrai que sur le plan émotionnel, au début c'était un peu, très éprouvant, entre guillemets, je dirais que maintenant je me suis un peu blindée et que maintenant ça va beaucoup mieux.

- Gérer l'émotion

Malgré l'apprentissage du détachement l'émotion surgit dans certaines situations, soit vraiment plus difficiles que d'autre, soit dans lesquelles le lien avec les patientes est particulièrement développé. C'est même assez fréquent si l'on en croit Mélanie (sage-femme, 25 ans, 18 mois de métier) :

Mais c'est tous les jours, c'est assez fréquent effectivement. Une situation difficile. Euh, ben, la semaine dernière, il y a deux semaines environ, j'étais en nuit de gynécologie : je me suis occupée de recevoir une dame qui avait eu une césarienne en urgence qui est arrivée pour une consultation de façon anodine. On s'est rendu compte que son bébé était en souffrance et on a dû effectuer une césarienne pour sauvetage fœtal. Malheureusement il est décédé dans les heures qui ont suivi ce petit. Cette dame je l'avais connue quand j'étais étudiante ici, euh, pour son premier. Elle avait vécu un accouchement prématuré, avec de lourds traitements pour son bébé, donc elle était très angoissée, elle avait vécu déjà cette naissance là. Et là donc je l'ai revue pour, après la césarienne de ce petit, elle savait qu'il avait peu d'espoir. Et c'est vrai qu'elle me parlait déjà du deuil, elle commençait à vouloir commencer son deuil pour son enfant qui était encore pas décédé, mais elle se doutait qu'il ne passerait pas la nuit, et c'est vrai que bon, et bien je suis restée assez longtemps dans sa chambre, on a discuté de son premier parce que des fois il y a besoin aussi pas forcément de, de parler, des choses qui sont actuelles mais d'autres choses pour changer les idées pour nous, pour elle, parce que nous, euh, je suis sortie de la chambre, j'avais la chair de poule hein. Ce n'est pas facile. Et puis c'est vrai que des fois on s'implique émotionnellement. On se dit toujours il faut se forger, il faut se forger, faut arriver à mettre ça de côté, quand on rentre chez soi ce n'est pas si simple hein. Malheureusement euh, comme moi personnellement, d'un côté je me dis, plus tard, je vais peut-être arriver à laisser les choses de côté, mais d'une autre façon je me dis non : parce que si je perds cette sensation là et cette empathie avec les patientes ça ne sert à rien que je fasse ce métier. Parce que si c'est pour devenir insensible vis-à-vis des souffrances des couples dans le boulot. Si un jour j'en suis arrivée là, là je pense que je changerais de voie. Ça ne sert à rien.

En effet, malgré l'effort de détachement, comme les sages-femmes discutent avec les patientes, il arrive qu'un lien affectif personnel se crée avec certaines patientes, lorsque celles-ci restent longtemps et suivant les affinités. Les soignantes reconnaissent l'existence de ce lien. Mélanie nous raconte un lien particulier qu'elle a tissé avec une patiente qu'elle a accouché. Elle nous explique ce qui rend possible selon elle la naissance de ce type de lien. Je mobilise beaucoup d'extraits de l'entretien de Mélanie parce que c'est une des rares professionnelles avec qui j'ai pu faire un entretien enregistré, mais ce discours est général parmi les sages-femmes que j'ai rencontrées lors de mon séjour sur le terrain :

Mélanie : C'est vrai que ça c'est quelque chose de frustrant chez nous, c'est que malheureusement une fois qu'elles sont parties et bien, on n'a pas tout le temps de nouvelles. Dès fois on en a ! Par les collègues qui nous disent « et ben tien, j'ai vu madame untel », ou des amies qui disent « ah ! Bah c'est vous qui avez accouchée ma copine et bien elle était bien contente ». C'est vrai ! Ça arrive. Mais euh sinon, on n'a pas de suivi malheureusement par la suite. Vous savez, ça c'est quelque chose qui est dommage à l'hôpital. Il faut le reconnaître.

Moi : Ça vous arrive de téléphoner pour savoir comment elles vont ?

Mélanie : Oui. Celles que j'ai laissées ouais, ça m'arrive de faire. Ça m'arrive assez souvent même d'ailleurs parce que on sympathise hein. Peut-être plus nous qu'elles. Parce que elles voient tellement de monde mais, des fois il y a des liens qui se créent. La femme dont je parlais tout à l'heure qui a perdu son bébé euh, je l'ai vu la semaine dernière, cette dame je l'ai reconnue. Je l'ai vu tout de suite je l'ai reconnue. Je me suis tout de suite rappelé son dossier, son vécu pour sa

première grossesse, euh, et elle m'a reconnue immédiatement. C'est vrai qu'il y avait eu un lien qui s'était tissé entre nous. [...] Je vous dis j'ai encore contact avec une maman euh, que j'ai aidée à accoucher il y a 5 ans maintenant, quand j'étais étudiante, et euh qui m'avait envoyée des photos et tous les ans je lui envoyais une petite carte d'anniversaire pour son bébé. Donc c'est vrai qu'il y en a certaines, plus que d'autres. Mais il y a, et puis il y en a certaines avec qui on va se permettre de tisser des liens et il y en a d'autres qui sont un peu plus renfermées et on aura beau essayer. Elles ne veulent pas, elles ne veulent pas. Et puis il y en a d'autres qui au contraire sont très ouvertes, tout de suite nous considèrent comme une alliée, comme une amie et là vous savez que c'est, on peut passer de super moment comme ça et puis c'est agréable d'avoir des nouvelles des enfants que l'on a aidé à mettre au monde. C'est, c'est impressionnant quand on les voit grand.

Il est intéressant de souligner dans cet entretien que Mélanie suppose que les patientes identifient les sages-femmes à leur fonction sans individualiser le lien « *nous plus qu'elles, parce qu'elles voient tellement de monde* ». Ce reproche est fréquemment fait en sens inverse, de la part des patientes qui expriment leur regret de ne se sentir parfois qu'un numéro de dossier parmi d'autres. Ainsi, la limitation, pourtant volontaire de la création de liens individuels, semble mécontenter les soignantes comme les patientes. Mais cette distance est considérée comme nécessaire pour que les soignantes puissent supporter l'afflux d'émotions constitutif de leur métier.

L'émotion surgit lorsque des liens interindividuels particuliers existent. Elle surgit également devant la gravité particulière d'une pathologie qui heurte les représentations de la grossesse, du fœtus ou du bébé. Françoise (sage-femme, 42 ans, 16 ans de métier) nous raconte comment les premiers grands prématurés qu'elle a vus l'ont marquée :

Moi : Et est-ce que vous pouvez me donner des exemples de situations qui vous ont touchées ?

Françoise : Oui, parce que j'ai vu des exemples de réanimations néonatales, à des termes, des bébés très jeunes, 35, 38, 30 semaines. On n'en voyait quasiment pas là où j'étais parce que les femmes en souffrance allaient à X, qui est de référence niveau 3. Donc dès qu'on avait une menace d'accouchement prématuré, importante, importante ! Sinon on gérait les menaces, mais importantes, les femmes étaient transférées. Voilà. Donc, ça s'arrêtait là. Donc, nous on garde les bébé au-delà de, on va dire 32 semaines. Donc je n'en voyais jamais avant des bébés de moins de 32 semaines.

J'ai eu l'occasion de percevoir l'émotion dans un staff réunissant les médecins des différentes maternités du réseau devant des images particulièrement choquantes. Malgré leur détachement technique et physique, les médecins sont parfois aussi rattrapés par des émotions :

Au staff inter maternité du réseau il y a un brouhaha permanent. Personne ne semble concentré, concerné. Il y a un bavardage continu, un médecin est même au téléphone. On demande très peu les avis des autres sur les cas présentés. Une femme avec une toxoplasmose au seuil de 100. C'est la limite pour être au seuil à risque. Le bébé peut aussi aller très bien. Mais comme le couple a demandé IMG, la décision d'une IMG est prise sans que cela n'arrête les discussions parasites. On se dit qu'il sera intéressant de vérifier l'état de santé du fœtus après. D'autres cas dramatiques défilent. Les médecins discutent entre eux, les biologistes idem et les internes idem. Le docteur semble parler au micro pour elle-même. Elle explique un cas de suspicion de nanisme pour laquelle on a pratiqué une IMG. En fait c'était une malformation génétique des os. La photo du fœtus est projetée sur l'écran. C'est cauchemardesque. Le brouhaha s'arrête. L'homme au tel raccroche et présente les photos. Avec ces photos sous les yeux, tous les bavardages ont cessé. [Notes, avril 2007]

Puisque malgré l'effort pour se détacher l'émotion survient quand même ; il faut y faire face. Le staff constitue à ce titre un lieu collectif de régulation des émotions pour les médecins et les internes, et d'apprentissage des attitudes à adopter pour les externes qui y assistent. A travers les remarques personnelles, qui s'opposent à la réserve neutre qui est de mise dans le comportement avec les patients, le staff garantit une attitude collective, un ajustement des réactions normatives au sein de l'équipe médicale. Il permet d'unifier les points de vue –du moins officiels– des internes qui les alignent sur ceux émis par le médecin. C'est de cette manière que le staff permet d'ajuster les pratiques médicales, ce qui constitue sa raison d'être, mais des normes sociales y sont également véhiculées, ce qui en fait aussi le lieu de la régulation des émotions.

Staff de 8H. Chaque dossier est examiné, commenté. Des questions techniques sont soulevées. On fait des remarques sur la mère pénible de telle patiente, sur le mari pénible d'une autre. Toute l'équipe approuve ou sourit. [Notes, novembre 2006]

Gérer les émotions revêt un double enjeu pour les soignants. D'une part, il ne faut pas que la patiente puisse les percevoir. L'émotion ne correspond pas à la professionnalité attendue par les patients de la part d'un-e professionnel-le de la santé. Cacher cette émotion demande une grande maîtrise de soi, en partie apprise au cours des études de médecine. Claire (21 ans, élève sage-femme de deuxième année) et Rémy (élève sage-femme de deuxième année) racontent comment les sages-femmes s'exercent à ne pas laisser leurs émotions transparaître :

Claire : Ce qui n'est pas facile c'est que les salles d'accouchement, dans la salle n° 1 il va y avoir une naissance qui se passe super bien, tout le monde va être joyeux. Dans la salle n° 2 paf, une césarienne. Donc il ne faut pas avoir l'air triste dans la salle où tout va bien, la maman est joyeuse et voilà

Rémy : Il faut savoir garder son sang froid.

Moi : Parce que vous changez pendant l'accouchement ? Vous passez dans les deux salles ?

Rémy : Ah oui.

Claire : Quand elles ont besoin

Rémy : Ah oui, toute la nuit on les voit hein. Donc on peut avoir 4, 5 patientes dans une nuit donc forcément, on change tout le temps. Ce n'est pas la même, ça dépend. C'est au cas par cas en fait.

Moi : Ça t'es arrivé toi d'avoir ce cas là en fait ?

Claire : Il faut être un peu comédien et savoir se transformer. Dès qu'on rentre dans une pièce et bien hop, c'est autre chose. Il ne faut pas transmettre ses peurs et tout ça à la patiente.

Gérer son émotion est une des dimensions du travail de care qui consiste à préserver la patiente de ses propres angoisses. Pascale Molinier précise que l'invisibilité est nécessaire au travail de care pour qu'il soit efficace :

« Ces savoir-faire sont discrets au sens où, pour parvenir à leur but, les moyens mis en œuvre ne doivent pas attirer l'attention de celui qui en bénéficie et doivent pouvoir être mobilisés sans en attendre forcément de la gratitude. Il en résulte que le travail de care se voit avant tout quand il échoue, quand le sourire se crispe ou disparaît sur le visage de l'infirmière »¹⁸²

Le témoignage de Mélanie à propos d'une situation où elle a perdu la maîtrise de ses émotions montre que ceci peut-être toléré par les autres membres de l'équipe soignante à la condition que la patiente soit préservée pour que cela n'altère pas la qualité des soins ni le travail de care effectué par le reste de l'équipe :

Moi : Et je voulais demander si, dans une situation très difficile, par exemple ça se passe au bloc, par exemple vous sortez, vous vous effondrez en larmes. Ça arrive ça j'imagine ?

Mélanie : Ça peut arriver.

Moi : C'est pris comment par l'ensemble de l'équipe ?

Mélanie : Ça ne sera pas pris mal.

Moi : Ce n'est pas pris mal ?

Mélanie : Non. Sauf enfin, c'est...mais il faut savoir passer le relais. Si ça ne va pas il faut savoir faire appel à quelqu'un. Il ne faut pas, on ne peut pas tout laisser en plan quoi. On ne peut pas se permettre. Si on peut, si on n'a personne d'autre sous la main : il faut faire face à ça. Il faut tenir. Et sinon il faut passer le relais. On ne peut pas se permettre non plus de craquer devant les patients. Ça par contre il faut que l'on soit solide, parce que si nous on craque elles n'ont plus aucun repère. Souvent c'est nous qui nous occupons d'elle depuis tôt, enfin depuis soit le début du travail, soit depuis, enfin dans le service, même si ce n'est pas toujours la même sage femme, on a appris un peu à les connaître, on se passe les transmissions. Elles ont confiance en nous. Ou du moins on essaye qu'elles l'aient. Donc si nous on, on ne tient pas le choc devant ça euh, elles perdent leurs repères et on est leur seul, enfin pas leur soutien, mais une bonne partie quand même. Donc en fait nous, face à la patiente il faut tenir le coup. Donc si ça ne va pas, on passe le relais et on essaye tant bien qu'on peut de tenir. Mais ça peut arriver, ça ne sera pas, pas mal vu par les collègues. Moi ça m'est arrivé il n'y a pas longtemps,

Moi : Vous pouvez me raconter un peu ?

Mélanie : Un bébé qui est décédé, je l'ai su plus tard, ça m'a beaucoup marquée, j'y pense encore souvent, et c'est vrai que le matin quand je suis arrivée en garde pour prendre le boulot, j'étais partie en vacances entre temps, j'ai su qu'un bébé dont je m'étais occupée de la maman peu de temps avant était décédé quelques jours après la naissance. Même si je n'étais pas forcément impliquée au moment du décès euh, ça m'a fait un choc. Et bon et bien je me, je suis humaine hein ! Je me suis écroulée. Mes collègues m'ont réconfortée. Les médecins m'ont rassurée et puis et bien, c'est reparti pour la journée hein. Et bon, c'est vrai que ce n'est pas facile.

¹⁸² Pascale Molinier, « Le care à l'épreuve du travail », op.cit., p 303.

D'autre part, il s'agit pour les soignants de pouvoir épancher leurs émotions pour ne pas être trop affectés personnellement. La gestion des émotions n'est pas instituée officiellement, elle fait l'objet d'une gestion collective qui repose sur la disponibilité du groupe de pairs.

Moi : Mais vous faites comment pour gérer tout, toute cette émotion ?

Mélanie : On fait comme on peut.

