

Le monde de la Santé

Si la santé a longtemps été considérée comme un don du ciel, les soins s'y rapportant relevant d'une prise en charge personnelle achetée ou reçue par charité, relevant d'art profane ou religieux, elle est considérée en France, aujourd'hui, comme un droit servi par une technologie toujours grandissante pour répondre à la notion de risque.

L'hôpital a eu longtemps une fonction de charité, les premiers hospices ayant vocation au sixième siècle à accueillir les pèlerins (*hostis*: l'étranger); au Moyen Age cette dimension hospitalière s'oriente vers les populations pauvres et malades, gérée par l'Eglise à un moindre cout grâce au bénévolat des soignants, et, les dons et legs. Même si l'Etat cherche à coordonner l'activité

¹²¹ Arrêté du 2 septembre 2015

¹²² Professuer, doyen de la faculté de médecine de l'université de lorraine

¹²³ An International Association for médical éducation

¹²⁴ Nombre d'étudiants très variables, structures hospitalières plus ou moins nombreuses, attractivité variable...

des hôpitaux dès le seizième siècle¹²⁵, le pouvoir religieux perdure jusqu'à la Révolution qui nationalise les hôpitaux, le Directoire transférant leur gestion aux communes. Les lois d'assistance promulguées entre 1890 et 1920 ainsi que le développement de mouvements mutualistes font naître la notion de droit aux soins. L'Etat reprend le contrôle de l'hôpital dont la fonction de direction relève du préfet ou du ministre. La notion de charité disparaît totalement en 1941 et 1943 avec le paiement des actes¹²⁶, les dons et legs devenant minoritaires par rapport au prix de journée et la cotation des soins. La période 1945-1980 se caractérise par le développement du système qualifié d'hospitalo-centrisme [DOMIN-2015], avec un accroissement majeur du parc immobilier, technologique et des personnels. Cette dynamique prend fin avec le Septième plan en raison d'une nécessaire rigueur budgétaire et d'une logique entrepreneuriale qui se fait jour. Le pouvoir politique pose petit à petit une transformation managériale. La loi du 19 janvier 1983 introduit le système de « budget global », fixant un cadre réglementaire de gestions par objectifs à partir de projet d'établissement. Celui-ci tient compte aussi bien de la prise en charge des patients que de la formation, la recherche et la gestion.

Jusqu'en 2003 les établissements publics et privés participant au service public hospitalier sont donc dotés d'une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative, calculée sur l'exercice précédent peu négociée avec les autorités de tutelle. A contrario, les établissements privés facturent directement à l'Assurance Maladie les prestations et soins sur la base de tarifs régionaux. Cette disparité entre établissements de santé (nouvelle dénomination), rendant opaque les offres de soins et leur coût, est effacée par la T2A¹²⁷ : depuis 2002¹²⁸, les ressources sont calculées à partir d'une mesure de l'activité produite conduisant à une estimation de recettes, l'application totale s'achevant en 2012. Chaque pathologie est tarifée, le but étant une maîtrise des coûts et une recherche d'efficience.

En ce qui concerne les missions « hors soins » de l'hôpital, elles sont financées par les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation interne (MIGAC), dont les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI). Ces missions sont clairement identifiées et rémunérées par établissement, d'après une liste nationale.¹²⁹ Pour les missions d'enseignement et de recherche, référence et innovation, le financement tient compte des publications (SIGAPS), du nombre d'étudiants, du nombre de brevets et logiciels déposés.

Il est donc évident que la régulation des coûts est devenue prioritaire que ce soit dans le domaine de la prise en charge des patients que dans les missions « hors soins » des hôpitaux. La T2a

¹²⁵ Création par François 1^{er} du grand Bureau des pauvres qui coordonne l'activité hospitalière du royaume

¹²⁶ Loi du 24 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, complétée par le décret du 17 avril 1943

¹²⁷ Tarification à l'acte

¹²⁸ Plan hôpital 2007

¹²⁹ Site du ministère de la santé

impose une responsabilité conjointe de gestion aussi bien de la part du corps médical et que des administratifs. Si les nouvelles orientations économiques tendent vers une simplification des lignes budgétaires dans le domaine de la santé, le système de soins français reste complexe tant sur le plan médical qu'administratif, à l'exemple des structures hospitalières construites « *au fil de l'histoire, par strates successives qui se sont empilées au gré des réformes et de l'évolution des rapports politiques, économiques et sociaux* » [BONNICCI-2007].

Si les progrès technologiques concourent largement à l'augmentation exponentielle des coûts de santé, ils sont à l'origine aussi de bouleversements organisationnels au sein de l'hôpital. Les plateaux techniques sont devenus les pivots centraux de l'organisation hospitalière : L'architecture immobilière et fonctionnelle s'est transformée. On est ainsi passé d'une structure pavillonnaire à une constellation de service autour d'un plateau technique. Les services créés en 1941 (service par spécialité)¹³⁰ indépendants puis regroupés en départements structurent l'hôpital jusqu'en 2005¹³¹. La spécialisation médicale, voire l'hyperspécialisation, impose pour la prise en charge du patient de faire appel à plusieurs spécialistes. La création de pôles de compétences y trouve sa justification. En fonction de ses ressources médicales, de particularités locales, chaque établissement peut s'organiser à sa convenance. Les services et les unités fonctionnelles ne disparaissent pas mais intègrent un pôle, autour d'activités communes ou complémentaires, placé sous l'autorité d'un médecin chef de pôle. Cette structuration peut correspondre à plusieurs logiques¹³² :

- Une logique de cohérence médicale. Le classement est fait par discipline, par organe, par mode de prise en charge, par flux ou par type de population, par compétences, par logique client/fournisseur, notamment pour les activités médico-techniques (imagerie médicale, laboratoire, bloc opératoire)
- Une logique mixte médico-économique c'est à dire une logique médicale associée au poids financier du pôle
- Une logique mixte médico-architecturale c'est à dire une logique médicale associée à une cohérence physique
- Une logique opportune basée sur une association de bonne volonté.

