



---

**Master 2**

**Promotion de la santé et prévention**

**Promotion : 2018-2019**

---

**Convergence des trajectoires de femmes enceintes et de professionnels de la périnatalité : le cas d'une maternité privée de type 1**

---

MARIELLE LE RUMEUR

04 septembre 2019

*Sous la direction de  
Clélia GASQUET-BLANCHARD,  
Paula CRISTOFALO et Maud GELLY*



---

## Remerciements

---

Je souhaiterais remercier tout particulièrement mes trois référentes pédagogiques de stage, Paula Cristofalo, Clélia Gasquet-Blanchard et Maud Gelly, qui m'ont accueillie avec une grande simplicité et toute leur amabilité. Elles m'ont permis de développer ma réflexion et de pousser mon analyse. Elles ont été à l'écoute et ont fait preuve d'une réelle bienveillance face à mes questionnements. Je les remercie pour le temps qu'elles ont accordé pour la relecture de mon mémoire. J'ai vraiment été ravie de travailler avec elles et de faire partie, pour un temps, de leur équipe.

Je voudrais également remercier ma famille, qui m'a soutenue pour me lancer dans cette belle aventure il y a deux ans et qui a été présente lors des moments difficiles et heureux de cette reprise d'études.

Je remercie également mes amis, et surtout Momo, Mumu, Vivi et Isa, pour leur écoute, leur amitié et leur soutien tout au long de ces deux années et également dans la relecture de ce mémoire. Je remercie Olivier pour ses encouragements précieux et ses blagues qui m'ont fait du bien pour déstresser sur la fin.

Une pensée particulière à mes camarades de cordée, Audrey, Perrine, Marine, Thierry, Clémence, Kilissan et Séverine pour le soutien, les encouragements mutuels et les fous-rires tout au long de cette année. C'était chouette de se serrer les coudes.



---

# Sommaire

---

1	Introduction .....	7
1-1	Présentation .....	7
1-2	Revue de la littérature .....	9
1-3	Problématique.....	13
1-4	Méthodologie .....	15
1-5	Résultats .....	18
1-6	Annonce du plan.....	19
2	Les Eglantines : la maternité, ses professionnels et l'équipe .....	21
2-1	La maternité : la vitrine de l'hôpital.....	21
2-1.1	Un levier fort de négociation avec la direction de l'hôpital.....	21
2-1.2	Les conditions de travail des professionnels.....	23
2-1.3	Le recrutement direct des professionnels par la maternité.....	26
2-2	Ses professionnels .....	29
2-2.1	Des professionnels des classes moyennes et supérieures aux profils atypiques et variés	29
2-2.2	Du développement de compétences à l'affirmation de son propre positionnement professionnel .....	30
2-2.2.1	Un début de carrière contraint : des professionnels qui acquièrent et consolident leurs compétences .....	31
2-2.2.2	L'expérimentation de différents types de maternité : des professionnels qui développent leur propre positionnement .....	32
2-3	L'équipe : une notion forte de collectif.....	33
2-3.1	Un point de vue similaire des professionnels : critique de l'industrialisation de la naissance.....	33

3.2.	L'appartenance à une équipe : une revendication.....	36
3	Les Eglantines : les femmes enceintes choisissant d'y accoucher.....	39
1-	Des femmes des classes moyennes et supérieures.....	39
2-	Des femmes aux grossesses tardives prises entre deux injonctions sociales : construire une famille ou développer sa carrière professionnelle.....	42
2.1.	Des grossesses tardives en majorité planifiées.....	42
2.2.	Une conciliation difficile entre famille et évolution professionnelle.....	43
3-	Des femmes dotées d'un capital culturel de santé fort.....	44
4-	Le choix de la maternité : un rejet de l'industrialisation de la naissance.....	47
4.1.	Importance de l'avis des pairs et des médecins dans le choix de la maternité.....	47
4.2.	Recherche d'une individualisation de l'accouchement.....	50
4	Les relations femmes – professionnels à la maternité des Eglantines.....	55
1-	Un air de famille entre femmes et professionnels.....	55
1.1.	Points de convergence entre trajectoires sociales des femmes et des professionnels	55
1.2.	Le choix de la maternité par les femmes et les professionnels : une vision critique partagée de l'industrialisation de la naissance.....	56
1.2.1.	Oui à l'humain et la physiologie, non à l'industrialisation de la naissance....	56
1.2.2.	La réputation de la maternité.....	57
1.3.	Des modes d'entrée dans la maternité qui rapprochent femmes et professionnels : primauté du réseau social sur les logiques institutionnelles.....	58
2-	Des femmes et des professionnels qui se comprennent.....	59
2.1.	Le point de vue des professionnels sur les femmes : des besoins spécifiques.....	59
2.2.	Le point de vue des femmes sur les professionnels : des professionnels bienveillants	60
2.3.	Des femmes et des professionnels comme à la maison.....	61
3-	Des expériences enchantées de la relation femmes-professionnels.....	63