Moi : Il n'y a rien de prévu au sein de

Mélanie : Si, si on a besoin, je pense, enfin si, ce n'est pas je pense, on peut faire appel au psychologue du service, mais, c'est rare qu'on le fasse, c'est rare qu'on le fasse, dès fois c'est vrai que ça ne ferait pas de mal. Euh, on en parle entre collègues dès fois aussi un petit peu des situations on est, on est tenues par le secret médical, mais sans forcément dévoiler les grands, il y a beaucoup de choses pour parler parce qu'on connaît, parce qu'on a toutes connu des, et on connaîtra encore ce genre de situation, mais c'est vrai que dès fois, moi je rentre chez moi je suis pff, démoralisée hein ! C'est vrai que c'est dur. [...] Donc c'est vrai que c'est très très dur. Et puis et bien les amis et la famille sont là mais bon, pas toujours. Vous savez que dès fois c'est avec les collègues qu'on en parle le plus, et puis, et puis dès fois ça aide, dès fois ça n'aide pas et puis dès fois il faut du temps. Comme les parents peuvent mettre du temps pour oublier les choses, nous on peut mettre du temps pour en oublier d'autres. D'ailleurs on ne les oublie pas vraiment. On les met de côté, on les garde, on les met en mémoire.

Les soignants discutent avec leurs collègues de leurs sentiments. La proximité des expériences entre collègues facilite la compréhension mutuelle. Cependant l'épanchement émotionnel ne doit pas dépasser certaines bornes fixées implicitement, sans quoi la personne sera considérée comme trop impliquée émotionnellement, ce qui conduit au soupçon d'une professionnalité insuffisante. Le staff est un lieu de régulation normative des émotions, car il permet de déterminer les émotions légitimes. Mais il est aussi un lieu institué qui permet aux médecins, en particulier aux jeunes médecins – il est considéré comme légitime de leur part d'être encore affectés par leurs expériences difficiles-, de faire part de leurs expériences. Ainsi ils prennent une distance réflexive sur les origines de leurs émotions qui leur permet de s'en détacher. Mais comme le précise Coline, la discussion entre les pairs s'engage en cas de besoin à la moindre occasion, même en dehors de ce lieu institué.

Moment calme dans le bureau des sages femmes. Aline (23 ans, élève sage-femme de quatrième année) me demande ce qui m'intéresse dans le staff. Elle trouve ça long et pénible. Je lui dis que c'est un moment officiel où les médecins parlent des patients entre eux. Coline (29 ans, interne en gynécologie) intervient : « *On en parle tout le temps. De toute façon dans une soirée, tu mets deux personnes de la santé : elles parlent boulot. Tu vois, celui qui a dû découper un fœtus pour le sortir dont on parlait ce matin ? Où il a dû recoudre la tête du petit pour faire les photos. La tête ne passait pas et les jumeaux étaient morts in utero depuis plusieurs jours. A l'accouchement il a dû tirer et la tête du deuxième est restée dans l'utérus. Dans un premier temps il en parlait tout le temps. Pendant une semaine il ne parlait que de ça. Sur le ton de la plaisanterie mais...* » Aline ajoute : « *On en parle tout le temps* ». [Notes, mars 2007]

La gestion des émotions repose sur le groupe de pairs. Cette solidarité professionnelle peut aussi être considérée comme un travail de care des soignants les uns envers les autres. En effet, l'attention que se portent mutuellement les professionnel-le-s leur permet d'améliorer leur condition de travail. En plus de l'écoute que je viens de mentionner, j'ai pu observer deux autres formes de ce care entre professionnel-le-s. Je n'ai pas pu observer celui-ci chez les médecins, mais on peut supposer que ce comportement de soin mutuel est moins bien accepté dans une profession basée sur des références masculines –de virilité et de compétition- que dans les professions de sages-femmes et d'aides-soignantes qui sont comme on l'a vu basées sur des comportements attribués au féminin –sollicitude et compassion-. La première forme de travail de care à destination des professionnelles réside dans le soin que chacune des sages-femmes apporte à rédiger la feuille de soin destinée à la collègue qui va la remplacer. Certes, on peut considérer que ce soin est apporté dans une optique de permettre une meilleure efficacité. Mais il s'agit vraiment d'un soin esthétique qui dépasse largement la préoccupation d'efficacité.

La rédaction des feuilles de soin destinée à passer l'information aux collègues est très soignée. Plusieurs couleurs, traits à la règle, heures des traitements entourées, choses importantes surlignées. C'est faciliter le travail aux autres en leur rendant la lecture plus agréable. [Notes, mars 2007]

En outre, si les sages-femmes disposent de moments plus calmes, elles n'hésitent pas à préparer des papiers pour leurs collègues, afin que celles-ci en soient débarrassées. Cette manière d'avancer le travail d'autrui si on le peut est à relier à la dimension d'urgence vitale que prend parfois le travail hospitalier – la temporalité du travail hospitalier se caractérise par une succession de moments calmes auxquels peuvent succéder de véritables accélérations-. Par conséquent, les soignantes considèrent qu'il est toujours possible que l'urgence surgissent et que leurs collègues

soient embarrassées pour remplir des dossiers ou des feuilles d'analyses, alors qu'elles-mêmes disposent actuellement du temps pour le faire.

Le dimanche, je trouve Virginie dans le bureau des sages-femmes du premier étage. Je lui demande ce qu'elle fait là. Elle répond : « je prépare les analyses pour les collègues demain, je n'aime pas rester sans rien faire ». [Notes mars 2007]

L'oisiveté est tout à fait contraire aux valeurs que les soignantes considèrent comme fondatrice de leur travail. L'énergie engagée dans le travail peut en effet se prévaloir d'altruisme, et la surcharge de travail est valorisée. Les soignantes se plaisent à décrire les journées de fortes influences où elles « ne se sont pas assises de la journée ». Enfin, toujours parce qu'on ne connaît jamais à l'avance la masse de travail hospitalière, il est fréquent que si un service est débordé, les soignantes des autres services se libèrent pour aider leurs collègues à surmonter le surcroît de travail, mais dans le cadre des tâches dévolues à chaque profession. Alors que dans un même service il arrive que la sage-femme assiste l'aide-soignante dans une tâche qui lui revient normalement, les services rendus entre services respectent la division hiérarchique du travail : les sages-femmes proposent leur aide aux sages-femmes, les aides-soignantes aux aides-soignantes.

Le service des salles d'accouchement est débordé parce qu'un grand nombre de femmes accouchent aujourd'hui. Clémence (sage femme, 30 ans, 6 ans de métier) descend pour aider parce que le moment est calme en GHR. En salle d'accouchement elle dit : « *Je viens filer un coup de main* ». Sa collègue répond : « *Ca va se faire* ». Clémence : « *Vraiment ?* ». Sa collègue dit : « *Vraiment, ça va se faire.* » Nous remontons en GHR. Sophie (35 ans, aide-soignante, 15 ans de métier) revient. Elle était descendue en suite de couche où il y avait beaucoup de chambre à préparer. Ses collègues étaient contentes. Clémence lui dit : « *Moi elles ont dit qu'elles allaient gérer, il y en a qui gèrent vraiment bien le stress* » (on perçoit un mélange entre le compliment pour sa collègue et la déception d'avoir été repoussée). [Notes, Avril 2007]

Dans tous les cas, ce care « interprofessionnel » dépend de la bonne volonté des individus car ils ne l'accomplissent que de leur propre chef. Il est aussi fonction des affinités entre les professionnelles. Je suppose qu'elles ne vont pas aider de leur propre chef une collègue qu'elles n'apprécient pas, même si je n'ai pas eu l'occasion d'observer ce cas de figure.

- Travail de care et engagement personnel

Le travail de care en particulier dans sa dimension physique suppose une proximité des corps qui conduit à un engagement personnel des professionnelles, surtout si cette proximité est régulière et dure dans le temps comme c'est souvent le cas dans un service de GHR.

Le travail des sages-femmes nécessite un engagement du corps car il est basé sur un savoir-faire du toucher du corps de la patiente : toucher pour déterminer la position du bébé, toucher pour mesurer l'ouverture du col de l'utérus... Ce contact régulier, même si le toucher médical n'est pas caresse, crée un lien d'intimité particulier. Le travail de soignante, parce qu'il engage le corps et fait naître des émotions implique personnellement celles qui le pratiquent. Comme le suggère ce témoignage de Mélanie (sage-femme, 25 ans, 18 mois de métier), cet engagement persiste en dehors des nécessités professionnelles :

Mélanie : Moi quand, quand je laisse des dames en travail, et on travaille par douze heures donc on ne travaille pas tous les jours de la semaine, je reviens la semaine d'après : je regarde toujours dans le cahier d'accouchement, comment elles ont accouché, comment ça c'est passé, si je vois ma collègue qui s'en est occupée, on le fait toutes ça ! On le fait toutes de se renseigner sur les, sur les patientes qu'on a suivi ou qu'on a, dont on s'est occupée, même un court moment. On les voit une heure, mais on aime bien savoir comment ça s'est terminé. Il n'y a pas très longtemps encore, j'ai vu une dame que j'avais accouchée pour son premier. Je l'ai vue un matin à 6h, je quittais à 7h donc je n'ai pas fini de m'en occuper, mais, c'est marrant, parce que là aussi elle m'a reconnue tout de suite et moi aussi. Mais euh, bon bah, j'ai pris de ses nouvelles par la suite et ça c'était très bien passé mais c'est bizarre. Mais c'est plein de, plein de bonnes choses, de très bonnes choses. Mais c'est vrai que quand il y a des moments durs, ce ne sont pas des petits. Ce n'est jamais des petits coups durs, c'est toujours des gros, malheureusement.

Le métier d'aide-soignante nécessite un engagement du corps plus intense encore. En charge des soins physiques, elles ont une proximité avec le sale qui renforce l'intimité partagée. D'ailleurs, elles ont souvent le souci de préserver autant que possible l'intimité des patientes dont elles ont la responsabilité, comme le montre l'attitude de Simone (aide-soignante, 45 ans, 25 ans de métier) concernant les bols à urines.

Simone s'occupe des flacons d'urine. Elle peste contre ses collègues qui les pose au pied du lit : « c'est agréable, elles ont ça sous le nez toute la journée, et puis elles ont des visites quand même ».

Elle prend soin de les placer derrière le rideau du lavabo. Ce geste montre qu'elle se soucie de préserver une part symbolique de l'intimité des patientes : je suis moi-même gênée par cette exposition des déchets corporels [...] Je suis à l'aise avec Simone. Je l'aide à préparer les plateaux, faire les lits, etc. Mais j'ai du mal à toucher les objets sales et elle ne me laisse pas trop faire. Finalement, j'ai mis des gants et j'ai porté moi-même un pot à urine dans le lavabo. J'avais peur de le faire tomber, qu'il glisse. Je ne le ferais pas avec un bassin. [Notes, mars 2007]

Cette proximité professionnelle avec les déchets du corps engage les aides-soignantes, elles éprouvent parfois le sentiment d'un risque lié à leur implication corporelle. Dans le service de GHR, le risque de contamination est limité. Toutefois, j'ai pu observer par deux fois combien la proximité avec certaines sources d'infection, par exemple du VIH, peut perturber le travail des aides-soignantes, en raison du risque qu'elle implique qui dépasse largement le cadre professionnel. En premier lieu, Simone était préoccupée par l'annonce qui lui avait été faite de devoir prochainement assumer la responsabilité des soins d'une patiente atteinte par le VIH. Sa préoccupation concernait sa propre sécurité, mais aussi celle des autres patientes.

Simone (aide-soignante, 45 ans, 25 ans de métier) récrimine contre l'arrivée d'une dame atteinte par le HIV qui doit venir accoucher lundi. Elle sera installée en GHR – pour disposer d'une chambre individuelle- alors que sa place logique est en suite de couche. Simone craint de devoir lui réserver une douche et des toilettes alors qu'il y en a si peu. Une chambre au premier est aménagée spécialement avec des sanitaires à l'intérieur. Simone dit : « évidemment, on y met les huiles ». Mais l'aide-soignante du premier répond : « elle est occupée par une dame à l'esprit dérangé qui chante toute la nuit ». Simone semble préoccupée par cette arrivée, jusqu'à ce qu'elle réalise qu'en fait il n'y aura pas de risque avant la césarienne car pas de sang. Et elle n'est plus de service après. Cette constatation la soulage beaucoup. [Notes, mars 2007]

L'expérience de Sophie qui s'est piquée avec une seringue d'origine inconnue montre combien l'engagement corporel des aides-soignantes est plus intense que celui des sages-femmes car il est influencé par des paramètres que les aides-soignantes ne maîtrisent pas.

Sophie (35 ans, aide-soignante, 15 ans de métier) me raconte qu'hier elle s'est piquée à une seringue en vidant une poubelle. Dans le couloir, elle arrête Clémence (sage femme, 30 ans, 6 ans de métier) et Marie (23 ans, élève sage femme de quatrième année) pour essayer de comprendre avec elles comment une seringue a pu se retrouver dans cette poubelle. Sophie explique que ça l'inquiète beaucoup. Clémence et Marie lui disent de ne pas s'inquiéter, que toutes les patientes actuellement en GHR sont HIV négatif. Après qu'elle soit partie, Clémence dit : « *moi je ne m'inquiète pas comme ça, même quand je me pique. Il faudrait vraiment un concours de circonstances : une aiguille creuse et puis c'est moins de 0,07% des personnes qui ont HIV positif. Mais Sophie s'est piquée à cause d'une erreur de poubelle ; c'est normal que ça la travaille.* » [Notes, mars 2007]

Le travail de soin nécessite un engagement qui peut se traduire par un sentiment de responsabilité concernant l'état de santé des patientes dont on a la charge. Il est fréquent que les aides-soignantes s'enquière auprès des sages-femmes de l'état médical de telle ou telle patiente. Conscientes du lien qui attache les aides-soignantes aux patientes, les sages-femmes les informent volontiers¹⁸³. Les aides-soignantes transmettent ensuite les informations aux auxiliaires de soins hospitaliers. Ces informations médicales sont retraduites et réinterprétées, mais elles servent de bases aux discussions que les aides-soignantes et les ASH mènent entre elles au sujet des patientes. Les aides-soignantes et dans une moindre mesure les ASH se sentent concernées par l'état de santé des patientes, bien que cet état de santé médicale dépasse le cadre théorique de leur tâches. Ce souci révèle combien la proximité répétée dans la durée avec des êtres humains dont on a la responsabilité provoque une empathie qui devient une base de travail.

Pendant le déjeuner, Simone (aide-soignante, 45 ans, 25 ans de métier) dit qu'on ne verra peut-être pas le petit de Mme I. Christine (38 ans, auxiliaires de soins hospitaliers) répond : « *on ne va pas le lui souhaiter, mais c'est quand même possible qu'elle accouche ici* ». Simone dit : « *en tous cas elle a bien grossi, en arrivant elle était plate comme une limande !* » Ce sera un sujet de plaisanterie au moment de la distribution des plateaux. En arrivant devant la porte de Mme I, Simone dit très fort : « *je ne sais pas si on va donner un dessert à Mme I, elle a beaucoup grossi !* ». Christine répond : « *Non, elle va être privée de dessert !* » Cela fait rire Mme I. Simone va exprès lui chercher un flan au caramel dans le réfrigérateur pour l'ajouter à son plateau –le dessert prévu est une compote- car elle sait qu'elle aime ça. Elle me dit « *on les chouchoutent ici. D'ailleurs quand elles descendent elles s'en rendent compte. Mais ici elles ont besoin d'attention. En bas, c'est différent, elles doivent juste apprendre les soins aux bébés* ». [Notes, mars 2007]

¹⁸³ En tous cas dans les observations que j'ai pu faire.

A travers sa pratique, le travail de care entraîne un engagement personnel qui met en jeu le corps et les émotions. Mais cet engagement varie en fonction des affinités qui se développent avec les patientes. Je fais également l'hypothèse que cet engagement affectif et relationnel personnel nécessite que les soignantes se considèrent comme responsable du bien être de la patiente en question. Il me semble que l'engagement émotionnel qui détermine la qualité du travail de care ne peut naître qu'à cette condition.