On trouve ainsi les spécialités médicales dans le pôle médecine, les spécialités chirurgicales dans le pôle chirurgie, tout ce qui touche à la natalité dans le pôle femme-enfant, tout ce qui touche la santé mentale dans le pôle psychiatrie, l'ensemble des services techniques et mécaniques dans le pôle médico-technique.

¹³⁰ L'organisation médicale en "services" remonte à la loi du 21 décembre 1941.

¹³¹ L'ordonnance du 2 mai 2005

¹³² La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère de la Santé et des Solidarités a identifié trois logiques non exhaustives de regroupement par pôles

Cependant si l'organisation intra-hospitalière a évolué, à l'échelle macro on reste sur l'organisation faisant suite à la loi hospitalière de 1958, dite réforme DEBRE, créant les centres hospitaliers universitaires avec leur triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. La loi HPST¹³³, ainsi que le projet de loi santé 2015, réaffirment, entre autres missions, celle de l'enseignement universitaire et postuniversitaire ainsi que la recherche, le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers, la formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences.¹³⁴

Les professionnels hospitaliers, mais aussi l'ensemble des acteurs de santé y compris en libéral, s'inscrivent dans un système organisationnel complexe, contraint par des réformes financières, des évolutions technologiques qui impactent leur activité. « *La conception strictement gestionnaire de la médecine provoque souvent une réaction de rejet chez les praticiens. D'abord parce qu'ils se voient réduits au seul statut d'offreurs de service mis en concurrence sur un marché spécifique. Ensuite, parce que cette logique écarte les notions fondamentales pour les médecins (confiance, intimité avec le patient, etc.) et conçoit le malade comme une seule probabilité statistique* » [DOMIN-2015]. Depuis les années quatre-vingt, la succession de réformes du système de santé, argumentée le plus souvent par des objectifs économiques, n'a non seulement pas donné les résultats escomptés en matière budgétaire mais a entraîné une dégradation des conditions de travail des personnels (standardisation des tâches, chronométrage...) sans pour autant servir le patient [DOMIN-2015]. Avec pour visée essentielle la rationalisations des soins, « *on passe d'un régime qui affichait pour finalité la recherche de la meilleure qualité possible des soins en tant qu'accomplissement d'une mission de service public et qui reposait sur une organisation du travail faisant une large part à la logique hiérarchisée des professions, avec, au sommet, la profession médicale, vers une situation où il s'agit d'accomplir au meilleur rapport qualité/coût des tâches ou « actes », faisant l'objet d'une tarification de plus en plus précise, dans une organisation du travail où l'autonomie professionnelle ne disparaît pas, mais doit se soumettre à la prescription des objectifs et à l'allocation des moyens par des instances gestionnaires et non professionnelles* » [DIVAY,GADEA-2008]. On observe alors une redéfinition et une redistribution des responsabilités à tous les niveaux des systèmes de santé, des transformations au sein des activités de prise en charge des patients et de nouveaux dispositifs de normalisation.

En déclarant « *la médecine est une science politique* » VIRCHOW¹³⁵ pressent la sociologie médicale qui deviendra une branche distincte de la sociologie au lendemain de la seconde guerre

¹³³ Loi Hôpital patients Santé Territoires du 21/07/2009

¹³⁴ Selon www.irdes.fr, avril 2015

¹³⁵ Conclusion d'une étude sur la variole faite par Rudolph VIRCHOW, médecin allemand (1821/1902), cité par HERZLICH

mondiale. Cette juxtaposition de la santé et de la sociologie est devenue une évidence introduisant la santé à la fois comme une construction culturelle et sociale mais aussi un espace politiquement structuré. Actuellement la confrontation à la maladie n'est pas seulement une confrontation à un désordre organique. La maladie et son corolaire, la santé, sont socialement définies, devenues des catégories sociales construites par le savoir et la pratique du médecin [FRIEDSON -1984] et mettent en évidence les rôles différents du malade, des professionnels de santé et des institutions. Désormais tout individu est un malade en puissance même s'il se sent en parfaite santé, la question du risque étant omni présente mais fort heureusement contrebalancée par une possible prévention. « La modernité » se caractérise par l'évaluation du risque mais aussi par la confiance en des « systèmes experts » faisant oublier *la fortuna* (destin) par un possible contrôle (du risque) [GIDDENS-1994]. Pour CLARKE (2000) « *le contrôle social, lui-même est reconstruit : Il discipline, s'appuie sur une construction des risques et sur des stratégies hétérogènes d'auto surveillance et de surveillance externe* » et l'on passe d'une appréhension traditionnelle du danger à une culture du risque [PERRENOUD-2004].