3.1. Des relations individualisées entre personnes qui se ressemblent .....	63
3.2. Des relations moins aisées dans certaines situations particulières.....	64
5 Conclusion et discussion .....	67
Bibliographie.....	71
Liste des annexes.....	75

---

## Liste des sigles utilisés

---

Dans l'ordre alphabétique :

AMP : assistance médicale à la procréation

CDD : contrat à durée déterminée

CDI : contrat à durée indéterminée

CHU : centre d'hébergement d'urgence

CIL : correspondant informatique et libertés

CSP : catégorie socio-professionnelle

EHESP : école des hautes études en santé publique

ENP : enquête nationale périnatale

ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif

FIV : fécondation in vitro

SAMU : service d'aide médicale urgente

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

# 1 INTRODUCTION

---

## 1- Présentation

Infirmière puéricultrice depuis une dizaine d'années et ayant exercé dans différents types de structures, hospitalières, humanitaires et associatives, la question de la relation patient-soignant m'a toujours intéressée de par sa complexité et l'adaptation qu'elle requiert dans notre exercice auprès de chaque patient. Dans mon exercice associatif salarié, j'ai eu à accompagner de façon globale des femmes enceintes migrantes en situation de grande précarité sur l'Île-de-France, femmes touchées particulièrement par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). La vulnérabilité de ces femmes, dans cette période de la grossesse et dans un contexte de vie difficile, était particulièrement forte. Les accompagnant à des rendez-vous médicaux, j'ai moi-même été témoin de la relation qu'elles avaient avec les professionnels de santé. Et force a été de constater que même si les professionnels étaient majoritairement bienveillants, ils pouvaient également faire preuve de jugement et d'infantilisation envers ces femmes. De plus, certains professionnels de santé n'adaptaient pas leurs explications aux connaissances médicales des patientes, ce qui ne permettait pas aux patientes de comprendre ce qui leur était fait. De grandes inégalités étaient donc à l'œuvre dans la prise en charge de ces femmes.

Suite à ces observations, j'ai alors fait quelques constats :

1/ Les femmes ayant le plus besoin d'explications (car illettrées et ne parlant pas bien français) étaient celles qui en recevaient le moins, notamment parce qu'elles ne posaient pas de questions. Alors que, les femmes qui posaient des questions me semblaient déjà être celles qui avaient une connaissance médicale et qui pouvaient rechercher les informations par elles-mêmes.

2/ Lorsque les femmes ne posaient pas de questions, les médecins pensaient que les femmes avaient compris, alors que ce n'était pas le cas.

3/ D'après ma perception et le retour qu'elles m'en faisaient, les femmes ne posaient pas de questions aux professionnels de santé, notamment les médecins, parce qu'elles ne se sentaient pas légitimes à les poser.

Il me semblait que les femmes qui pouvaient poser des questions aux médecins étaient celles qui avaient déjà les ressources nécessaires pour le faire (niveaux éducatif et social élevés) et que même si les explications leur étaient nécessaires, elles auraient sûrement recherché l'information ailleurs si elles ne l'avaient obtenue par le médecin. Le niveau éducatif semblait déterminer le fait de pouvoir poser des questions aux professionnels de santé.

Je me suis alors posé des questions sur le pourquoi de ces blocages dans la relation des professionnels de santé avec ces femmes de milieux populaires voire pauvres. Pour ma part, j'avais une connaissance plus fine des trajectoires des femmes, notamment leur position sociale, leur niveau d'éducation, ce qui me permettait d'adapter mon discours et de fournir davantage d'explications sur un point précis pour qu'elles acquièrent des connaissances sur leur santé et qu'elles reprennent du pouvoir dessus. Je me suis demandé pourquoi les médecins n'arrivaient pas à faire la même chose, c'est-à-dire à situer socialement la personne pour ensuite adapter leur discours de manière individualisée, non pas en lui fournissant moins d'explications à la supposition qu'elle ne comprendrait pas, mais en lui expliquant davantage pour que justement elle comprenne et reprenne du pouvoir sur elle-même et sa santé ? Cela soulève également la question de la temporalité des consultations.