Le service des suites de couches est débordé. Clémence (sage femme, 30 ans, 6 ans de métier) informe Simone (aide-soignante, 45 ans, 25 ans de métier) que les « C1 vont monter », c'est-à-dire que les femmes qui ont été césariées dans la journée et dont les enfants sont pris en charge par la pédiatrie vont être installées dans des chambres de la GHR. Simone répond « *évidemment, ils nous envoient celles qui donnent du travail !* » Deux femmes doivent monter dans la chambre à trois lits. Nous préparons leur arrivée. Nous repassons dix fois dans la chambre pour voir si elles sont arrivées. La huitième fois, un bouquet de fleur est posé avec des affaires sur une table de nuit et de l'eau a été renversée par terre. Simone doit donc repasser la serpillière alors qu'elle vient de faire le ménage de la chambre à fond pour préparer l'accueil des patientes. La patiente n'est toujours pas là. Simone demande plusieurs fois à Clémence si elle sait où est cette patiente. En rentrant d'être allées déposer un échantillon urgent au laboratoire, nous croisons devant la porte des patientes qui fument. L'une d'elle est en fauteuil. Elle pourrait être la patiente que nous attendons depuis près de deux heures. Simone en est convaincue. L'aide-soignante du premier étage nous apprend que la deuxième dame attendue ne montera pas car son bébé est en mauvaise posture en réanimation. La patiente arrive enfin. Elle demande de l'aide pour s'asseoir, puis de l'aide pour changer ses protections. Elle semble beaucoup souffrir. Simone s'exécute de mauvaise grâce puis la critique beaucoup quand nous sommes en salle de soin. « *Elle fait celle qui a mal, mais elle vient de se promener pendant une heure. Elles ont vraiment besoin d'être assistée. Moi je ne supporterais pas qu'on me tripote le cul comme ça. Je me débrouillerais toute seule* ». Un peu plus tard, la même patiente sonne. Elle a besoin du bassin pour uriner. Simone s'exécute encore de très mauvaise grâce. La patiente a des gaz et Simone est dégoûtée en nettoyant le bassin. Elle dit : « *elle ne peut pas faire pipi toute seule celle-là ! Je me suis fait gazée gratuitement* » En traversant le bureau des sages-femmes elle dit à la cantonade : « *la dame du 21 a uriné et gazé!* » Sourire de toutes qui comprennent le sous-entendu. [Notes, mars 2007]

Ce qui est intéressant dans cette observation, c'est que le comportement de Simone envers cette patiente contraste complètement avec son comportement habituel avec les patientes du service de GHR. Alors qu'elle n'hésite pas à se compliquer la tâche pour améliorer le confort des patientes de GHR, elle fait les soins de la patiente confiée par le service des suites de couches de très mauvaise grâce et en protestant beaucoup. Cette patiente représente pour elle un surcroît de travail dû non pas à la nécessité, mais aux collègues débordées. Simone estime que s'il fallait libérer des lits en suite de couche on aurait dû « faire monter » des patientes qui nécessitent peu de soins, accouchées depuis plusieurs jours par exemple, ce qui aurait montré la bonne volonté de ses collègues. La différence dans le comportement adopté par Simone en fonction des patientes montre que l'investissement personnel que nécessite le travail de care est facilité par le sentiment d'avoir la responsabilité de la personne concernée. Un adage populaire dit « qu'on n'aime pas les enfants des autres » ; de la même manière il est juste de dire « on n'aime pas les patients des autres ».

L'importance du travail de care dans l'expérience profane

Les femmes hospitalisées dans le service de GHR sont placées pour plusieurs semaines et quelquefois plusieurs mois dans une situation difficile. Leur dépendance physique est aggravée par le fait qu'elles doivent confier les décisions concernant leur grossesse aux soignants et que l'issue de cette grossesse est incertaine. Pour la plupart, elles doivent rester alitées ; leur socialité est limitée aux visites qu'elles reçoivent et aux contacts avec les soignants. Dans un tel contexte on comprend l'importance que revêt le travail de care pour les patientes et par extension pour leurs conjoints. Si ces derniers ne partagent pas l'expérience physique de leurs conjointes ils partagent en revanche une part de l'anxiété qu'elle génère. Ils sont donc également sensibles au travail de care aussi bien physique qu'émotionnel des soignantes.

- L'attention, l'amabilité et la question de l'individualisation

Le reproche le plus fréquemment adressé aux institutions comme l'hôpital est l'anonymat dans lequel elles plongent leurs usagers. Ce dépouillement identitaire est violent, en particulier pour les patients issus des classes populaires qui se sentent méprisés. Ils adoptent alors un comportement de défiance. Ils ont la sensation d'être soigné à la chaîne, comme à l'usine, comme nous l'expliquent Mr et Mme C :

Mme C (34 ans, employée, un enfant): Mais c'est, ça reste toujours médical, médical, médical. Quand vous savez que vous êtes là pour un bout de temps, au bout de 2, 3 jours normalement ça devrait y aller, mais là non. C'est la, (pleure, émue, voix se casse) tu devrais parler un peu

Mr C (35 ans, militaire, un enfant) : Non, mais là ils, non, ils ne parlent pas là-bas. C'est l'usine.

Moi : Vous avez essayé d'entrer en contact ? Et on vous a repoussé ou ?

Mr C : Non, je ne sais pas... vous voyez, c'est leur boulot. On n'a pas le temps de rentrer en contact avec eux. Ils arrivent, ils expliquent ce qu'ils font, tac, et après ils s'en vont. C'est, on ne rentre peut-être pas facilement en contact avec les gens non plus, euh, ça vient peut-être de notre part aussi, mais c'est...oui mais là vous êtes venu pour ça tandis que eux ils arrivent, c'est ou pour donner le plateau ou pour remettre un sachet de potion, je ne sais pas quoi. Ou du liquide, ou brancher une perf, ils viennent faire ça. C'est deux mots même pas et puis hop, c'est reparti quoi. On voit que

Mme C : Si moi je me souviens que

Mr C : On voit que c'est le boulot, peut-être qu'ils ne sont pas assez nombreux non plus quoi. Il y a pleins de trucs qui rentrent en compte quoi. Mais euh.

Moi : Et c'est ça qui a été le plus dur dans votre expérience ?

Mr C : L'aspect, oh bah oui, de, c'est l'usine.

Mme C : Oh bah oui, quand vous y êtes 15 jours, oui.

Mr C : On voit que c'est l'usine quoi.

L'anonymisation de l'hôpital est un sentiment largement partagé par les patientes. Pourtant, les sages-femmes et les aides-soignantes du service de GHR s'efforcent de rendre leur individualité aux patientes. Contre l'organisation taylorienne du système de soin hospitalier, les sages-femmes essaient de laisser une place aux liens individuels, comme nous l'explique Mélanie (sage-femme, 25 ans, 18 mois de métier) :

Mélanie : Chacun a sa façon personnelle de ressentir les choses. Il y a des sages-femmes qui ne veulent faire que de la salle d'accouchement. Moi ça ne me tenterait pas de ne faire que de la salle d'accouchement. Ça ne me tenterait pas de ne faire que de la GHR ou que des suites de couches. Moi ce qui me plaît c'est de faire tout. De pouvoir varier justement parce qu'on peut être amenée à voir des dames que l'on a suivi pendant la grossesse, on les voit accoucher, on les voit après, les dames qu'on accouche, ça m'arrive souvent de remonter les voir en suite de couche par la suite. Parce que savoir comment ça se passe après, si le bébé va bien, et puis vis-à-vis d'elles aussi, c'est plus humain. Elles ça les, même admettons une garde où on n'a pas trop le temps de s'en occuper jusqu'à l'accouchement parce que il a fallu s'occuper d'une autre dame ; le fait qu'on les voit après et bien elles se disent finalement et bien, je n'ai pas été qu'un numéro. Et ça c'est vachement important ! Elles, elles accouchent une, deux, trois fois ? Nous on voit plusieurs naissances, mais elles, pour elles, ce n'est pas, elles n'en auront pas multiples naissances et accouchements. Autant que ça reste un bon souvenir. Ça ne reste pas toujours comme elles le souhaitent mais on peut essayer de faire un maximum pour que ça se rapproche de ce qu'elles imaginent. Tout en sachant qu'après il y a toujours des aléas et des choses qui surviennent et qui font que on ne peut pas prévoir mais, il faut faire avec.

L'individualisation des patientes n'est pas prévue dans le système hospitalier tel qu'il est organisé. C'est en ce sens qu'il relève d'un travail de care de la part des soignantes qui s'appliquent à la pratiquer. Ces efforts sont d'ailleurs reconnus par de nombreuses patientes, qui après avoir expliqué leur sentiment d'être considérée comme un numéro nuancent leur propos en soulignant les efforts de certaines soignantes dont elles ont conscience. Mme D (32 ans, fleuriste, pas d'enfant) explique combien ce travail de care l'a soutenu dans son expérience :

Mme D : Dès qu'elles voyaient que ça n'allait pas moralement elles le signalaient à la sage-femme, il y avait toujours quelqu'un pour venir parler pour voir ce qui n'allait pas. Et même le lendemain la sage-femme qui arrivait elle savait tout de suite que la veille j'avais pleuré par exemple. Parce que tout était noté dans les moindre détails. Un gros gros suivi psychologique là-bas. Et puis j'étais dans le service des grossesses à risques où on est toutes un petit peu dans le même cas les filles. Elles ont l'habitude hein. Elles savent qu'on a nos moment, on a besoin de craquer, de un petit peu pleurer pour évacuer tout ça quoi. On nous fixe des délais. Je suis partie d'ici j'étais à 31 semaines et demi, 32 semaines, après on vous dit ben il faudrait attendre 33 après 34, on nous fixe toujours des barres et ça arrive un moment où on se dit on n'y arrivera pas, ce n'est pas possible. Puis finalement, bon, j'ai eu la chance d'y arriver mais il y en a qui, qui ne passent pas le cap et donc elles accouchent prématurément [...]. C'est ce que je vous disais, tout le monde est bien à l'écoute. Ils sont très

proches, ils passaient très souvent dans les chambres...C'était vraiment à heures régulières, enfin ça on le savait, que le matin j'avais les soins, après elles repassaient en début d'après midi pour la tension, après il y avait le goûter si on voulait, le soir de nouveau la tension, elles repassaient après si on voulait une tisane ou. Non, ils étaient très présents.

Moi : Qu'est-ce qui vous a plu le plus à l'Hôtel Dieu ?

Mme D : A l'Hôtel Dieu ? C'est la gentillesse des filles qui s'occupaient de nous.

L'attitude de certaines soignantes permet ainsi la naissance de relations qui dépassent le cadre strictement professionnel, à l'instar de celle qu'a pu créer avec le temps Mme I (24 ans, assistante sociale, pas d'enfant), avec certaines sages-femmes mais aussi avec certaines soignantes. Ainsi, lors de l'entretien avec Mme I, Simone (aide-soignante, 45 ans, 25 ans de métier) est entrée avec le plateau, ce qui a été le prétexte à échanger des plaisanteries. La relation instaurée entre Simone et Mme I m'a frappée par la familiarité que l'on percevait entre elles. Le lendemain, j'ai passé la journée avec Simone pour comprendre en quoi consistait précisément son travail en pratique. La plaisanterie s'est poursuivie toute la journée, puisque dès que Mme I pouvait l'entendre, Simone lançait à la volée pour expliquer ma présence à ses côtés : « *Aujourd'hui j'ai une inspection parce que Mme I a dit plein de méchancetés sur moi hier !* ». Le travail de care effectué par les soignantes lorsqu'elles en ont la possibilité permet aux patientes de se recréer une existence sociale au sein du service le temps que dure leur expérience. Mais la possibilité de créer ce type de lien dépend de la manière dont est perçue la patiente (cf. le catalogage des patientes évoqué dans le chapitre 4) et de sa personnalité qui lui permet ou pas de créer ce type de liens.

- Le rôle des gestes comme communication non-verbale

Une grande partie du travail de care nécessite un engagement corporel de la part des soignantes. Cet engagement corporel participe principalement à la réalisation des tâches appartenant à la dimension physique du travail de care. Néanmoins, certains gestes plus personnalisés, spontanés, réconfortent les patients et participent en ce sens au travail de care dans sa dimension émotionnelle. Mr A (41 ans, comptable, pas d'enfant) nous raconte ainsi, ému, comment le simple geste d'une sage-femme qui a consisté à poser la main sur son genou l'a bien plus réconforté que les mots qu'elles étaient en train de prononcer et qu'il a oublié :

Moi : Est-ce que vous avez un exemple d'une situation, d'un échange qui vous a marqué ou ?

Mr A : Bien il y a une dame, une sage-femme. Euh, comment elle s'appelle ? Ce doit être elle qui doit être dans le service en haut en ce moment. Madame X, et ne serait-ce que cette dame quand elle vient toujours de bonne humeur, parler et tout ça. Et quand elle rassure, elle touche. Elle pose sa main sur le genou ou, ça, ça m'avait marqué la première semaine. Maintenant on est des vieux routiers du service donc ça va. Mais la première semaine on est un peu...Puis des gens, il y a des gens qui sont revêches au premier abord et puis quand vous discutez avec eux ils sont très gentils. Donc cette personne m'avait marqué pour ça. Parce que ce n'est pas toujours facile. Pour moi ce n'est pas de la rigolade mais bon. On fait avec. Mais pour ma femme qui est tout le temps allongée, qui ne peut pas sortir, ce n'est pas facile. Et donc il y a des petits gestes qui sont, comme le geste qu'avait fait cette dame, qui sont biens.

D'autres patientes citent des sages-femmes avenantes, « souriantes », « rigolotes », « qui ont toujours le mot pour rire », le comportement corporel des soignantes fait parfois plus que leur discours :

Moi : Vous avez eu des contacts quand même agréables ?

Mme C : Oh oui, il y avait cette jeune femme rigolote là !

Mr C : Elle, elle qui nous avait bien expliqué oui.

Mme C : Mais si vous voulez, elle va vous expliquer, mais il y aura toujours une blague derrière pour que ça vous fasse rire. C'est vrai que c'est pas grand-chose, mais vous arrivez au moins à rigoler avec des, avec deux ou trois mots, des mots banals, mais elle a l'impression de s'occuper de vous, tout en faisant son travail.

Mr C : Ouais. Donc ça c'est vraiment précieux quoi.

Le travail de care engage le corps car les gestes sont les vecteurs d'une communication infra verbale qui peut en dire autant que les mots, en particulier quand le récepteur est placé en situation de fragilité. Pascale Molinier constate que ce travail du corps est inculqué aux élèves infirmières de façon à ce qu'elles incorporent un *hexis*, un savoir-être adéquat au travail de soin.

« Si les infirmières adultes désiraient seulement soumettre les élèves, elles se contenteraient de leur demander d'obéir, elles ne chercheraient pas à les modifier dans leur corps. Mais le travail infirmier

est un travail sur et avec le corps. Pour devenir un outil efficace, le corps des infirmières doit d'abord s'effacer. La fatigue, la vulnérabilité, l'irritation, la souffrance doivent disparaître pour que la présence infirmière soit apaisante.»¹⁸⁴

Je n'ai pas pu observer cette inculcation aux élèves sages-femmes car les débutantes oeuvraient surtout dans le service des suites de couches, mais je fais l'hypothèse que le type d'apprentissage corporel doit être quasiment similaire pour ces deux professions, car le corps y est un outil de la même manière. Rémi (élève sage-femme de deuxième année) l'exprime bien quand il considère que le toucher des ventres est « naturel ». Il est encore en situation d'apprentissage, ce qui explique que certains gestes comme le toucher vaginal, lui apparaissent encore comme problématique. Mais il y a fort à parier qu'il apprendra au cours de sa formation à le considérer comme tout aussi « naturel » au fur et à mesure qu'il acquerra le savoir-être nécessaire à la profession de sage-femme.