La création de la Santé Publique est l'illustration des liens forts établis, institutionnalisés entre santé et politique. Elle est « *la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physique à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé* » [FASSIN, HAURAY- 2010]. Cette définition ambitieuse positionne la santé comme une ressource nécessaire au fonctionnement et au développement d'une société. Reflet d'un état sanitaire, la santé publique est aussi une science marquée par la pluridisciplinarité, influant sur les pratiques professionnelles, alimentant des décisions politiques à différents niveaux. Elle se situe entre l'individuel et le collectif avec, outre des enjeux humains, des enjeux d'ordre démographique, économique, politique, démocratique et éthique. Elle ne s'oppose pas à la santé privée mais essaye de faire cohabiter la gestion des problèmes de santé au niveau collectif et l'attention aux besoins de chacun. Elle fait appel à de nombreuses disciplines : Epidémiologie, sciences sociales, économie de la santé, médecine, démographie, bio statistiques... Multidisciplinaire, la santé publique est relativement complexe, analysant les interactions entre l'environnement et l'individu dans le but d'une promotion de la santé, « *processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci* »¹³⁶. En faisant appel à l'épidémiologie par exemple, une

¹³⁶OMS, charte d'Ottawa

logique statistique, tend à s'imposer, créant des groupes d'individus définis « à risque » sur des caractéristiques sociales ou familiales, logique pouvant conduire à une stigmatisation de population au nom d'une prévention nécessaire. *Cependant « cette conception probabiliste entretient l'illusion de l'objectivité »* [PERRENOUD-2014]. La Santé publique est alors « *une articulation unique entre la réalité de la maladie, de l'organe, de la cellule, du génome, d'un côté, et la réalité des acteurs, des pratiques, des institutions, des politiques de l'autre* » [FASSIN, HAURAY-2010]. La part grandissante de l'aspect économique de la santé contribue de fait à un déclin de l'autonomie des professions médicales obligeant à une redéfinition notamment de l'autonomie clinique. En effet des gestionnaires, personnels non médicaux, interviennent de plus en plus dans l'évaluation de la qualité des soins où les critères comptables ont un poids non négligeable. De plus, le développement de l'Evidence Based Medecine (EBM), en cherchant à optimiser les fondements scientifiques des pratiques médicales, entraine une rationalisation des activités professionnelles pouvant être vécue comme une routinisation du travail médical [BURTON-JEANGROS, HAMMER, MAFFI - 2014]. C'est ainsi que l'attribution des professions médicales et les modes de prises en charge des patients sont largement remis en cause, phénomène amplifié par la surabondance de l'offre, l'explosion des couts de santé et une société du « tout sanitaire ». Cependant, comme le fait remarquer NIEWIADOMSKI (2009), « *toute pratique médicale, aussi sophistiquée soit-elle, convoque toujours une dimension subjective dans laquelle des préoccupations humaines, au sens anthropologique du terme, font jour* ».

L'exercice de la médecine se fait aussi avec un encadrement éthique et une crainte de judiciarisation, les patients n'hésitant plus à porter plainte pour régler les conflits avec le corps médical. La rencontre duale entre un patient et un professionnel de santé, même si elle demeure en apparence, est de plus en plus régulée par des critères politiques, scientifiques, éthiques, sociologiques...

La nécessité d'adaptation à l'évolution des modes de vie, des impératifs de performance, de désagrégation des cellules familiales, tend à faire de l'individu le seul dépositaire de ses repères de construction de vie et responsable de sa santé. Parallèlement, l'Etat intervient de plus en plus pour normaliser la notion de bien-être. Entre Santé publique et les politiques de santé les liens sont forts car ces dernières doivent définir les stratégies des pouvoirs publics et privés pour influencer (en termes d'amélioration) la santé des individus. Ces stratégies s'écrivent sous forme de plans et de programmes entre étroites collaborations avec des politiques économiques, sociales, environnementales...que ce soit au niveau mondial, européen, national, régional, local. La politique de Santé publique française, formalisée en 2004¹³⁷, vise à l'amélioration de la santé de la population, l'amélioration de l'efficience du système de santé dans son ensemble, une avancée de la démocratie

¹³⁷ Loi du 9/082004

sanitaire. L'articulation des deux concepts, démocratie et sécurité sanitaires, permet un cadrage de l'activité médicale dont le but est d'allier droits des usagers et qualité des soins [FILLION-2012].

Parmi les sujets d'attention de Santé publique et de préoccupation de politiques de santé, où l'on retrouve les cancers, le SIDA, les pathologies émergentes, les addictions, le handicap, la violence, la précarité..., émergent les thèmes du vieillissement, de l'enfance et la naissance confirmant la singularité de la santé publique « *à ce qu'elle lie les différentes significations de la vie, le vivant, et le vécu, (...), le physique et le social, le biologique et le biographique* » [FASSIN, HAUREY-2010].

Face à cette complexité, le monde de la naissance (même si elle n'est pas une maladie) et de la périnatalité, au sens plus large, en côtoyant le monde médical, n'échappe pas aux mutations et questionnements.