Dans mon précédent exercice auprès de femmes enceintes, j'avais observé une situation de communication médecin-patient, où le médecin n'avait pas appréhendé le niveau éducatif de sa patiente analphabète ce qui avait mené à des incompréhensions (cf Annexe 1).

J'ai donc démarré ce Master sur la promotion de la santé avec ces questionnements et l'intention de mieux comprendre les effets du statut social d'une personne sur sa santé et également dans la relation soignant-soigné. Dans le cadre de ce Master j'ai suivi un cours en santé globale mené par Clélia Gasquet-Blanchard. Clélia nous a également présenté les projets sur lesquels elle travaillait, dont plusieurs dans le domaine de la périnatalité. Ce projet m'intéressait car il se situait sur l'étude des inégalités sociales de santé, que j'avais pu étudier au cours du Master. De plus le projet souhaitait comprendre les processus qui mènent à une différenciation des pratiques selon les trajectoires sociales des professionnels de santé et celles des femmes enceintes. Ce qui faisait lien avec mon questionnement sur les relations soignant-soigné.

J'ai donc postulé pour le stage dans le projet TRASOPER (Trajectoires et rapports sociaux en périnatalité) mené par l'équipe de trois chercheuses, composée de Clélia Gasquet-Blanchard (géographe), Paula Cristofalo (sociologue) et Maud Gelly (médecin sociologue), qui m'a accueillie. Le projet TRASOPER porte sur les trajectoires et les rapports sociaux des femmes et des professionnels en périnatalité. C'est une enquête menée dans quatre maternités d'Ile de France ayant des profils différents et qui s'articule autour de trois problématiques, chacune portée par l'une des chercheuses de l'équipe.

Ce mémoire porte sur un temps donné de ce projet, pendant la durée de mon stage d'avril à septembre 2019 dans le cadre du Master 2 Promotion de la santé et prévention. Il porte sur l'enquête menée dans une maternité de type 1, établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) de l'est parisien. Le

projet TRASOPER porte notamment sur les pratiques de santé des classes moyennes et supérieures, moins étudiées que les classes populaires. C'est pourquoi cette maternité a été sollicitée.

Cette maternité m'était inconnue, ayant davantage collaboré dans mon précédent exercice avec des maternités de type 2 ou 3 qui prennent en charge des pathologies pendant la grossesse de type VIH, et qui accueillent des publics plus populaires voire migrants, vivant dans des conditions précaires. En allant dans une maternité que je ne connaissais pas, je me laissais l'opportunité de m'étonner face à un autre type de public. Je recréais ainsi les conditions d'un regard neuf sur la relation soignant-soigné.

Le lien ici avec la promotion de la santé peut sembler lointain de prime abord, mais il est important de comprendre les spécificités et mécanismes d'un contexte donné. La périnatalité est un moment particulier où s'expriment et se produisent de nombreuses inégalités sociales de santé et comprendre un fonctionnement peut servir de point de comparaison et révéler un autre axe à explorer. La recherche sur les inégalités sociales de santé permet de connaître les mécanismes qui les soutiennent, afin de sensibiliser les professionnels à l'impact qu'ils ont sur celles-ci, et ce qu'ils peuvent faire à leur échelle pour les combattre.

## **2- Revue de la littérature**

De tout temps la naissance a été une préoccupation sociale (Charrier & Clavandier, 2013). Elle intervient depuis toujours dans tous les systèmes sociaux, dans toutes les familles, dans tous les pays. La naissance est universelle. En France et dans les pays développés, son histoire relève davantage d'une professionnalisation de son accompagnement que de la naissance elle-même. Ce qui cependant en modifie la forme. Là où, quand la naissance se faisait dans des lieux intimes, familiaux, souvent au domicile des parturientes, par d'autres femmes expérimentées dans l'accompagnement à faire naître, il n'y avait que très peu de prise sur l'issue de l'accouchement et le sort réservé à la mère et son bébé. N'étant pas en soi une pathologie, la naissance pouvait cependant être génératrice de décès par son caractère aléatoire et d'issue inéluctable. Les familles se préparaient à ce que la mère et le bébé ne survivent pas.