Rémy : Non, non, mais quand, même il y a des rapports plus intimes que d'autres. Toucher les ventres c'est peut-être des rapports intimes, mais faire un toucher vaginal c'est peut-être beaucoup plus intime ouais. Pour une patiente. Moi je me mets à sa place, c'est quelque chose d'extrêmement intime mais, je, je ne me pose pas la question de savoir. Je me pose toujours la question pour le toucher vaginal, ce qu'elle peut ressentir parce que je suis un homme. Mais de toucher son ventre, c'est quelque chose qui est naturel. Je suis une sage-femme donc, c'est quelque chose de naturel.

- L'exemple de la nourriture

A l'image de Jean-Claude Kaufmann qui considère que l'étude des gestes du linge constitue un vecteur pour analyser la trame conjugale¹⁸⁵, j'utiliserais ici le vecteur de la nourriture pour mettre en valeur l'élaboration et les enjeux des gestes du care. En effet, la nourriture revêt une véritable importance sociale. Nécessaire au bien être physique, elle influence également le bien être moral des individus car elle est un support de plaisir. La nourriture est chargée de symboles, et la manière dont elle est préparée, distribuée, appréciée permet d'éclairer un enjeu fort de la relation de soin.

La nourriture est d'abord un vecteur de communication. Elle permet de parler de soi et de ses sentiments sans en avoir l'air. Se plaindre de la nourriture permet d'évoquer son mal-être sans le verbaliser en tant que tel. L'enjeu de la nourriture est d'autant plus grand que beaucoup de pathologies soignées dans le service de GHR nécessitent de suivre des régimes inhabituels pour les patientes : sans sucres par exemple dans le cas de diabète gestationnel. La nourriture collective est considérée comme moins appétissante, et cette réputation peut être attribuée au fait qu'elle n'a pas été préparée pour soi, mais pour tous –elle participe ainsi au processus d'anonymisation de l'hôpital- et au fait que sa présentation est désagréable car manger dans des récipients en plastique avec des couverts en plastique constitue une forme de rappel du statut de malade. Enfin, s'alimenter revêt une dimension sociale, particulièrement en France, et l'hospitalisation conduit les patientes à manger seules. La nourriture est alors dépouillée de sa dimension de plaisir pour être rapportée à sa dimension fonctionnelle.

S'inquiéter de l'alimentation des patientes et de leur faim permet aux soignantes de signifier aux patientes que leur état ne leur est pas indifférent. La nourriture est un sujet facile à aborder pour entamer la conversation. Ainsi, Clémence (sage femme, 30 ans, 6 ans de métier) saisira le prétexte de l'odeur du kebab que mange Mr E (32 ans, technicien de maintenance, 2 enfants) pour entamer une conversation avec Mme E (29 ans, auxiliaire de soin hospitalière, 2 enfants) sur un ton léger alors qu'elles ne se sont encore jamais vues. Cela lui permet de créer une interaction qui conduira Mme E à poser des questions qu'elle n'avait pas encore osé poser.

Clémence : Bonsoir ! Je m'appelle Clémence. Vous allez bien madame ?

Mme E : Oui, ça va ça va.

Clémence : Ca sent bon chez vous !

Mme E : Ca sent le kebab que mon mari est en train de manger

Clémence : Ah, c'est ça ! C'est pour ça !

Mme E : Il est sorti tard du travail alors le temps qu'il vienne me voir

Clémence : C'est sûr hein.

Mme E : Il amène à manger.

Clémence : Evidemment, il ne faut pas se laisser abattre hein ! (Elle rit) Un bon kebab. Et vous, vous avez bien mangé ce soir ?

¹⁸⁴ Pascale Molinier, *L'énigme de la femme active. Egoïsme, sexe et compassion*, Payot, Paris, 2003, p 125.

¹⁸⁵ Jean-Claude KAUFMANN, *La trame conjugale. Analyse du couple par son linge*, Paris, Pocket, 2006 [1997], 258 p.

Mme E : *Oui, ça va.*

Clémence : *Ca a été, c'était bon ce soir ?*

Mme E : *Oui, oh, léger hein.*

Clémence : *Léger ouais.*

Mme E : *C'est toujours léger.*

Clémence : *On ne fait pas d'excès hein, à la mater.*

Mme E : *Oh non ! (Mr E rit)*

Clémence : *Mais je vois que vous avez des, des bonnes choses (elle désigne les boîtes de chocolat sur la table d'appoint) C'est pour ça que vous mangez léger*

Mme E : *C'est surtout pour ça.*

Clémence : *Vous gardez un peu de place pour le dessert.*

Mme E : *Voilà, exactement, tout à fait. Vu tout ce qu'on m'a apporté cet après midi là.*

Clémence : *Et bah c'est bien.*

Mme E : *Il ne faut pas être malade tous les jours ! Je vous le dis hein, parce si on vous soignait trop comme ça, vous prendriez des kilos et des kilos !*

Elle procèdera de même avec Mme F (40 ans, assistante vétérinaire, pas d'enfant) qui se plaignait de la faim.

Nous parlons de la broderie. Et puis Clémence dit : « *au fait, nous avons eu les résultats de vos analyses* ». Mme F n'a pas de diabète. La diététicienne lui accorde donc l'autorisation de manger un pain entier pour la collation. Mme F semble soulagée : « *j'ai faim quand même. Mais c'est vrai que je n'ai que ça à faire de manger* » [Notes, avril 2007]

La distribution de la nourriture est une situation favorable pour entamer la conversation. Ce sont même les seuls instants de conversation dont Mme C se souvient :

Mme C : Si le seul truc où j'avais un peu des moments avec euh je ne sais pas comment on doit les appeler : c'est le soir quand on vous apporte le thé. C'est les seules femmes avec qui je discutais. Sinon je comprends très bien, chacun son boulot alors. Mais il y a un minimum.

Mme C qui ne trouve pas les mots pour décrire ses sentiments utilise fréquemment les références à la nourriture comme une image permettant de concrétiser les sentiments inspirés par son hospitalisation en synthétisant les situations d'interactions. Pour exprimer la qualité de l'accueil, elle explique qu'on l'a nourrit sans qu'elle n'ait eu besoin de le demander explicitement. A ces yeux, cela prouve qu'elle a été le sujet d'attention de la part des soignantes à ce moment là :

Mme C : C'est vrai qu'on a été super bien accueillis par contre. Tout de suite on s'est occupé de nous. Parce que elles ont pris mes affaires, elles ont très bien vu que je n'avais pas mangé donc elles m'ont mis en chambre, elles m'ont donné à manger. Je n'ai pas été délaissée.

Par contre, pour donner plus de force à sa description de l'hôpital comme une usine, elle se réfère à la distribution des plateaux, faite comme « à la chaîne » et à la nourriture d'aspect industriel.

Mme C : Ah non, je ne dis pas, question médical, y'a rien à dire. C'est vrai qu'au niveau médical, ils s'occupent bien de vous hein. Mais il n'y a pas que le médical ! Si moralement, ça ne va pas, vous ne pouvez pas remonter la pente.

Moi : Vous n'avez pas trouvé de soutien moral ?

Mr C : Non, même pas, même pas les personnes qui amenaient à manger hein ! C'est hop, pfou, allez hop ! (Il mime une sorte de distribution de plateaux à la chaîne).

Et plus tard dans l'entretien :

Mme C : Là où vous le voyez c'est déjà au niveau bouffe, c'est vraiment l'usine. (Rire de Mr C) c'est vraiment l'usine ! Je regrette, je ne suis pas difficile, mais il y a des fois, il y a des plateaux que je laissais hein ! Ah ouais !

La nourriture est symbolique. Elle est perçue comme reflétant l'estime dans laquelle on tient les personnes pour qui on la prépare et à qui on la donne. Ainsi, la clinique privée du secteur de l'Hôtel Dieu apporte un soin particulier à la diversité de ses menus. Les patientes choisissent pour la semaine et quatre ou cinq plats différents leur sont proposés

par repas, et les patientes qui avaient initialement choisit d'y accoucher explique leur choix par la qualité de l'hôtellerie : chambre spacieuse et nourriture variée. Les aides-soignantes de l'Hôtel Dieu font leur possible pour récolter et respecter les choix des patientes, mais celles-ci n'ont que peu de variation possible. En outre, il est fréquent que le service de restauration commette des erreurs par rapport aux commandes qui sont passées chaque jour par les aides-soignantes pour le lendemain. Ces erreurs provoquent l'agacement des aides-soignantes car elles peuvent être le vecteur par lequel s'exprime la mélancolie des patientes. Mme H (30 ans, kinésithérapeute, pas d'enfant) nous explique comment elle a été submergée de tristesse devant une énième erreur dans la composition de son plateau et comment l'attention des aides-soignantes peut s'exprimer dans la manière dont elles servent la nourriture ou au contraire la serve « mal » :

Mme H : Hier j'ai complètement craqué. Pourtant ça n'allait pas mal hier matin. Dimanche soir j'étais un peu tristounne mais, hier matin ça allait. Mais dans la journée j'ai. Tout, tout, me faisait exploser. Il n'y avait rien qui allait et j'ai fini par limite crise de nerf quoi hier soir au moment où on m'a apporté le plateau et où j'avais encore un plat que j'avais fait changé normalement dans ma commande et qui était là et c'est complètement, c'est idiot, ce n'est rien du tout, mais voilà. Toute l'accumulation de tout et puis la gestion de mon cabinet aussi parce que comme je suis libérale je ne peux pas tout oublier et imaginer que ça se passe comme ça. J'ai complètement pété les plombs hier soir.

Moi : Ça arrive souvent qu'ils se trompent de repas ?

Mme H : Ça arrive oui, quand même. Il y a des fois où ça n'a pas du tout été enregistré alors c'est sur toute une journée. Alors quand on n'a pas changé grand-chose, ce n'est pas grave, mais quand c'est quelque chose qu'on ne mange pas du tout et qu'ils n'ont pas les moyens de faire autre chose : c'est un petit peu désagréable. Et puis, quand on est alitée, enfin, les gens ne se rendent pas compte, mais même le personnel soignant ils ne se rendent pas compte, mais enfin ce sont des petites choses. Ils arrivent ils ont pleins de choses à faire donc ils poussent la table à roulette contre le mur. Et quand ils repartent, il y en a la moitié qui y pensent à la rapprocher. Et moi je me retrouve sans ma table. Et sur ma table j'ai à boire et ma télécommande. Ça c'est un exemple. Et c'est un petit peu tout le temps comme ça en fait. Où alors quand ils apportent le plateau et bien il y a qu'un sucre au lieu de deux. Sauf que ben vu que je suis couchée, la table il faut que je la remonte un peu, sinon, mes jambes elles ne passent pas dessous. Et le temps que je me redresse et bien ils sont déjà partis. Et c'est là que je m'aperçois qu'il manque un truc. Et je me dis sonner pour ça, c'est ça ne se fait pas, parce que ce ne sont pas des grosses choses non plus. Ce n'est pas un soin, ce n'est pas une urgence, donc ça me gêne de sonner pour ça en fait. Donc j'ai compensé, j'ai des sucres d'avance là pour être sûre d'en avoir et de ne pas en réclamer (rires).

Conscientes de l'enjeu, les aides-soignantes ont à cœur d'apporter le plus de soin possible à la présentation du plateau et d'apporter les aliments à la bonne température. Cependant, elles sont tributaires des moyens accordés à l'hôpital, qu'elles estiment très insuffisants et dont elles jugent qu'ils nuisent à leur travail de care.

A six heures, arrivée dans le service pour suivre l'aide-soignante. Simone (aide-soignante, 45 ans, 25 ans de métier) commence par sortir beurre et laitage du réfrigérateur « pour qu'ils soit moins froids quand on va les servir, c'est plus agréable ». [...] Chaque fois que Simone propose le petit déjeuner à une patiente, elle peste contre la qualité du café qu'elle peut proposer : du café en poudre. Elle ne peut plus donner de jus d'orange car il a été établi par l'administration que la GHR en donnait trop, mais elle propose aux patientes qui restent longtemps de mettre leurs propres packs dans le réfrigérateur et de le leur servir le matin. Elle va chercher le lait chaud au dernier moment dans la tisanerie pour qu'il soit plus chaud. [Notes, mars 2007]

Ainsi, les aides-soignantes ont conscience de l'enjeu symbolique que représente la nourriture et par conséquent de son importance dans leur travail de care. A l'image de Sophie (35 ans, aide-soignante, 15 ans de métier) à qui j'avais expliqué que je travaillais sur l'expérience de l'hospitalisation en GHR. Elle m'a alors donné des menus, en me disant que ça devait m'intéresser car « c'est important ce qu'on mange ».

Sophie râle parce que la cuisine a encore changé les menus sans prévenir : « nous on dit aux patientes qu'elles vont manger quelque chose et puis on est obligés de leur apporter autre chose. C'est normal qu'elles ne soient pas contentes ! ». Elle montre à Clémence (sage femme, 30 ans, 6 ans de métier) : « ce midi ils ont ajouté du saucisson et ce soir ils ont changé le fromage qui était prévu et n'ont pas mis de salade comme annoncé ». Elle juge cette attitude anormale, méprisante pour les patientes. Elle s'offusque. En sortant de la chambre de Mme F je lui dis : « ça sent bon ! ». Elle me donne alors deux menus en me disant : « ça peut t'intéresser pour ce que tu fais ». [Notes, avril 2007].

Dans cet extrait on voit bien l'importance que Sophie accorde à la composition des plateaux qu'elle sert et combien spontanément elle estime que la nourriture joue un rôle important dans l'expérience de l'hospitalisation dans le service de GHR, rôle que je ne peux ignorer. Sa capacité à accorder cette importance à la nourriture, qui rejoint les sentiments des patientes à ce sujet, contraste avec l'indifférence qu'accordent les médecins à cette question. Distribuer la nourriture est un soin de proximité, il permet l'intimité. C'est pour cette raison que Clémence parvient à susciter la confiance des patientes en quelques mots en s'intéressant à ce qu'elles mangent. Si la nourriture est tellement importante, c'est parce qu'elle possède une certaine dimension identitaire. Comme le pain sec et l'eau définissent la figure du prisonnier, la nourriture hospitalière définit la figure du malade. Par conséquent, l'alimentation hospitalière que reçoivent les patientes les renvoie à un statut de malade et à leur impossibilité de protester contre leur situation de dépendance.