Chapitre 3. Le monde de la naissance

Aborder la naissance par le prisme de la sociologie s'impose car on s'intéresse non seulement à un fait social mais surtout à un événement éminemment humain, chargé de symbole et de valeur même si aujourd'hui, il est géré en grande partie par le monde médical. La sociologie, en étudiant les phénomènes sociaux humains, s'intéresse de fait à des activités pourvues de sens. Elle « *est foisonnante d'approches des hommes ou des sociétés, elle multiplie les angles de regard et les méthodes pour donner sens à l'action ou expliquer les mouvements incessants du social. Chaque analyse sociologique en traduit une facette sans parvenir tout à fait à en épuiser les gisements possibles de sens. Chaque point de vue suggère sa lecture du social, sans être nécessairement contradictoire avec un autre, chacun privilégiant des données singulières, insistant sur le rôle de l'acteur ou du système. Toute analyse sociologique est une interprétation du social* » [LE BRETON-2007]. Aborder la sociologie de la naissance, c'est resituer celle-ci dans une histoire en évolution, se confronter au rapport des sociétés à la naissance, comprendre que ce rapport est dépendant de structures symboliques dépassant largement le champ strict de la médecine. Histoire et naissance sont intimement liées et « *c'est en fait la société tout entière, à mesure qu'elle évolue, qui doit réapprendre sans cesse à traiter la femme enceinte et le fœtus, la parturiente et le bébé, et même les nouveaux pères... ; réapprendre sans cesse à accueillir sa progéniture, à prolonger sa descendance* » [KNIBIEHLER-1984].

Durant des millénaires, le monde de la naissance n'a guère évolué. Qualifiée d'« *Histoire immobile* »¹³⁸ notamment en France, elle s'est déroulée à domicile, dans un environnement familial et essentiellement féminin. L'arrivée des premiers accoucheurs (dix-septième et dix-huitième siècles)

¹³⁸ Selon MOREL.MF, présidente de la Société d'histoire de la naissance

puis les progrès de l'obstétrique, de l'anesthésie et de l'hygiène (dix-neuvième siècle), entraînant la délocalisation de l'accouchement vers l'hôpital, concourent à la médicalisation de la naissance du vingtième siècle.

Jusqu'au dix-huitième siècle, la naissance est à la fois un événement intimiste et communautaire : elle s'inscrit dans l'histoire d'une lignée familiale et villageoise. Vécu dans un cadre familial, il fait appel à l'entraide et au savoir profane féminin. Huit clos géographique (pièce chauffée) et humain (entourage exclusivement féminin) la naissance, marquée par la solidarité féminine, représente une véritable épreuve physique parfois mortelle (dix pourcent de femmes en âge de procréer meurent alors en couches). Comme le souligne LAGET (1982) l'accouchement est « *ni figé ni contraint* », les femmes acceptant les conseils de l'entourage mais cherchant instinctivement les postures les plus favorables et antalgiques : allongées sur le dos, le bassin surélevé par des coussins, sur le côté au bord du lit (Angleterre), assises sur une chaise, debout ou à genoux... L'arrivée des « hommes de l'art » dans les chambres de gésine, initialement pour pallier à des difficultés d'accouchements « contre nature », va peu à peu transformer les pratiques. La pièce, autrefois close, va être ouverte (pour faire circuler l'air), vidée des voisines et amies et faire place à la suprématie de l'accoucheur qui apporte, notamment par l'usage de forceps, sécurité aussi bien pour la mère que pour l'enfant. Les pères, réticents dans un premier temps à une présence masculine auprès de leur épouse, l'admettent pour réduire la mortalité. Cette démarche sécuritaire, pour elles et leurs enfants, s'opère aussi chez les femmes qui acceptent une moindre liberté de posture. « *Grâce à la pratique instrumentale, l'accouchement cesse d'apparaître comme un acte naturel : il nécessite le recours à un homme de l'art, à la fois savant et fort. C'est un premier pas vers la médicalisation de la naissance* » [MOREL-2007]. De nouveaux conformismes vont se faire jour comme la notion d'indécence, entretenue par des médecins qui décrivent comme bestiales certaines positions d'accouchement.

Malgré le développement de la formation des sages-femmes remplaçant petit à petit les matrones réputées incompetentes, la place des accoucheurs va grandissante (création du corps des accoucheurs des hôpitaux en 1881) mais les accouchements s'effectuent encore à domicile. La surmortalité dans les hôpitaux fait peur jusqu' à la fin du dix-neuvième siècle où les travaux de SEMMELWEIS à Vienne, de LISTER à Edimbourg et de PASTEUR à Paris permettent enfin de connaître l'étiologie des fièvres et d'envisager les moyens pour les endiguer. L'asepsie mais aussi le début de l'usage de drogues anesthésiantes notamment dans les pays anglo-saxons¹³⁹ vont changer la vision de la naissance en milieu hospitalier et même y attirer les femmes pour un accouchement plus technicisé [MOREL-2007]. La souffrance vue souvent comme un rachat du péché de chair ou une