La médecine et l'intérêt pour la science obstétricale interviennent au 17<sup>ème</sup> et 18<sup>ème</sup> siècles, face à ces naissances entraînant de nombreuses morts néonatales. La socialisation de genre change alors dans le paysage professionnel de la naissance, les médecins s'emparent de cette discipline jusqu'alors dévolue aux matrones. L'objectif de cette nouvelle science est celui de maîtriser la naissance et donc d'agir sur le corps des femmes accouchant, afin d'en réduire la mortalité. Le rapport de genre n'est pas favorable aux femmes, qui plus est aux matrones qui vont être discréditées dans leurs fonctions car elles représentent un pouvoir fort dans l'accès à la communauté féminine. Cela permet aux hommes de s'emparer de ce pouvoir et d'agir sur la conception, la régulation des naissances et l'accouchement.

De plus, une certaine morale est introduite par l'Église, favorable aux hommes accoucheurs face à des matrones ayant des connaissances sur l'avortement et la contraception.

Par les politiques de santé publique, petit à petit les compétences d'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement se professionnalisent, et celles-ci parviennent à réduire la mortalité néonatale. Pour certains (Charrier & Clavandier, 2013), cette médicalisation de la naissance pour réduire cette mortalité à zéro, s'accompagne d'une réduction de la naissance à son simple aspect biologique, là où les matrones intervenaient à un niveau social. Les lieux d'accouchement changent, les méthodes d'accouchement évoluent et se médicalisent. La naissance prend une autre forme, elle devient maîtrisable.

L'environnement de la naissance a depuis connu de nombreuses évolutions au niveau des professions, des structures et des soins médicaux et auxiliaires. Afin de toujours poursuivre le but de réduire la mortalité, les moyens pour maîtriser celle-ci se sont développés. La césarienne, le déclenchement, la péridurale, l'épisiotomie et les instruments obstétricaux sont autant de moyens de faire face à l'incertitude de la naissance. Le risque n'est plus admis, tout doit être anticipé (Azria, 2013). Le lieu d'accouchement a été transféré du domicile à la maternité au sein d'un hôpital offrant sécurité et bien-être à la mère et son enfant. L'allongement de la durée de vie, grâce aux progrès médicaux, augmente par conséquent le nombre de naissances. Les années 1970 sont l'essor de la médecine périnatale et du nombre de naissances. Cependant, cette course au risque zéro classe actuellement la France au 15<sup>ème</sup> rang en Europe concernant la mortalité néonatale (Bizard, 2018).

Les inégalités sociales de santé concernant la période de la grossesse sont nombreuses et des politiques publiques ont tenté de réduire celles-ci afin d'offrir à toutes les femmes enceintes la possibilité d'avoir le même accès aux soins. La prise en charge de 100 % des dépenses médicales remboursables, liées ou non à la grossesse, dès le 6<sup>ème</sup> mois de grossesse par la sécurité sociale en est un exemple fort (Administration française, 2018). L'aide médicale de l'Etat permet également de prendre en charge ces frais par la sécurité sociale en faveur des femmes enceintes sans papiers. Les congés maternité, quant à eux, tendent à s'uniformiser pour toutes les catégories professionnelles, avec en France 16 semaines au total pour un premier enfant (Administration française, 2019).

Malgré des politiques publiques de réduction des inégalités sociales de santé, celles-ci persistent cependant et notamment pendant la grossesse. L'enquête nationale périnatale 2016 révèle que 34,7 % des femmes enceintes nées en Afrique sub-saharienne ont un suivi prénatal inadéquat et que les femmes enceintes migrantes ont un risque plus élevé d'accouchement prématuré et de naissance d'enfants de petit poids (Blondel, Gonzalez, & Raynaud, 2017). Les causes de ces inégalités de santé sont multiples et les actions à mettre en place pour les réduire sont nombreuses à envisager. Elles

sont, soit indirectement liées à la santé comme le manque de ressources financières et l'absence de logement fixe, soit directement liées à la santé et au système de santé comme le manque d'information en santé donné par les professionnels. La réforme des maternités de 1998, répartissant celles-ci en quatre types (1, 2a, 2b et 3) selon le niveau de réanimation néonatale disponible dans chaque établissement, a bouleversé la répartition des maternités sur le territoire français (Cour des comptes & Chambres régionales et territoriales des comptes, 2014). Des maternités de haute technicité offrant une grande sécurité ont vu le jour comparativement à des maternités moins dotées techniquement (cf Annexe 2 et 3).