En somme, nous assistons à un phénomène circulaire. Le care est au cœur du travail soignant. Il découle de la division hiérarchique du travail hospitalier, caractérisée par une répartition des tâches de soins qui respecte la division sexuée du travail traditionnelle. Dans le même temps, le fait qu'il définit une grande partie du travail soignant effectué par des femmes –sage-femme et aide-soignante- contribue à écarter les hommes de ces professions. Le travail de care continue donc à être effectué par des femmes, ce qui renforce la représentation sociale de la division du travail. Le travail de care comporte deux dimensions, l'une physique et l'autre émotionnelle, mais elles sont très imbriquées en pratique comme le montre l'exemple de la nourriture, car prendre soin de l'alimentation des patientes répond aux besoins de ces deux dimensions. Pratiquer le travail de care nécessite un engagement personnel des soignantes, à la fois physique et émotionnel. Celui-ci rend difficilement applicable l'injonction au détachement qui est pourtant présentée comme nécessaire à la professionnalité. Dans le même temps, les patientes ont conscience de ce travail et le valorisent. Les soignantes font face à une situation paradoxale : elles ont conscience de l'engagement personnel induit par le travail de care, mais les émotions inhérentes à cet engagement sont difficilement dicibles et leur gestion repose sur le groupe de pairs. Par conséquent, pour supporter le poids de cet engagement, les professionnel-le-s se soutiennent entre eux. Le travail de care n'est pas reconnu institutionnellement, « il n'est pas monnayable ». Cette situation s'explique sans doute par le fait qu'il soit principalement effectué par des femmes, dont les dispositions à l'effectuer sont naturalisées et invisibilisées. En revanche, cette situation contribue à véhiculer des normes de comportements genrées auprès des parents qui fréquentent la maternité, normes qui influencent leur représentation des rôles sociaux de sexe, entretenant ainsi la division sociale du travail.

CONCLUSION : Les interactions entre les soignantes et les patients influencent la construction de la parentalité vers une reconduction de la division traditionnelle des tâches parentales

La grossesse est un moment essentiel de la consolidation des rôles sociaux de sexe parce qu'elle est la période pendant laquelle s'élabore l'identité parentale. La construction de la parentalité entraîne les parents à se représenter leurs rôles de parents et ces rôles constituent ensuite le socle des comportements parentaux, en ce qui concerne le travail d'élevage des enfants en particulier et le travail domestique en général. Le diagnostic médical d'un risque dans la grossesse a pour conséquence l'hospitalisation des femmes enceintes jusqu'à ce que celui-ci soit écarté. Cette hospitalisation accroît l'influence du corps médical sur la construction de la parentalité car elle augmente la proximité entre les futurs parents et les soignants et la fréquence des interactions.

Comprendre de quelle manière les interactions avec les soignantes de la maternité influencent la construction de la parentalité nécessite de s'intéresser à la pratique des soins –donc à la sociologie de la santé- et à la surreprésentation féminine parmi les professionnelles – ce que permet en partie la perspective du care-. L'expérience de la grossesse à haut risque et l'hospitalisation qu'elle entraîne permet de problématiser les questions autour de l'autonomie et de la dépendance. En effet l'expérience étudiée s'articule autour d'une antinomie aporétique. Les parents sont d'une part exhortés à montrer leur autonomie en respectant la discipline médicale et les normes de parentalité, alors que d'autre part cette autonomie leur est justement niée par le placement de la femme dans une situation de dépendance et par leur incapacité supposée à élaborer seuls leurs propres normes de parentalité, qui est exprimée à travers l'imposition de comportements jugés adéquats par les soignantes. De plus, alors que les soignantes valorisent une implication paternelle accrue auprès des jeunes enfants, l'assignation sexuée des rôles parentaux qu'elles contribuent à véhiculer tend à confirmer la division sexuée des tâches parentales, par l'attribution aux conjoints de la place de « spectateur-soutien de la femme », et par le déséquilibre sexué dans leurs professions, qui présentent une surreprésentation féminine. Cette division sexuée écarte les hommes des soins aux jeunes enfants, ce qui pourrait expliquer le moindre engagement des pères en cas de séparation du couple par exemple. En outre, elle contribue à ce que le travail domestique, dont les tâches relevant de l'élevage des enfants représentent une large part, demeure principalement l'apanage des femmes¹⁸⁶.

L'hospitalisation de la femme enceinte dans le cadre d'une grossesse à haut risque influence la construction de la parentalité en modifiant à la fois la dimension physique et la dimension émotionnelle de la grossesse. La grossesse est d'abord une expérience physique sur laquelle l'hospitalisation entraîne des contraintes corporelles importantes –immobilisation de la femme, négation de son intimité, branchements de son corps à des appareils médicaux, et la séparation des conjoints soustrait en partie les transformations corporelles de la femme inhérentes à la grossesse au regard de son conjoint-. Ainsi, l'hospitalisation redéfinit complètement la dimension corporelle de l'expérience pour les patientes, et les parents qui vivent des grossesses à haut risque font l'expérience d'une pratique soignante très invasive. L'identité parentale se construit en partie à travers cette expérience physique pour les femmes, mais aussi pour les hommes. Elle doit alors être réinventée par les patients. Cette possibilité de réinvention dépend des ressources qu'ils parviennent à mobiliser, et de leurs interactions avec les soignantes. Celles-ci imposent des comportements et stigmatisent ceux qu'elles jugent mauvais, orientant de cette manière la construction identitaire des parents. Pourtant, les normes de parentalité véhiculées par les soignantes n'ont pas fait l'objet de définitions préalables explicites ; elles dépendent des représentations individuelles des soignantes qui sont liées aux catégorisations sociales et raciales qu'elles mettent en œuvre pour situer socialement les parents. Ces représentations évoluent à travers les interactions et parallèlement elles transforment celles des parents ; c'est pourquoi on peut parler de co-élaboration des normes de parentalité, tout en gardant à l'esprit son caractère asymétrique –la parole soignante a plus de poids que la parole des parents dans le cadre d'une grossesse dont le bon déroulement dépend du succès des soins mis en œuvre par le corps médical-.

L'expérience de la grossesse est aussi caractérisée par sa dimension émotionnelle, qui est fortement ébranlée par l'apparition d'un risque et par l'hospitalisation qui en découle. Le risque qui pèse sur le fœtus entraîne pour les parents la nécessité de redéfinir leur investissement affectif. En effet, l'enfant qu'ils attendent pourrait ne pas naître vivant ou bien garder des séquelles liées à la prématurité. A ce sujet, les soignantes transmettent une double injonction : les parents doivent à la fois s'investir pour correspondre aux normes de la bonne parentalité et se préparer au deuil pour ne pas être anéantis en cas d'échec des soins. Cette double injonction fait naître des incompréhensions, voire des conflits, d'autant plus que son expression dépend de la personnalité des soignantes autant que de la

¹⁸⁶ Comme le montre l'enquête emploi du temps de l'INSEE. Cf. entre autre travaux Cécile Brousse, « La répartition du travail domestique entre conjoint reste très largement spécialisée et inégale », *France Portrait social 1999-2000*, Paris, INSEE, 1999, pp.135-151.

perception qu'elles ont des parents. Cette perception est construite par les soignantes à l'aide de critères qui dépendent de leurs représentations personnelles. Son expression est donc variable et les parents sont désorientés par les incohérences inhérentes à cette variation. Ils conçoivent alors un sentiment d'incapacité à être parents, alimenté par la perte de maîtrise sur leur expérience, liée à sa prise en charge par le corps médical. En effet, l'identité de parent est fortement corrélée à la capacité à être autonomes, alors que leur autonomie leur est en partie retirée car ils sont dépossédés de leur grossesse qui est confiée à l'expertise soignante. Par conséquent, leur rapport à l'expertise, qui dépend des ressources qu'ils peuvent mettre en œuvre pour se réapproprier une part de l'expérience, influence considérablement la construction de leur identité parentale : soit ils conçoivent un sentiment d'incapacité durable, soit ils parviennent à restaurer une partie de leur autonomie en intégrant les normes qui leur sont imposées par une référence continue et répétée au risque. Ces normes confortent aussi la division sexuée des tâches parentales en plaçant l'homme en position de soutenir sa conjointe plus qu'en position de père. Ce faisant, elles bâtissent et entretiennent l'assignation sexuée des rôles parentaux.

La grossesse est la période qui précède l'accession au statut concret de parents. La maternité reste une composante essentielle de l'identité féminine. Par conséquent, les difficultés autour de la maternité provoquent la mobilisation d'un réseau de soutien composé très largement par les femmes de l'entourage du couple. L'importance de ces réseaux de soutien et de l'aide concrète dont ils font bénéficier les couples concernés montre qu'il ne s'agit pas d'un échange de services interindividuels isolés. Il s'agit bien d'une organisation sociale qui conduit les femmes de l'entourage à aider la femme hospitalisée à assumer son rôle de travail reproductif. Puisqu'à travers le service rendu aux hommes par la prise en charge de leurs tâches ménagères, c'est bien la femme hospitalisée qui est la destinataire de ce soutien. Celle-ci continue à l'hôpital à assumer la charge mentale du travail domestique. En assumant la charge pratique de ce travail, les femmes de son réseau lui permettent de supporter l'éloignement de son foyer. Elles lui assurent, à ce moment crucial de reconstruction identitaire que constitue la parentalité, que l'organisation domestique demeure identique, malgré le changement de statut du couple inhérent à la naissance d'un enfant. Ainsi, si le soutien du réseau permet aux messieurs de disposer de temps pour soutenir leurs conjointes tout en continuant à effectuer leur travail professionnel, il permet aussi que les tâches ne soient pas réellement redistribuées, assurant de cette manière la pérennité de la division sexuelle du travail : aux hommes le travail professionnel, aux femmes le travail domestique.

Le care est nécessaire à l'efficacité du travail de soin. Il découle de la division hiérarchique du travail hospitalier qui est caractérisée par une répartition des tâches de soins, qui respecte la division sexuée traditionnelle du travail. Les médecins – la profession de médecin conserve une identité de genre masculine- régissent et organisent le travail de cure tandis que les sages-femmes et les aides-soignantes assurent la prise en charge du travail de care –elles sont très majoritairement des femmes et ces professions ont une identité féminine-. Dans le même temps, le fait que le care définisse une grande partie du travail soignant des sages-femmes et des aides-soignantes contribue à écarter les hommes de ces professions. Le travail de care continue donc à être effectué par des femmes, ce qui renforce la représentation sociale de la division du travail.

Le travail de care comporte deux dimensions, l'une physique et l'autre émotionnelle, mais elles sont très imbriquées en pratique. Mettre en œuvre le travail de care nécessite un engagement personnel des soignantes ; cet engagement est lui aussi à la fois physique et émotionnel. Il est physique car leurs corps sont soumis à des contacts prolongés avec les corps des patientes. Il est émotionnel car le travail de care, qui consiste à prendre soin de personnes humaines placées en situation de dépendance, conduit à créer des liens avec ces personnes, liens qu'il est très difficile de circonscrire au cadre professionnel. Cet engagement des soignantes rend difficilement applicable l'injonction au détachement qui est pourtant présentée comme nécessaire à la reconnaissance de la professionnalité, reconnaissance dont l'enjeu est de mettre en valeur les compétences que ces professions exigent, par opposition à l'invisibilisation de ces compétences par la naturalisation de celles-ci comme spécifiques au genre féminin. Dans le même temps, les patientes ont conscience du travail de care effectué par les soignantes et de l'engagement qu'il nécessite et le valorisent. Dès lors, les soignantes font face à une situation paradoxale : elles ont conscience de l'engagement personnel induit par le travail de care, mais les émotions inhérentes à cet engagement sont difficilement dicibles car elles entrent en contradiction avec l'injonction professionnelle au détachement, pourtant leur gestion repose principalement sur le groupe de pairs. Par conséquent, pour supporter le poids de cet engagement, les professionnel-le-s se soutiennent entre eux, pratiquant un travail de care « interprofessionnel ». Malgré son importance dans la réussite thérapeutique, le travail de care n'est pas reconnu institutionnellement, et le temps qu'il nécessite n'est pas pris en compte dans la répartition officielle des tâches hospitalières. Cette négation institutionnelle limite sa réalisation car les soignantes sont accaparées par la mise en œuvre du travail de cure sur lequel se base officiellement leur activité. Cette situation s'explique par le fait que le travail de care est principalement effectué par des femmes, dont les dispositions à l'effectuer sont naturalisées et donc invisibilisées. Cette invisibilisation contribue à la transmission de normes de comportements genrées auprès des parents qui fréquentent la maternité, et ces normes influencent leur représentation des rôles sociaux de sexe, et entretiennent ainsi la division sociale du travail.

En somme, l'étude de l'élaboration des normes qui régissent la parentalité permet de réinvestir sociologiquement la question de l'identité parentale jusqu'à présent abandonnée à la psychologie. Elle explique comment la division sexuée du travail se perpétue, alors que l'égalité entre les sexes semble un idéal collectivement partagé ; et comment les comportements parentaux différenciés résultent d'une construction sociale qui n'a rien à voir avec des dispositions naturelles, même si les mécanismes biologiques de la reproduction humaine octroient des rôles physiques différents aux hommes et aux femmes¹⁸⁷. Elles permettent ainsi de poursuivre le processus de déconstruction des genres initié par les recherches féministes qui se sont heurtées à l'irréductibilité des mécanismes biologiques et ont évincé les domaines de la parentalité. L'absence de cadre théorique concernant la parentalité a ainsi permis au courant psychologique dominant de renaturaliser la différence des liens qui définissent la relation entre les enfants et leurs pères et les enfants et leurs mères, ceci alors que la maternité demeure une base de l'identité féminine. Cette renaturalisation constitue un nouvel obstacle à la réalisation de l'égalité entre les sexes puisqu'elle assigne les mères - et par extension le groupe des femmes- aux soins liés à l'élevage des enfants tout en continuant d'en écarter les pères -et par extension les hommes-. Ceux-ci se voient attribués le travail professionnel valorisé, tandis que les femmes sont confinées au travail domestique dévalorisé, malgré l'investissement professionnel qu'elles peuvent avoir par ailleurs, comme le montrent les études sur le partage effectif du travail domestique. En outre, la psychologisation des normes de parentalité conduit à stigmatiser les femmes qui se déchargent en partie du travail d'élevage des enfants en les taxant de « mauvaises mères », ce qui contribue par la culpabilité qui en résulte à limiter l'investissement professionnel des femmes. Paradoxalement, les hommes qui prennent en charge une partie de ces tâches sont valorisés à travers la figure des « nouveaux pères », largement relayée dans les discours des professionnelles en charge de la petite enfance, tandis que parallèlement les pratiques de ces mêmes professionnelles dans les institutions chargées des soins à la petite enfance tendent à les discréditer, considérant qu'ils font cela « en plus » et plaçant la mère comme figure de référence pour tout ce qui concerne ces soins¹⁸⁸. Ces institutions emploient majoritairement des femmes en partie parce que les métiers qui les composent résultent de la professionnalisation de tâches considérées comme naturellement féminines, et en partie parce que ces emplois sont peu valorisés et faiblement rémunérés, ce qui contribue à en éloigner les hommes, même si cette deuxième cause est aussi une conséquence de l'identification de ces emplois au genre féminin. En somme, les tâches relatives à l'élevage des enfants sont associées à la mise en œuvre d'une bonne maternité, qui fait partie intégrante de l'identité féminine, parce qu'elles sont naturalisées comme constituant un « instinct maternel », dont on a pu constater qu'il était largement entretenu par les professionnelles des institutions qui contrôlent la réalisation de ces tâches. La pérennité de l'identification au genre féminin du travail de soin aux enfants, et par extension aux personnes dépendantes, conduit à une situation paradoxale. Tandis que les discours égalitaires nés des mobilisations féministes appellent les hommes à s'investir dans le travail de care, les pratiques professionnelles qui en constituent la vitrine sociale continuent de les en écarter.