¹³⁹ L'accouchement à la reine : la reine Victoria donne naissance à son huitième enfant sous chloroforme en 1853. Les médecins français seront longtemps réticents à l'usage de l'analgésie obstétricale

fatalité, voire une valorisation humaine [KNIBIEHLER-1984] régresse dans les esprits. C'est dans les années trente que l'accouchement, notamment dans les grandes villes, se délocalise vers les établissements hospitaliers. Les aides étatiques (prise en charge forfaitaire de l'accouchement et indemnités de maternité pour les femmes qui travaillent) pour enrayer la baisse de la natalité, contribuent à faire de l'accouchement un acte médical reconnu. « *On se soucie en effet davantage du bien-être de l'individu, la fatalité devant la mort recule et l'homme de moins en moins soumis à l'ordre divin, tente d'aménager son existence* » [BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 1999]. Cependant les patientes aisées et les femmes issues du monde rural optent encore de nombreuses années pour la naissance à domicile avec l'aide d'une sage-femme ou d'un médecin généraliste. L'absence de consensus autour du lieu idéal de la naissance de l'entre deux guerre évolue dans les années cinquante et en 1962, quatre-vingt-cinq pourcent des accouchements ont lieu dans les maternités. Celles-ci sont désormais des établissements modernes à la fois sur le plan des installations techniques mais aussi innovantes en matière d'approche d'accompagnement. La maternité des métallurgistes (des Bluets) à Paris propose à l'initiative du Dr LAMAZE une méthode d'accouchement « sans douleur » issue d'une préparation psychique et physique ramenée d'URSS. Méthode plébiscitée par les femmes, elle est cependant violemment critiquée, de par ses origines politiques, par des médecins conservateurs et/ou catholiques. Il faudra l'autorisation de Pie XII en 1956, le remboursement de six puis huit séances de préparation, pour que les femmes puissent bénéficier pleinement de cette nouvelle approche.

La médecine, de plus en plus présente auprès des femmes enceintes et accouchées, va aussi devenir indispensable pour la prise en charge des enfants : La puériculture s'officialise avec notamment la création en 1945 de la PMI (protection maternelle et infantile) et la science fait son irruption dans la façon d'élever son enfant. KNIBIELHER (1997) montre bien que dorénavant le rôle de mère « *suppose une conscience, une éducation, une culture d'origine savante* ». Même si les mesures étatiques concernant l'éducation des mères s'amorcent à la fin du dix-neuvième siècle, c'est la médicalisation de masse qui fait de l'éducation sanitaire un élément majeur du suivi pré et post-natal.

Les progrès en matière d'imagerie (échographie) et d'analgésie achèvent de transformer la naissance en acte médical faisant oublier en partie sa symbolique. « *La naissance s'inscrit désormais comme un évènement dont le cours peut être modifié par le savoir et l'expérience médicale, dans un but de maîtrise et de sécurisation* » [CHARRIER, CLAVENDIER-2013]. Ainsi les progrès scientifiques concluent le processus de renversement du monopôle des femmes sur la naissance, à la fois en tant que futures mères, abandonnant leur corps à la médecine et en tant que professionnelles de la naissance, l'accompagnement faisant place à une bio-techno-surveillance. Parce que « *la pente naturelle du risque est de proliférer partout ; le risque a un mode d'existence allusif ; à la fois présent*

et absent, il se loge en toute chose. Même celle qui, en apparence, semble la plus innocente » [EWALD- 1986¹⁴⁰], la notion de « *predictive factor* » [GIDDENS-1994] devient l'argument princeps de la médicalisation de la grossesse, du contrôle social et donc d'un passage nécessaire du domaine privé vers un domaine public. Cette « *médicalisation galopante invente sans cesse de nouvelles normes qui bousculent pratiques et représentations* » [KNIBIEHLER, ARENA-2012] et interfère avec la grossesse dès la conception ou son refus faisant passer le slogan « un enfant quand je veux » à celui d' « un enfant comme je veux ».

La grossesse et la naissance décrites par un langage, profane, imagé et symbolique, par les familles, se voient attribuer un langage médical [CARRIBURU, MENORET-2004] y compris par les non-professionnels, et adoptent un calendrier fondé sur les consultations prénatales et les échographies. De plus, au-delà du suivi médical, les femmes enceintes sont incitées fortement à adopter une hygiène de vie prohibant tous éléments potentiellement dangereux pour le fœtus (tabac, alcool,). La grossesse et la naissance sont donc normalisées par un suivi médical étroit et une attention soutenue de la part des futurs parents [BURTON-JEANGROS, HAMER, MAFFI, 2014], où la relation thérapeutique reste encore marquée par un processus de délégation des choix médicaux de la patiente vers le corps médical [FILLION-2012]. Une autre conséquence du suivi médical intensif est une tendance à la séparation de l'éducation prénatale et du suivi clinique. Celui-ci effectué dans le cadre de consultations, où l'efficacité et la rationalité sont primordiales, laisse peu de place au dialogue, à une éducation adaptée. Des espaces dédiés à la préparation à la naissance et à la parentalité s'avèrent donc nécessaires et créent de fait des spécificités professionnelles. Dans les maternités, même si cette éducation vise à aider les patientes et les couples dans le processus de la parentalité et à être actifs dans la gestion de l'accouchement, elle vise aussi à socialiser les parents aux gestes médicaux, à l'environnement hospitalier. Pour MAFFI (2014), « *encadrés par l'institution médicale et imprégnés par son modèle de la naissance, les cours proposent aux couples des normes comportementales et morales précises qui réinscrivent leur expérience somatique et cognitive au sein du paradigme technocratique et gestionnaire typique de nos sociétés.* »

Plus largement le concept de bio-médicalisation, développé entre autres par CLARKE (2000) s'applique à l'évolution de la prise en charge de la procréation, état initialement normal devenu objet de médecine. Alors que le paradigme opératoire de la médicalisation est : « *définition, diagnostic et classification des maladies (détecter, classer, traiter)* », celui de la bio-médicalisation va plus loin devenant : « *définition, diagnostic et traitement des risques (évaluation, surveillance et dépistage).* »

¹⁴⁰ Ewald, F. (1986). *L'Etat providence*, 610p. Paris, France : Grasset in DODIER(1986)

En ce qui concerne la *grossesse* « le concept de bio-médicalisation pose pour principe que c'est la vie elle-même qui se trouve médicalisée, que c'est le « normal » qui se trouve problématisé tandis que les frontières entre maladie et santé deviennent insaisissables avec, notamment, l'incorporation individuelle et collective de la catégorie de risque » [CARRIBURU, MENORET-2004]. CARRICABURU (2005) montre que la gestion du travail se substitue à la gestion technique du risque, avec une planification des actes obstétricaux à l'encontre du caractère spontané de la naissance. On ne reconnaît plus qu'à postériori la normalité de la naissance et comme le souligne FILLION (2012), la périnatalité témoigne « de résistances mais aussi d'innovations- relatives à la démocratisation de l'univers médical, en lien avec des façons de plus en plus complexes de penser et de gérer les risques ».

En fonction de l'appréhension de cette notion de risque, les pratiques obstétricales sont très hétérogènes. Cette variabilité est dénoncée par COCHRANE¹⁴¹ en 1977 qui juge l'obstétrique emblématique d'une médecine insuffisamment fondée sur les résultats de la recherche. En réponse, des obstétriciens et sages-femmes anglo-saxons créent un groupe de travail évaluant la pertinence des interventions de prévention et de thérapeutique durant la grossesse et l'accouchement¹⁴² et proposent une médicalisation raisonnée.

D'autres critiques, vis-à-vis de la médicalisation de la naissance, émanent des féministes souvent historiennes et sociologues [JACQUES-2007], dénonçant la subordination de la femme qui accouche, voire la position « d'acculturation aux normes médicales » [THEBAUD, 2010]. Même si la « révolution culturelle de mai 68 » et le mouvement féminisme interrogent la médicalisation de la grossesse et prônent la réappropriation du corps de la femme, la remise en cause de technicisation de la naissance s'intensifie durant les années quatre-vingt-dix permettant d'envisager des projets alternatifs alliant une recherche de simplicité, d'authenticité et un respect des phénomènes naturels. On peut remarquer en effet que la mobilisation des femmes s'est tout d'abord axée sur la maîtrise de la procréation plus que sur les conditions d'accouchement [FILLION-2012]. Il est vrai que le vingtième siècle est marqué par un profond changement dans la façon d'envisager la naissance. L'évènement fait partie de la sphère publique au travers de politiques natalistes et du contrôle médical avec des professions spécialisées ; la naissance s'inscrit dans des dispositifs prescrits, la parturiente est patiente et le modèle du risque obstétrical domine. Au travers de cette évolution conceptuelle de la naissance on retrouve, la figure du risque au centre à la fois des préoccupations politiques et du quotidien de chacun, mais aussi une société devenant réflexive, comme l'a démontré BECK(1986) dans son ouvrage « la société du risque »¹⁴³ et osant s'interroger sur la notion de risque réel ou non [SAXELL-2004]. Cette interrogation est d'autant plus justifiée que le recours à de nombreuses

¹⁴¹ Médecin britannique précurseur de la EBM

¹⁴² Guide to effective care in pregnancy and childbirth, Oxford University Press Chammlers 1989, enkin 1995, 2000

¹⁴³ Ouvrage écrit au lendemain de la catastrophe nucléaire de Tchernobyl

investigations techniques, argumenté par la limitation des aléas et accidents, n'est pas dénué de conséquences néfastes : Nouveaux risques inhérents aux actes techniques, anxiété accrue des futurs parents, inflation des dépenses de santé, mal être des professionnels face à des décisions difficiles...Cependant, comme le souligne PERRENOUD (2014), on ignore souvent les conséquences émotionnelles chez les professionnels. Pourtant, la gestion des situations dangereuses, même rares, parce qu'elles laissent des traces émotionnelles fortes, interfèrent sur la pratique en contexte normal. Ces questions de « bonnes pratiques » autour de la grossesse et de la naissance non seulement ne font pas toujours l'unanimité mais génèrent des tensions entre différents groupes professionnels et environnements institutionnels [BURTON-JEANGROS, HAMER, MAFFI, 2014]. De plus, les recommandations cliniques peuvent être opposables en cas de litiges : Le poids du risque médico-légal, est extrêmement prégnant en obstétrique, non de par sa fréquence, mais plus du fait de la possibilité de poursuite à distance du fait dommageable. Le glissement du risque médical vers le risque judiciaire peut entraîner une inflation d'actes médicaux répondant alors à « *une médecine obstétricale défensive* » selon FILLION (2012) reprenant les propos de SEGUY(2006)¹⁴⁴. De même la politique de « l'ouverture du parapluie » tend, même au niveau des obstétriciens, à argumenter les transferts vers les maternités de niveau III¹⁴⁵, tout en dénonçant l'hégémonie de ces services spécialistes de la pathologie par leur recrutement et leur activités de recherche.