Étant donné l'importance de l'encadrement médical de la grossesse et de la petite enfance en France, et la légitimité qui est généralement accordée au discours médical, l'étude des services en charge des soins aux enfants¹⁸⁹ qui accueillent donc des parents -soit des individus identifiés à partir de ce statut- constituent des lieux idéaux pour saisir cette ambivalence entre discours et pratiques. Les pratiques médicales sont en effet caractérisées par une relation asymétrique entre les professionnels et les patients car les premiers disposent de l'autorité que leur confère l'expertise. Par conséquent, les normes qu'ils véhiculent à travers leurs discours et leurs pratiques influencent particulièrement la construction de l'identité parentale car elles sont considérées comme les « bonnes » normes. Comprendre la manière dont ces normes sont véhiculées nécessite d'analyser les interactions entre les soignants et les patients, dont les spécificités ont été mises à jour par les recherches dans le champ sociologique de la santé. Comprendre la teneur de ces normes nécessite d'effectuer une étude sociologique des praticiens de la santé, qui doit être mise en perspective avec les représentations de la parentalité disponibles dans l'environnement social et par rapport auxquelles les acteurs du corps médical se positionnent. Dans la mesure où les interactions avec les patients alimentent et donc modifient les normes soignantes, et que les normes soignantes influencent et transforment les normes parentales des patients, on peut affirmer qu'il s'agit bien d'une co-élaboration, qui reste asymétrique.

Le travail de recherche présenté ici a essayé de mettre en pratique cette double analyse pour éclairer les problématiques nées du travail de terrain, et en particulier les difficultés auxquelles se confrontent les patients pour comprendre, assimiler et mettre en pratique ces normes. En effet, elles varient selon les professionnel-le-s car elles sont déterminées par leurs propres représentations. Il résulte de cette variabilité un certain nombre d'incohérences que les parents sont chargés d'interpréter pour être en mesure de s'approprier ces normes ou de leur résister. La capacité à

¹⁸⁷ Le sexe des êtres humains, mâle ou femelle, détermine le rôle qu'ils peuvent jouer dans la procréation. Mais il ne détermine pas l'ensemble des comportements qui sont ensuite attribués par construction sociale à l'un et à l'autre et qui fondent les rôles sociaux de sexe sur lesquels s'appuie la construction d'identité de genre.

¹⁸⁸ Cf. entre autres les travaux de Annie Delvault et Judith Gaudet, « Le soutien aux pères de familles biparentales : l'omniprésence de « docteur maman » », *Service Social*, vol 50, 2003.

¹⁸⁹ Les maternités sont des institutions de soins pour les femmes et les enfants. Elles appréhendent d'ailleurs les femmes en tant qu'elles sont des mères potentielles, puisqu'elles s'occupent de leurs organes génitaux, et elles peuvent donc être incluses dans ce que je nomme institutions en charge des soins aux jeunes enfants.

faire ce travail et surtout son résultat dépendent des ressources qu'ils peuvent mobiliser. Par définition, les catégories socialement dominées en possèdent peu, ou bien celles qu'ils possèdent ne sont pas considérées comme légitimes, c'est pourquoi ils constituent les cibles privilégiées du travail social qui considère qu'ils ne respectent pas les « bonnes » normes. En somme, l'étude des normes véhiculées par le corps médical et de la manière dont elles le sont permet de reformuler la question de l'autonomie. Les individus sont enjoins à être autonomes, mais cette autonomie ne leur est reconnue que s'ils se comportent conformément à des normes qui sont considérées comme légitime par d'autres, en l'occurrence par le corps médical. Cette étude permet aussi d'éclairer la manière dont s'élabore socialement le modèle de la « bonne » parentalité dans un jeu de miroir entre le corps médical et l'espace public qui à la fois relaie et nourrit les normes qu'il élabore.

Les services de suivi des grossesses à haut risque sont des terrains particulièrement intéressants pour saisir la co-élaboration des normes de parentalité avant la naissance parce qu'ils forment un « cas-limite » : l'encadrement soignant de la grossesse est fortement renforcé et intensifié, et les représentations parentales sont ébranlées par l'expérience du risque.

Différentes études montrent comment les soignantes des services de suite de couches orientent la construction de la parentalité dans les premiers jours de la vie de l'enfant¹⁹⁰, qui sont aussi les premiers jours de mise en pratique des rôles parentaux, et je fais l'hypothèse qu'ils influencent durablement la pratique de ceux-ci. Dans un travail de thèse, je souhaite approfondir l'analyse de la co-élaboration des normes de parentalité en me concentrant sur les services de réanimation néonatale qui constituent eux aussi un « cas-limite » qui concerne pour sa part le début de la vie de l'enfant. Les enfants prématurés sont hospitalisés pour des durées variables qui peuvent excéder plusieurs mois, et l'âge minimum de viabilité de ces enfants recule sans cesse. Les parents effectuent leurs premiers gestes parentaux sous la surveillance et le contrôle des soignant-e-s, et les assignations comportementales que ceux-ci véhiculent sont d'autant plus influentes que la survie de l'enfant dépend de leur expertise. Les parents sont suspendus entre deux statuts : l'enfant est né, ils devraient être des parents à part entière, mais l'enfant a besoin de l'hôpital pour survivre, ils sont donc des parents dépendant de l'hôpital, ce qui limite drastiquement leur autonomie. Les parents concernés par une naissance prématurée rencontrent des difficultés pour construire leur identité de parents. On peut percevoir ces difficultés à travers l'exemple des faire-part de naissance qui ne sont souvent envoyés qu'au moment où l'enfant quitte l'hôpital, comme si ce moment constituait sa véritable naissance. Les normes soignantes ont d'autant plus de poids que seuls les parents et les soignantes peuvent approcher ces enfants et que les progrès de la réanimation néonatale créent des expériences de parentalité particulières ; les nouveaux parents, pour élaborer leur rapport à l'expertise, sont privés des ressources que constituent l'expérience parentale de leurs proches. La grande prématurité peut être à l'origine de handicaps et de malformations pour l'enfant, qui ne peuvent être déterminée qu'avec le temps. Les parents subissent une double injonction d'investissement et de distanciation, et en outre, ils ne savent pas comment sera cet enfant à l'issue de cette réanimation, comme si la grossesse n'était pas vraiment terminée et que ce bébé conservait une part du mystère du fœtus.

Nombres de publications psychologiques font état de séquelles psychiques que la réanimation néonatale laisserait aux enfants prématurés. Je souhaite réinterroger sociologiquement cette affirmation en postulant que la construction de la parentalité sous le joug de l'institution hospitalière pédiatrique conduit à un investissement parental particulier, à une parentalité spécifique. Comprendre cette construction particulière de la parentalité à l'hôpital permettra d'éclairer, certes l'expérience de la parentalité d'un enfant prématuré, mais aussi de souligner plus largement la co-élaboration des normes de parentalité et de leur mise en œuvre entre parents et professionnel-le-s.

¹⁹⁰ En particulier celle menée par G r me Truc : G r me TRUC, « La paternité en maternité. Une étude par observation », *Ethnologie Française*, XXXVI, 2006, 2, pp. 341-349.

1- Références

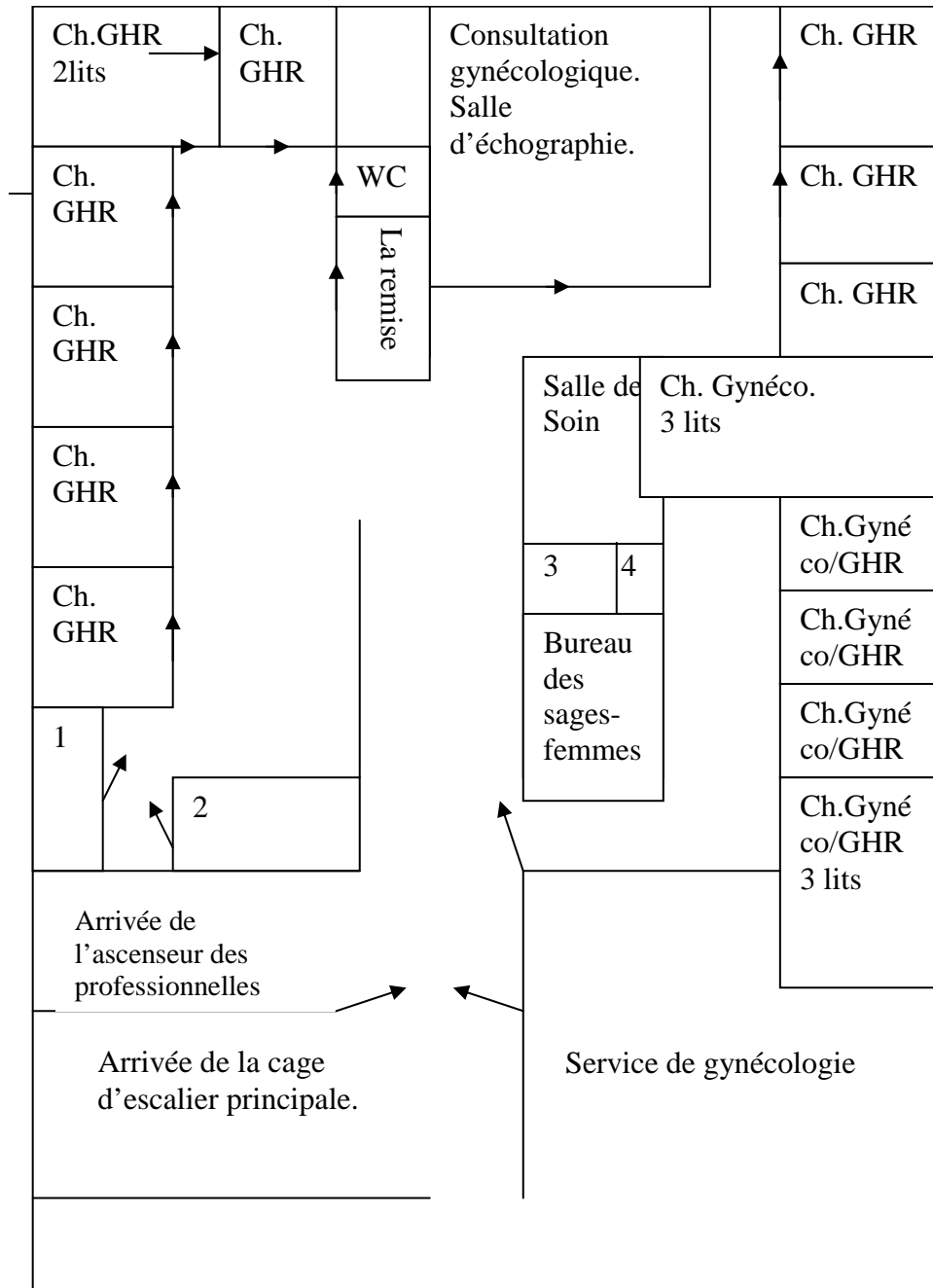
- Pierre AÏACH, Dominique CEBE, Geneviève CRESSON, Claudine PHILIPPE (ss dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*. Recherche Santé sociale, Rennes ENSP, 2001, 330 p.
- Anne-Marie ARBORIO, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos, 2001, 334 p.
- Madeleine AKRICH et Bernike PASVERR, *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas.*, MIRE, coll. Les empêcheurs de penser en rond, Synthélabo groupe, 1996, 194 p.
- Marc AUGÉ, *Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité*, Paris, Seuil, 1992, 149 p.
- Nathalie BAJOS et Michèle FERRAND, « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ? », *Sciences sociales et santé*, volume 22, pp 117-140.
- Jeannine BARBOT, et Nicolas DODIER, « Approche sociologique des rapports des patients à l'univers médical. Le cas de l'infection à VIH », in Chauvin, P., Parizot, I., *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris, 2005, Editions de l'INSERM, pp 226-234.
- Sabine BESSIERE, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue Française des Affaires sociales*, « Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », 1, 2005, p 19-33.
- Marc BESSIN et Hervé LEVILAIN, « Pères sur le tard, logiques temporelles et négociations conjugales », in *Recherches et prévisions*, Dossier petite enfance, n°76, juin 2004, pp 23-38.
- Marc BESSIN, « Le travail social est-il féminin ? », in Jacques ION, *Le travail social en débat[s]*, Paris, La découverte, 2005, pp 152-169.
- Thierry BLÖSS et Sophie ODENA, « Idéologies et pratiques sexuées des rôles parentaux. Quand les institutions de garde des jeunes enfants confortent le partage inégal », *Recherches et prévisions*, n°80, juin 2005, p.77-91.
- Luc BOLTANSKI, *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard, 2004, 420 p.
- Cécile BROUSSE, « La répartition du travail domestique entre conjoint reste très largement spécialisée et inégale », *France Portrait social 1999-2000*, Paris, INSEE, 1999, pp.135-151.
- Guillemette BUISSON, « Le réseau des maternités entre 1996 et 2000. Un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales. », *Etudes et résultats*, DRESS, n°225, mars 2003.
- Danièle CARRICABURU, « Quand prendre des risques fait le métier : sages-femmes et obstétriciens face à l'accouchement », colloque « Acteurs, risque et prise de risque à l'épreuve des sciences sociales », Université de Lille 1, Villeneuve d'Ascq, 24 et 26 novembre 2004.
- Christine CASTELAIN-MEUNIER, *La paternité*, Paris, PUF, 1997, 194 p.
- Christine CASTELAIN-MEUNIER, *La place des hommes et les métamorphoses de la famille*, Paris, PUF, 2004, 192 p.
- Jean-Claude CHAMBOREDON, Madeleine LEMAIRE, « Proximité spatiale et distance sociale. Les grands ensembles et leur peuplement », *Revue Française de sociologie*, XI, 1970, pp 3-33.
- Johanne CHARBONNEAU, *Adolescentes et mères. Histoires de maternité précoce et soutien du réseau social*, Presse de l'Université de Laval, Québec, 2003, 271p.
- Philippe CHARRIER, « Des hommes dans une profession « traditionnellement » féminine : choix professionnel et dénomination chez les hommes sages-femmes », intervention au colloque *L'inversion du genre* à Brest, les 18-19-20 mai 2006.
- Geneviève CRESSON et François-Xavier SCHWEYER, *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, Rennes, ENSP, 2000, 222p.
- Sandra DAVID, « *Evaluation du réseau de santé périnatale Auvergne comparativement à un référentiel national : le réseau sentinelle AUDIPOG* », Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur ès sciences, sous la direction de Nicole Mamelle, soutenue à l'université de Lyon 1 le 12 octobre 2004.
- Geneviève DELAISI DE PARSEVAL, *La part du père*, Paris, Le Seuil, 1981.
- Annie DELVAULT et Judith GAUDET, « Le soutien aux pères de familles biparentales : l'omniprésence de « docteur maman » », *Service Social*, vol 50, 2003.
- Jacques DONZELOT, *La police des familles*, Paris, Editions de minuits, 2005 [1977], 221p.
- Didier FASSIN et Eric FASSIN, *De la question sociale à la question raciale. Représenter la société française*, Paris, La Découverte, 2006, 263 p.
- Jeanne FAVRET-SAADA, *Les mots, la mort, les sorts*, Gallimard, 2005, 424p. [1^{re} édition 1985].
- Michèle FERRAND, *Féminin Masculin*, Coll. Repères, La Découverte, 2004.
- Pierre FOURNIER, Le sexe et l'âge de l'ethnologue : éclairants pour l'enquêté, contraignant pour l'enquêteur, *ethnographiques.org*, n°11-octobre 2006 [en ligne]. www.ethnographiques.org/2006/Fournier.html.
- Charles GADEA et Catherine MARRY, « Les pères qui gagnent. Descendance et réussite professionnelle chez les ingénieurs », in *Travail, Genre et Sociétés*, L'Harmattan, n° 3-2000, pp 109-135.