La France est le deuxième pays européen en termes de fécondité (2,1 enfants par femme)¹⁴⁶ mais au dix-neuvième rang pour la mortalité maternelle et au douzième rang pour la mortalité infantile malgré les plans de périnatalité successifs dont les objectifs sont une amélioration de la qualité des soins. Les différents plans de périnatalité qui vont se succéder sont la traduction de ce que CHARRIER et CLAVENDIER (2013) appellent la « *biopolitique de la naissance* » s'inscrivant dans une logique de santé publique, plans dont « *le principal objectif sera d'accroître la sécurité de la mère et de l'enfant lors de la grossesse et la naissance avec pour point nodal l'accouchement. Cette sécurisation repose essentiellement sur un recours à une rationalisation qui identifie des normes de plus en plus précises en matière de suivi et d'orientation des mères* ». Le paradigme du risque médical justifie une hiérarchisation des maternités jusqu'au plan de 2005-2007 qui tente de réintroduire une référence à la physiologie mais oriente vers une autre préoccupation : celle du risque psychosocial, de la vulnérabilité. Toute l'organisation de la périnatalité cherche à minimiser l'imprévisible, renforçant une rationalisation du travail dans les maternités et une normalisation des

¹⁴⁴ SEGUY, B. 2006, Prévenir le risque juridique en obstétrique. Cas réels –Bonnes pratiques, Paris, Masson.

¹⁴⁵ Les maternités de niveau I prennent en charge des femmes dont la grossesse est normale et dont les nouveau-nés ne présentent pas de problèmes particuliers. Les maternités de niveau II disposent d'un service de néonatalogie qui permet d'assurer, tous les jours de l'année et vingt-quatre heures sur vingt-quatre, la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risque et ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance, qu'ils soient ou non nés dans l'établissement. Les maternités de niveau III disposent en plus d'une unité de néonatalogie, d'une unité de réanimation néonatale.

¹⁴⁶ WHO EURO, 2013

accouchements. « À force de ne pas laisser place à l'imprévisible sous prétexte de les rassurer, on donne aux futures mères l'illusion de maîtriser un programme, si bien que le moindre changement peut être source d'une déception durable, voire d'un sentiment d'échec » [SZEJER-2006]. Le discours du risque médical et/ou psychosocial est omni présent dans les pratiques, pas toujours explicité par les professionnels mais inscrit dans les documents remis aux patientes dans un souci de transparence et de protection des professionnels¹⁴⁷, plaçant la grossesse « *entre trouille folle et bulle de bonheur* » [BALLIF-2014]. Entre situation souhaitable (voire idéale) et dangers potentiels, la grossesse et la naissance se trouvent ainsi normés et moralisés... La femme, en fonction de ses antécédents médicaux, de son parcours de vie, son âge, son projet parental, est donc soumise à des risques, méritant l'attention des professionnels, mais « *est en même temps responsable de les anticiper et d'y faire face* » [BALLIF-2014]. La possible dérive vers la stigmatisation et l'usage abusif de moyens d'exploration, incite à la critique réflexive.

Les multiples acteurs de la naissance, parents et professionnels, chacun à leur place et avec leurs connaissances, se réunissent autour de la problématique : l'utilisation des techniques. Celles-ci peuvent être perçues comme garantes d'une naissance en toute sécurité ou a contrario à risque de iatrogénie. De même, l'utilisation de l'analgésie péridurale peut être vécue par les patientes et les professionnels comme une action humaniste (en supprimant la douleur physique) ou au contraire déshumanisante car perçue comme antagoniste d'un accompagnement optimal. Plusieurs études montrent néanmoins l'ambivalence des femmes enceintes face au suivi médical de la *grossesse* « *oscillant entre la compliance envers le modèle médical, une demande de sécurité conduisant à multiplier les démarches préventives, voire diagnostiques, ou encore un souhait de mettre de la distance avec la logique médicale* » [BURTON-JEANGROS, HAMER, MAFFI, 2014]. Finalement le rapport à la naissance est extrêmement normatif, normes plurielles, personnelles ou sociétales, conscientes ou inconscientes, interrogeant tous les acteurs sur leur place respective, sur le sens de la vie ou la mort [SEGALEN-2000]. La normativité se juxtapose à la complexité car la médecine périnatale « *s'adresse à deux êtres (femme et enfant) dont les intérêts ne se superposent pas toujours et dont la qualification anthropologique varie substantiellement* » [FILLION-2012]. Aucune autre spécialité médicale ne se trouve confrontée à cette intervention sur un patient via le corps d'un autre, patient traité par anticipation de l'enfant à naître.

Cette complexité se trouve renforcée par le fait que la place de l'enfant a considérablement évolué tout du moins dans les pays occidentaux. Son existence commence parfois même avant sa

¹⁴⁷ Article 35 du Code de déontologie médicale (article R.4127-36 du Code de la santé publique). Article L.1111-2 alinéas 1 et 2 du Code de la santé publique

conception par la publicisation de l'arrêt de contraception avec la survalorisation d'un projet parental, l'idéalisation d'un nouvel être. Autrefois caché jusque sa naissance, le fœtus devient accessible, doué de compétences, voire patient au même titre que sa mère. Le « *paradoxe et la complexité produite par l'évolution des techniques, du droit et des attentes sociales autour de la naissance, génèrent des tensions et une inquiétude très palpables sur le terrain. Les professionnels doivent perpétuellement anticiper des risques qui peuvent être concurrents et sont confrontés à des conflits de légitimité* » [FILLION-2012]. De même, l'attention prioritaire accordée au fœtus qui devient le « patient principal » [SAXELL-2004] peut véhiculer une certaine culpabilisation de la future mère qui ne suivrait pas les recommandations. « *La médicalisation intensive de la grossesse et l'avènement du diagnostic anténatal ont contribué à l'émergence du mythe du bébé parfait. Dans une logique économique, la priorité a été mise sur l'efficacité technique, et dans une logique paranoïaque, sur la diminution du risque, si bien qu'en périnatalité, les femmes ne sont plus des sujets pensants et parlants, les enfants des êtres de langage, mais les objets d'enjeux multiples qui les dépassent* » [SZEJER-2006]. Cette préoccupation néonatale va grandissant, orientant les nouvelles politiques de maternité illustrées par le label « hôpital ami des bébés ¹⁴⁸ ».