- Nacira GUENIF-SOUILAMAS et Eric MACE, *Les féministes et le garçon arabe*, L'aube, Poche essai, Seuil, 2006, 106 p.
- Colette GUILLAUMIN, *Sexe, Race et Pratique du pouvoir. L'idée de Nature*, Paris, Côté-femmes, 1992.
- Christine GUIONNET et Erik NEVEU, *Féminins/Masculins : sociologie du genre*, coll. U, Armand Colin, 2004, 286 p.
- Elisa HERMAN, « La bonne distance. Légitimer l'idéologie de la complémentarité entre animatrices et animateurs au centre de loisir maternel », intervention au colloque *L'inversion du genre*, Brest, 2005.
- Marcela IACUB, *L'empire du ventre. Pour une autre histoire de la maternité*, Paris, Fayard, 2004, 361 p.
- Béatrice JACQUES, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, PUF, 2007, 212 p.
- Jean-Claude KAUFMANN, *La trame conjugale. Analyse du couple par son linge*, Paris, Pocket, 2006 [1997], 258 p.
- Yvonne KNIBIEHLER et Gérard NEYRAND, *Maternité et parentalité*, Rennes, ENSP, 2004, 176 p.
- Emmanuel LANGLOIS, *L'épreuve du sida. Pour une sociologie du sujet fragile*, PUR, 2006, 294 p.
- Marie-Christine LEFORT et Anne DISCOUR, « La place d'un père durant les trois premiers jours après la naissance de l'enfant prématuré », in *Le père, l'homme et le masculin en périnatalité*, coordonné par Paul Marciano, Paris, Eres, 2003, pp. 39-56.
- Nicole LORAUX, « Le lit, la guerre », in *Les expériences de Tirésias. Le féminin et l'homme grec*, Paris, Gallimard, 1989, pp.29-53.
- Cécile LOTHON-DEMERLIAC et Murielle SHIRVANI-BOSSARD, « Normes des pratiques médicales en décalage avec les valeurs de la parentalité : et si la violence provenait en partie de cette inadéquation ? », Journées d'étude du comité de recherche 13 « Sociologie de la santé » de l'AISLF, « Normes et valeurs dans le champs de la santé », Université de Bretagne Occidentale, Brest, 20 et 21 mars 2003.
- Philippe MEYER, *L'enfant et la raison d'Etat*, Seuil, 1977, 186p.
- Lamia MISSAOUI, « Les fluidités de l'ethnicité ou les compétences de l'étranger de l'intérieur », in *L'Etranger*, Actes des journées d'études organisées dans le cadre du séminaire annuel de l'IRMC, « Identités et territoires : les catégorisations du social, Tunis, 16-17 février 2001, pp 51-67.
- Pascale MOLINIER, *L'énigme de la femme active. Egoïsme, sexe et compassion*, Payot, Paris, 2003, 275 p.
- Pascale MOLINIER, « Virilité défensive, masculinité créatrice », *Travail Genre et Sociétés, Le genre masculin n'est pas neutre*, n°3, mars 2000, p 25-43.
- Nicolas MURCIER, « Le loup dans la bergerie. Prime éducation et rapports sociaux de sexe », *Recherches et prévisions*, n°80, juin 2005, pp.67-75.
- Anne PAILLET, *Sauver la vie, donner la mort, une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, La Dispute, 2007, 286 p.
- Patricia PAPERMAN et Sandra LAUGIER, *Le souci des autres, éthique et politique du care*, Paris, EHESS, 2006, 348 p.
- Rhacel Salazar PARRENAS, "Mothering from a distance: emotions, gender, and intergenerational relations in Filipino transnational families" in *Feminist studies*, vol. 27.2, 2001.
- Anne-Laurence PENCHAUD, « L'émotion du sociologue en milieu hospitalier : une contribution à la recherche », "Corps, Emotions, Santé", MSH Paris-Nord, 24-25 novembre 2005. Deuxièmes journées scientifiques du réseau "Santé & Société".
- Jean PENEFF, « Mesure et contrôle des observations de terrain. L'exemple des professions de service », in *Sociétés Contemporaines*, 1995, n° 21, pp.119-138.
- Isabelle PUECH, « Le non-partage du travail domestique », In MARUANI Margaret (dir.), *Femmes, genre et sociétés, L'état des savoirs*. Paris, La Découverte, 2005, p. 176-183.
- Olivier SCHWARTZ, « L'empirisme irréductible », postface de *Le Hobo : sociologie du sans-abri*, de Nels Anderson, Essais et recherches, Nathan, 1993.
- Delphine SERRE, « Le « bébé superbe ». La construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance ». *Sociétés Contemporaines*, 1998, n°31, pp 107-127.
- Gérôme TRUC, *Le congé de paternité, entre normes et pratiques.*, mémoire de maîtrise de sociologie, Université de Paris X- Nanterre et ENS Cachan, sous la direction de Martine Segalen et Jacques Comaille, septembre 2003.
- Gérôme TRUC, « La paternité en maternité. Une étude par observation », *Ethnologie Française*, XXXVI, 2006, 2, pp. 341-349.
- Yvonne VERDIER, *Façons de dire, façon de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière*, NRF, Paris, 2003 [1979], 347 p.
- Florence WEBER, *Le sang, le nom, le quotidien. Une sociologie de la parenté pratique*, Paris, Aux lieux d'être, 2005, 264 p.

2- Matériaux

- Jean BELIN, *Combats pour la vie. L'Hôtel Dieu de Clermont-Ferrand*, Clermont-Ferrand, Un Deux Quatre, 1999, 208 p.
- Anna DIATKINE, « Aime-t-on vraiment ses enfants, interview de Marie Rose Moro », *Elle*, 29 janvier 2007, pp.57 à 59.
- Georges GRENIER (sous la direction de), *Fonctions maternelle et paternelle*, Paris, Erès, 2004, 192 p.
- Maï LE DU, *Bords de mère*, Paris, E.L.P.E.A, 2005, 84 p.
- Claude LEPAGE et Fanchon PAGES, *En attendant bébé. Le livre de la nouvelle maman*, Mercure, Poitiers, 1982, 432 p.
- Françoise LOUX, *Une si longue naissance. Les premiers mois d'un enfant prématuré*, Paris, Stock, 2001, 249 p.
- Paul MARCIANNO (coordonné par), *Le père, l'homme et le masculin en périnatalité*, Paris, Erès, 141 p.
- Françoise MOLENAT, *Mères vulnérables. Les maternités s'interrogent*, Paris, Stock, 1992.
- Françoise MOLENAT, *Naissances : Pour une éthique de la prévention*, Paris, Erès, 2001, 134 p.
- Aldo NAOURI, *Les pères et les mères*, Paris, Odile Jacob, 2005, 277 p.
- Laurence PERNOUD et Agnès GRISON, *J'attends un enfant*, Paris, Pierre Horay, éd° 2007-2008 (12 janvier 2007), 476 p.
- Marcel RUFO et Christine SCHILTE, *Elever bébé : de la naissance à 6 ans*, Paris, Hachette, 2007, 765 p.
- Michèle VIAL : « L'unité de surveillance des nouveau-nés à la maternité dite "Les Kangourous » » in *Enfance menacée*, Paris, Inserm, 1991, pp. 137-141.

1 - Schéma du service de GHR



- 1- La salle de stérilisation
- 2- Les sanitaires (2wc, 2 douches)
- 3- Entrée du bureau des sages femmes
- 4- Le placard-vestiaire

2- Coefficient de risque d'accouchement prématuré

Tableau n° 1. Coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP) selon Papiernik

1	2 enfants ou plusieurs sans aide familiale Bas niveau socio-économique (NSE)	1 curetage Court intervalle après grossesses précédentes (1 an entre accouchement et fécondation)	Travail à l'extérieur	Fatigue inhabituelle Prise de poids exceptionnel
2	Grossesse illégitime non hospitalisée en maison maternelle Moins de 20, plus de 40 ans	2 curetages	Plus de 3 étages sans ascenseur Plus de 10 cigarettes/jour	Moins de 5 kg de prise de poids Albuminurie Hypertension + 13 Hypertension + 8
3	Très bas niveau socio-économique Moins de 1,50 m, moins de 40 kg	3 curetages ou plus, utérus cylindrique	Longs trajets quotidiens Efforts inhabituels Travail fatigant Grand voyage	Chute de poids le mois précédent Tête basse Segment inférieur Siège à 7 mois
4	Moins de 18 ans	Pyélonéphrite		Métrorragie du 2 ^e trimestre Col court Col perméable Utérus contractile
5		Malformation utérine 1 avortement tardif 1 accouchement prématuré		Grossesse gémellaire Placenta praevia Hydramnios

Tableau n° 2. Grille de risque professionnel de prématurité (selon Mamelle)

Indice	Indice « fort » si
Postures	<ul style="list-style-type: none"> • Posture « acrobatique » plus de 1 heure par jour et debout plus de 2 heures • Posture debout plus de 6 heures par jour
Machine	<ul style="list-style-type: none"> • Travail à la chaîne sur une machine industrielle • Travail indépendant sur une machine industrielle avec effort ou vibrations importantes
Charge physique	<ul style="list-style-type: none"> • Effort physique important ou par à coups • Transport de charges de plus de 10 kg
Contexte psychique	<ul style="list-style-type: none"> • Tâches répétitives • Tâches variées, demandant une attention faible, sans stimulation
Environnement	Au moins 2 des 4 éléments : <ul style="list-style-type: none"> • Bruit important autour du poste de travail • Température froide • Atmosphère trop humide ou trop sèche • Manipulation de produits chimiques

Source : <http://documentation.ledamed.org/IMG/html/doc-10830.html>

3- Evolution des taux de mobilité selon diverses caractéristiques

Tableau 5
Évolution des taux de mobilité selon diverses caractéristiques (1984-2002)

En %

	1984	1988	1992	1996	2002
Statut professionnel de la personne de référence					
En activité	8,6	8,9	8,4	8,9	10,3
Chômeur	10,9	10,6	9,4	11,0	12,5
Étudiant	20,8	24,0	22,6	27,4	31,1
Sans activité	3,8	4,4	4,4	4,5	6,0
Retraité	3,0	3,1	2,6	2,2	2,6
Âge de la personne de référence					
Moins de 30 ans	26,4	25,7	25,7	28,2	31,8
30 à 39 ans	13,3	13,0	12,2	13,9	17,4
40 à 49 ans	6,2	6,1	5,5	6,1	7,6
50 à 64 ans	3,7	3,7	3,7	3,4	4,2
65 ans et plus	2,4	2,6	2,1	1,9	2,2
Tranche d'unité urbaine (UU)					
Commune rurale	5,1	4,7	4,4	4,5	5,3
UU de moins de 20 000 hab.	6,9	6,8	5,8	6,3	6,8
UU de 20 à moins de 100 000 hab.	7,1	7,8	7,4	7,3	8,0
UU de 100 000 et plus (sauf Paris)	7,4	8,2	7,2	7,1	8,6
Agglomération de Paris	7,0	7,5	7,0	7,4	8,7
Revenu du ménage					
1 ^{er} quartile	4,8	5,8	5,4	6,4	7,2
2 ^e quartile	6,4	6,8	5,6	5,7	7,0
3 ^e quartile	7,5	7,2	6,6	6,5	7,4
4 ^e quartile	7,7	7,7	7,2	6,9	8,0
Type de ménage					
Personne seule	4,8	5,8	5,7	5,9	6,7
Plusieurs personnes sans famille	3,9	3,9	4,0	3,3	5,1
Famille monoparentale	9,7	11,5	10,6	11,5	12,9
Couple sans enfant	4,7	5,1	4,3	4,0	4,8
Couple avec enfant(s)	8,5	8,2	7,7	8,4	9,9
Niveau de diplôme de la personne de référence					
Aucun diplôme	4,7	4,9	4,1	4,0	4,2
Brevet d'études du 1 ^{er} cycle	8,4	8,2	7,0	7,2	7,2
Baccalauréat	10,1	10,3	7,7	8,3	10,1
Baccalauréat + 2	11,7	10,6	11,3	10,2	11,9
> Baccalauréat + 2	10,6	10,6	10,4	10,8	12,6
Surface du logement					
Moins de 50 m ²	6,6	8,1	9,0	10,5	12,7
De 50 m ² à moins de 75 m ²	6,2	7,2	7,0	7,2	8,7
De 75 m ² à moins de 100 m ²	6,8	6,9	5,7	5,9	6,8
De 100 m ² à moins de 125 m ²	7,0	6,2	5,2	5,2	6,1
Plus de 125 m ²	6,2	5,7	5,1	5,0	5,3
Ensemble	6,6	6,8	6,2	6,4	7,4

Source : enquêtes Logement, Insee.

In Thierry Debrand et Claude Taffin, « Les facteurs structurels et conjoncturels de la mobilité résidentielle depuis 20 ans », *Economie et statistique*, n°381-382, 2005, p 133.

4- Effectifs des professions de santé en 2004 et évolution du pourcentage de femmes depuis 1986

Tableau 1 : Effectifs des professions de santé en 2004 et évolution du pourcentage de femmes depuis 1986

	Effectifs au 1 ^{er} janvier 2004	Part des femmes en 2004 (en %)	Part des femmes en 1999 (en %)	Part des femmes en 1992 (en %)	Part des femmes en 1986 (en %)
Sages-femmes	16 134	99,0	99,5	100,0	100,0
Orthophonistes	15 357	95,7	95,4		95,0
Orthoptistes	2 507	92,6	93,7		
Aides-soignants ¹	438 697	90,7	90,9	93,3	92,4
Infirmiers	437 525	87,1	87,4	87,5	87,6
Psychomotriciens	5 619	85,1	83,9		
Ergothérapeutes	4 996	84,8	84,5		
Agents de service hospitaliers et professions assimilées	301 547	81,0	82,9	86,2	80,1
Manipulateurs radio	23 928	72,7	73,0		
Pédicures-podologues	10 240	68,2	71,2		77,0
Pharmaciens	65 150	63,8	61,4	58,9	54,0
Opticiens	13 679	44,9	40,3		
Masseurs-kinésithérapeutes	58 642	43,5	42,0		31,0
Audioprothésistes	1 714	41,1	38,1		
Médecins	203 487	37,2	35,8	31,0	26,1
Dentistes	40 904	34,2	31,8	30,1	27,0
Autres	395 813				
Total	1 832 452	75,9	74,9	73,6	71,7

¹ Cette catégorie comprend également les assistants dentaires, médicaux et vétérinaires, les auxiliaires de puériculture et les aides médico-psychologiques.

Champ : France métropolitaine.

Sources : ADELI, ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille – DREES. Enquête « Emploi en continu 2003 et enquêtes « Emploi » annuelles, INSEE.

Source : Sabine BESSIERE, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue Française des Affaires sociales*, « Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », 1, 2005, p 19-33.

5- Caractéristiques sociales des patientes selon le type d'hospitalisation

A. Caractéristiques personnelles

Description selon le type d'hospitalisation

	Echantillon total	Type d'hospitalisation		Transfert*
		Suites de couches	GHR	
	(n=518) (%)	(n=423) (%)	(n=62) (%)	(n=17) (%)
Age moyen	29,4 ans	29,5 ans	29,1 ans	31,9 ans
Nombre moyen d'enfants à charge	1,5 enfants	1,6 enfants	0,6 enfants	1,3 enfants
Département du domicile :				
Allier (03)	25,1	24,3	10,2	14,3
Cantal (15)	15,1	14,1	28,8	64,3
Haute-Loire (43)	8,8	9,5	6,8	0,0
Puy de Dôme (63)	51,0	52,1	54,2	21,4
Niveau d'études :				
non scolarisé	2,4	2,0	5,1	0,0
primaire	1,1	0,8	3,4	0,0
secondaire	49,3	50,8	40,7	75,0
universitaire	47,2	46,4	50,8	25,0
Type d'hospitalisation :				
suite de couches	87,2	100,0	0,0	58,8
service GHR	12,8	0,0	100,0	41,2
Transfert au cours de la grossesse	6,9	4,9	16,7	100,0

* transfert en anténatal (GHR) ou pour accoucher (suites de couches)

L'âge moyen des femmes transférées au cours de leur grossesse était de 31,9 ans contre 29,4 ans pour l'échantillon total.

On constate que 16,7% des femmes hospitalisées en service GHR avaient été transférées au cours de leur grossesse contre seulement 4,9% à l'accouchement (suites de couches).

6- Types d'hospitalisation suivant le niveau d'étude

Description selon le niveau d'études

	Echantillon total	Niveau d'études		
		Niveau primaire ou moins	Niveau secondaire	Niveau universitaire
	(n=518) (%)	(n=16) (%)	(n=229) (%)	(n=220) (%)
Age moyen	29,4 ans	25,5 ans	28,6 ans	30,7 ans
Nombre moyen d'enfants à charge	1,5 enfants	1,7 enfants	1,5 enfants	1,5 enfants
Département du domicile :				
Allier (03)	25,1	26,7	23,8	18,5
Cantal (15)	15,1	13,3	17,3	15,0
Haute-Loire (43)	8,8	6,7	10,8	6,8
Puy de Dôme (63)	51,0	53,3	48,1	59,7
Type d'hospitalisation :				
suite de couches	87,2	68,8	89,4	86,1
service GHR	12,8	31,2	10,6	13,9
Transfert au cours de la grossesse	6,9	0,0	9,8	4,0

On constate que 31,2% des femmes de niveau d'études primaire ou moins (non scolarisées ou ayant arrêté leur scolarité en primaire) étaient hospitalisées en service GHR alors que cette proportion était inférieure à 15% pour les femmes de niveau d'études plus élevé (secondaire ou universitaire).

9,8% des femmes de niveau d'études secondaire (collège, lycée, BEP ou CAP) ont été transférées au cours de leur grossesse contre seulement 4% pour les femmes de niveau d'études universitaire (baccalauréat ou plus).

Source : N. Mamelle, *Organisation en réseau de soins périnataux*, Inserm Lyon, décembre 2004.

7- Caractéristiques des femmes ayant accouché dans le réseau de santé périnatal d'Auvergne

Caractéristiques maternelles				
Echantillon des mères	RESEAU AUVERGNE 1999	RESEAU AUVERGNE 2000	RESEAU AUVERGNE 2001	RESEAU AUVERGNE 2002
	(n=2125) Taux bruts %	(n=852) Taux standardisés %	(n=1208) Taux bruts %	(n=1343) Taux standardisés %
Age de la mère				
< 20 ans	2,3	3,7	2,0	2,1
20-24 ans	15,0	15,8	14,9	16,4
25-29 ans	40,2	36,4	35,6	38,7
30-34 ans	30,2	29,7	32,6	28,4
> 35 ans	12,3	14,4	14,9	14,4
Situation de famille				
célibataire	3,1	2,9	3,0	3,3
en couple	37,4	39,7	44,8	43,9
mariée	59,4	57,3	52,0	52,5
autre	0,1	0,1	0,2	0,3
Origine géographique				
France métropolitaine	88,3	84,9	91,1	91,1
Europe du sud	4,5	4,3	2,5	2,0
Afrique du nord	3,9	6,0	3,2	2,9
autre	3,3	4,8	3,2	4,0
Niveau d'études				
non scolarisé	0,4	1,4	0,8	1,7
primaire	2,2	3,0	1,4	0,7
collège – lycée	55,6	57,8	44,2	47,5
enseignement supérieur	41,8	37,8	53,6	50,1
Profession pendant la grossesse				
non	30,7	28,8	21,8	23,3
oui	65,0	68,1	73,1	71,4
chômage	4,3	3,1	5,1	5,3

Source : N. Mamelle, *Organisation en réseau de soins périnataux*, Inserm Lyon, décembre 2004.

8- Caractéristiques des femmes ayant accouché dans l'ensemble de la France

Echantillon des mères	RESEAU SENTINELLE 1999	RESEAU SENTINELLE 2000	RESEAU SENTINELLE 2001	RESEAU SENTINELLE 2002
	(n=9422) Taux standardisés %	(n=8948) Taux standardisés %	(n=9773) Taux standardisés %	(n=9244) Taux standardisés %
Age de la mère				
< 20 ans	2,1	2,0	2,4	2,5
20-24 ans	10,2	13,3	14,8	15,5
25-29 ans	35,4	34,2	36,2	35,3
30-34 ans	32,5	32,7	31,0	30,2
> 35 ans	19,8	17,8	15,6	16,5
Situation de famille				
célibataire	6,2	6,5	6,4	8,8
en couple	31,7	30,5	34,2	34,6
mariée	57,7	58,9	57,9	55,9
autre	4,4	4,1	1,5	0,7
Origine géographique				
France métropolitaine	84,7	85,0	87,1	82,6
Europe du sud	2,2	2,6	2,0	2,1
Afrique du nord	5,7	4,5	5,4	6,7
autre	7,4	7,9	5,5	8,6
Niveau d'études				
non scolarisé	2,1	1,6	0,9	1,5
primaire	8,2	4,2	4,0	3,5
collège – lycée	57,4	60,6	55,7	53,9
enseignement supérieur	32,3	33,6	39,4	41,1
Profession pendant la grossesse				
non	30,1	30,7	25,3	31,7
oui	67,7	66,5	71,0	64,5
chômage	2,2	2,8	3,7	3,8

Source : N. Mamelle, *Organisation en réseau de soins périnataux*, Inserm Lyon, décembre 2004.

9- Récapitulatif des entretiens avec les professionnel-le-s

Surnom	Caractéristique sociologique	Expérience	Conditions de l'entretien
Françoise	Femme, 42 ans 3 enfants, mari fonctionnaire des impôts, 42 ans.	3 établissements : polyclinique de Clermont (1 an), mater niveau 2 dans une autre région (14 ans), retour à la mater de Clermont pour raison familiale (1 an).	Entretien seules dans le bureau au début de la garde de nuit après la visite, un dimanche. Heure et jour ont beaucoup aidé à la qualité de l'entretien.
Mélanie	Femme 25 ans, Pas d'enfant.	Sage femme depuis 9 mois à Clermont, 9 mois avant dans une maternité de niveau 2.	Entretien dans le bureau des sages-femmes pendant son service, en présence par intermittence de trois élèves (deux de deuxième année présents exceptionnellement comme d'habitude une de quatrième année). Ils ont géré les appels des patientes. Elle a insisté pour qu'ils écoutent transformant parfois l'entretien en leçon de la bonne sage-femme : peut-être une manière de se rassurer sur sa manière de faire (très jeune titulaire). Mais au bout d'un moment nous sommes seules et l'échange se personnalise.
Rémi	Homme	Etudiants sage-femme de quatrième année.	Debout dans la salle de soin à la suite de sa journée. D'abord avec les deux élèves puis seul avec Rémi.
Claire	Femme		

J'ai procédé avec les professionnelles à l'enregistrement de trois entretiens formels. Mais ces entretiens étaient moins enrichissants que les observations ou les conversations fortuites. Il existe des contradictions entre le dire et le faire, et les discours sur le faire ne sont pas forcément les plus intéressants. En revanche j'ai rencontré beaucoup de professionnelles durant mon observation, que l'on retrouve au fil des pages :

- Christine (38 ans, auxiliaire de soin hospitalier)
- Clotilde (40 ans, auxiliaire de soin hospitalier)
- Simone (45 ans, aide-soignante, 25 ans de métier)
- Sophie (35 ans, aide-soignante, 15 ans de métier)
- Rémi (élève sage-femme de deuxième année)
- Claire (élève sage-femme de deuxième année)
- Aline (23 ans, élève sage-femme de quatrième année)
- Marie (23 ans, élève sage femme de quatrième année)
- Aurélie (23 ans, élève sage-femme de quatrième année)
- Mélanie (25 ans, sage-femme, 18 mois de métier)
- Michèle (40 ans, sage-femme, 15 ans de métier)
- Françoise (42 ans, sage-femme, 16 ans de métier)
- Virginie (36 ans, sage-femme, 20 ans de métier)
- Clémence (30 ans, sage femme, 6 ans de métier)
- Séverine (40 ans, sage-femme, 15 ans de métier)
- Mélodie (30 ans, interne en gynécologie-obstétrique)
- Coline (29 ans, interne en gynécologie-obstétrique)
- Elodie (27 ans, interne en gynécologie-obstétrique)
- Sandrine (27 ans, interne en gynécologie-obstétrique)
- Dr M (femme, environ 45 ans, gynécologue-obstétricienne)
- Dr N (homme, environ 35 ans, gynécologue- obstétricien)
- Dr O (homme, environ 45 ans, gynécologue- obstétricien)
- Dr P (homme, environs 55 ans, gynécologue-obstétricien, chef de service)

10- Récapitulatif des entretiens avec les patient-e-s interviewé-e-s

Caractéristique des patientes interviewées et de leurs conjoints.

Surnom	Age, profession, niveau d'étude	Age, profession, niveau d'étude du conjoint	Temps hospitalisation (au moment entretien) Raison Voie	Circonstance de l'entretien	Autres enfants ou animaux	Difficultés pour la conception ?	Autre enfant désiré et envisagé	Distance domicile	Arrangement réseau
Mme A et Mr A	36 ans Comptable Bac+5	41 ans Comptable Bac+5	3 semaines Grossesse gémellaire MAP Cap des 28 semaines passé. Accouche 3 jours après entretien, 2 petits en réa mais pas d'inquiétude particulière.	Maternité, seule dans sa chambre. Habillée, maquillée. Début d'après midi. Mr A : dans le bureau d'un médecin, seuls.	Non.	FIV Très difficile.	Ce sera impossible	Habite Clermont même.	Son mari vient tous les soirs après le travail. Sa mère vient tous les jours du matin à arrivée de son mari+ gère intendance du mari (courses, cuisine, ménage, linge). Son père vient tous les jours et sa grand-mère très souvent. Beaucoup d'autres visites et appels.
Mme B	36 ans Secrétaire BTS	36 ans Chauffagiste Bac+4	2 jours ITG Après expulsion.	Seule dans sa chambre. Très déprimée, sous le choc. Chemise de nuit.	Non			35 km	Seule pendant l'épreuve, rejointe par sa belle-mère qui vient la voir tous les jours, mari en déplacement professionnel. Visite : une copine, marraine, belle-sœur
Mme C et Mr C	34 ans, bac technique, employée dans une grande surface libre service	35 ans, BEP, militaire.	Alitée 15 jours maternité de niveau 2, 15 jours à l'Hôtel Dieu 10 jours chez elle Menace d'accouchement prématuré	Ce couple m'a reçu très chaleureusement chez eux, quelques mois après le retour chez eux de madame et de leur petit garçon.	2 chiens	Planifier pour arrêter traitement contre épilepsie.	Non à cause de la violence de l'expérience	1H30	Visites : mari et un collègue du mari. Les voisins ont gardé les chiens. Tâches ménagères ont été réduite à leur strict minimum.

Surnom	Age, profession, niveau d'étude	Age, profession, niveau d'étude du conjoint	Temps hospitalisation (au moment entretien) Raison Voie	Circonstance de l'entretien	Autres enfants ou animaux	Difficultés pour la conception ?	Autre enfant désiré et envisagé	Distance domicile	Arrangement réseau
Mme D	32 ans, fleuriste dans un village	32 ans, éducateur sportif pour des associations.	3 semaines Hôtel Dieu, et depuis 1 semaine dans clinique niveau 2. Grossesse gémellaire.	Dans sa chambre de la clinique. Accouchement semble proche. Elle était très fatiguée.	Non			25 mn.	Compagnon vient la voir. Parents. Sœur, frère habitent à proximité. Coup de téléphone de clients.
Mme E et Mr E	29 ans Auxiliaire de soin hospitalière BEP	32 ans Technicien de maintenance BTS	3 jours et pour une durée indéterminée. Rupture poche des eaux Incertitude sur le diagnostique.	Seule dans sa chambre. En pyjama, présentation de « malade ». Mr E, un soir tard (21h) dans la chambre de Mme E. Il mangeait un sandwich.	2 petites filles (8 ans et 5 ans)			40 km 20 mn en voiture	Voisins- amis qui aident. Accompagné à la maternité par sa voisine.
Mme F	40 ans, Assistante vétérinaire	41 ans, Artisan chef d'une entreprise de 2 salariés	Alitée 2 mois à domicile puis de puis un mois à l'Hôtel Dieu. Rupture de la poche des eaux.	Dans sa chambre de clinique. Chemise de nuit pour réduire l'entretien du linge pour le mari.	Non.	Oui. Une opération de l'utérus pour stérilité.	Difficile	2H	Son mari vient la voir le week-end et le mercredi. Peu de visites ; coup de téléphone. Mais beaucoup d'aide pour le mari à domicile. Sœur et mère viennent faire ménage, courses, repas.
Mme G	32 ans, Diététicienne, Licence.	32 ans, Représentant commercial, Bac+2	Menace d'accouchement prématuré, embolie pulmonaire, accouchement prématuré.	4 jours à l'Hôtel Dieu. Dans sa chambre 2 jours après l'accouchement. Je l'ai accompagnée voir son fils en réanimation. Chemise de nuit.	Un garçon de 2 ans			1H	Mari, famille. Ses parents gardent son petit garçon une nuit et un jour par semaine.

Surnom	Age, profession, niveau d'étude	Age, profession, niveau d'étude du conjoint	Temps hospitalisation (au moment entretien) Raison Voie	Circonstance de l'entretien	Autres enfants ou animaux	Difficultés pour la conception ?	Autre enfant désiré et envisagé	Distance domicile	Arrangement réseau
Mme H	30 ans kinésithérapeute	36 ans, Intermittent du spectacle. En formation CAP électricité.	6 semaines, contractions, dilatation du col.	Entretien long et approfondi un soir dans sa chambre. Habillée.	Un chien et un chat	Non (2 mois après arrêt contraception)			Compagnon, parents, peu souvent. Quelques amies. A limité les visites volontairement. Les parents garde le chien à leur domicile. Compagnon se débrouille et mère lui apporte parfois à manger.
Mme I	24 ans Assistante sociale Bac + 3	28 ans Ouvrier spécialisé, Chef d'équipe CAP	2 mois Col dilaté (MAP) A passé le 7 ^{ème} mois, seuil critique.	Maternité, en présence de son copain. Chemise de nuit mais bijoux et maquillage discret. Fin de journée.	1 chien 1 chat	Aucune, Enceinte en 2 mois	Oui, mais hésitante	1H de trajet voiture	Mère et belle sœur passent chez elle s'occupent animaux. Frère prête appartement. Nombreuses visites.