La place du père est, elle aussi, en mutation. Autrefois mis en dehors du gynécée, il est depuis les années soixante-dix, fortement incité à participer non seulement à l'accouchement mais aussi en amont à tous les événements de la grossesse et à la prise en charge du nouveau-né et du jeune enfant. Le congé paternité en est une illustration comme le constate DELAISI DE PARSEVAL (2004), vu comme « *un accompagnement législatif qui incite les pères à s'investir toujours davantage dans la vie de leur enfant* ». Cependant le père ne peut vivre la grossesse que par procuration, uniquement si la femme accepte de partager ¹⁴⁹. Il y a donc injonction paradoxale : Incitation sociétale forte à un investissement vis-à-vis de l'enfant, et ce dès la conception, et en même temps une négation totale de ses droits vis-à-vis du fœtus. Pour TRUC (2006), la maternité (établissement) apparaît comme une institution avant tout fondée sur et régie par un principe de matrifocalité qui « *contribue à marginaliser implicitement [les pères] dans des lieux où ils sont pourtant explicitement accueillis.* »

La femme enceinte, objet de soins, voit son statut évoluer dans le monde médical. Elle peut être tour à tour, patiente dans une approche relativement paternaliste, cliente dans une logique de résultat, experte dans un surinvestissement de savoirs expérientiels, usagère de services à sa disposition...ou sujet, composante originale de ces différentes figures.

¹⁴⁸ C'est un projet de service qui favorise un accompagnement optimal des parents à la naissance et pendant le séjour dans le service. Classiquement les soins sont organisés en fonction de la gestion du travail des soignants. Dans un service Ami des Bébés les rythmes et les besoins de l'enfant et sa famille sont pris en compte et deviennent prioritaires.

¹⁴⁹ L'avortement ne requière que le consentement de la femme.

Au total, la naissance, phénomène naturel, s'inscrivant souvent dans un projet personnel, cumule des dimensions souvent intriquées et paradoxales : Continuité familiale et évènement original, relevant de l'intimité d'un couple et devant répondre à des normes plurielles publiques et politiques [CHARRIER-CLAVANDIER-2013], protocolisation de la prise en charge, valeur symbolique éminente. Finalement, la maternité, dans tous les sens du terme, relève d'un encadrement institutionnel fort ; par le biais d'organisations sanitaires (PMI, hôpitaux...), du droit de regard sur les formations et les carrières médicales et para médicales (médecins, sage-femme, puéricultrice, auxiliaire puéricultrice...), l'Etat sous couvert d'un souci sanitaire, tend à orienter une « *prescription de pratiques qui contribuent à circonscrire des manières d'être parents* » [ORIA, CAMUS-2012]. Du projet d'enfant à la petite enfance, la naissance est un fait social indéniable, codifié renvoyant à une organisation sociale dont chaque étape est définie laissant peu de place à l'imprévu. « *Naître, a priori, n'est pas un traumatisme, c'est une étape de la vie humaine. En revanche, ce qui peut l'être, ce sont les conditions dans lesquelles se déroulent la naissance et la façon dont elle fait résonance dans l'histoire du sujet et de sa famille* » [SZEJER-2006]. La dictature du sanitaire et la médicalisation de pointe, proposées, ne doivent pas être les seules réponses à l'accompagnement d'un phénomène éminemment humain.

La naissance fait débat tant dans sa symbolique que dans son approche médicale. Certains, notamment des sages-femmes, soutenues par des associations d'usagers comme le CIANE¹⁵⁰, voient dans les maisons de naissances une alternative à la médicalisation. Cette option, longtemps réfutée avec véhémence par les obstétriciens, semble trouver une forme de consensus dans un compromis où des espaces « physiologiques » gérés par des sages-femmes peuvent être adossés à des maternités. Suite à la proposition de loi d'une sénatrice en 2013, une expérimentation a été votée¹⁵¹ pour deux ans. « *Les maisons de naissance sont des structures où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de la grossesse ...* ». « *La maison de naissance doit être contiguë à une structure autorisée de l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant, notamment, un transfert rapide des parturientes en cas de complication. L'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de cette structure* » [HAS-2014].

Au-delà d'une médicalisation peut-être plus raisonnée, c'est le rôle des professionnels, et au premier chef celui des sages-femmes, qui est posé, sans pour autant réduire la réalité de terrain à un antagonisme ancien entre gynécologues obstétriciens et sages-femmes. En effet « *des paradigmes de scientificité et d'objectivité différents circulent de manière plus ou moins conflictuelle au sein de chaque corps professionnel donnant lieu à des croisements et à des superpositions qui peuvent*

¹⁵⁰ Collectif inter associatif autour de la naissance

¹⁵¹ La loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013