Cette restructuration s'est faite progressivement et a concentré l'offre technique de soins dans des grandes maternités pratiquant de plus en plus d'accouchements par rapport aux maternités plus petites. En 2004, les maternités de type 1 représentaient 41 % du total des lits, comparativement à 2012 où cette part n'était plus que de 31 % (Bizard, 2018). L'aspect financier des maternités est précaire selon le rapport de la Cour des comptes de 2014 et l'équilibre financier doit être recherché. La Cour des comptes recommande également de « redéfinir le modèle économique des maternités, en en réduisant les coûts par la baisse de la durée moyenne de séjour, l'augmentation des taux d'occupation et la suppression des lits inutiles et des moyens qui y sont affectés » (Cour des comptes & Chambres régionales et territoriales des comptes, 2014). L'avenir des maternités est donc fragile pour celles qui ne sont pas rentables économiquement. Cette nouvelle répartition de l'activité a provoqué une réorganisation du travail au sein des maternités pour faire face à cet enjeu économique et au nombre grandissant de naissances par maternité, allant jusqu'à plus de 5 000 naissances par an dans les plus grandes. Certains professionnels parlent d'industrialisation de la naissance dans ces grandes maternités (Montazeau, 2010). La Cour des comptes reconnaît dans son rapport qu'en réaction à cela, des initiatives pour un accompagnement plus individualisé se développent dans d'autres maternités (Cour des comptes & Chambres régionales et territoriales des comptes, 2014). L'année 2017 comptait 767 000 naissances, chiffre légèrement en baisse dans les trois dernières années et comparativement bas par rapport à 2006 avec 830 000 naissances cette année-là (Bizard, 2018). L'organisation des soins ne semble donc pas la même d'une maternité à l'autre et le choix de la maternité par les femmes enceintes va mener à une prise en charge différentielle de la grossesse et de l'accouchement.

L'offre de soins se répartit entre des maternités publiques, des maternités privées d'intérêt collectif, ou ESPIC, c'est-à-dire pratiquant les mêmes tarifs que les maternités publiques, et des maternités privées pratiquant des dépassements d'honoraires à la charge de la femme enceinte. L'offre de soins se décline également en plusieurs possibilités qui se présentent à la femme enceinte : se faire suivre toute sa grossesse dans la maternité d'accouchement, se faire suivre par un gynécologue ou une sage-

femme libéraux jusqu'au 7<sup>ème</sup> mois puis à la maternité d'accouchement, faire les échographies en ville ou à la maternité, avoir des cours de préparation à la naissance à la maternité ou par une sage-femme libérale, ou encore opter pour des séances de préparation atypiques de style sophrologie, haptonomie. Toutes ces possibilités sont cependant peu connues de toutes les femmes au début de leur grossesse. De plus, le parcours de soins lors d'une grossesse peut être difficile à comprendre à qui ne connaît pas le système de santé français. Par conséquent, même si l'accès aux soins est facilité à toutes les femmes enceintes par sa prise en charge financière intégrale, il en résulte cependant une différence de prise en charge selon les capacités à comprendre et à évoluer dans le système de santé pendant la grossesse. La relation femme enceinte – professionnels de santé en est aussi un exemple, car chaque femme a une capacité plus ou moins grande de comprendre ce que les professionnels expliquent. Ces ressources constituent le capital culturel de santé, concept créé et développé par Janet Shim (Shim, 2010). Selon elle, ces ressources sont transmises socialement et distribuées différenciellement selon les femmes, et sont cependant nécessaires pour engager la discussion et communiquer avec les professionnels de santé. Cette différence dans la détention de capital culturel de santé participe aux inégalités sociales de santé pendant la grossesse. Une autre modalité de production d'inégalités de santé relève des professionnels de santé, et est analysé par Sylvie Fainzang. La chercheuse met en évidence que les professionnels de santé vont agir différemment en fonction du patient qui se trouve en face d'eux. Cette différenciation se fait en fonction de ce que le professionnel interprète ou connaît du niveau d'éducation, de la classe sociale du patient. Une personne ayant un niveau socio-professionnel élevé se verra recevoir davantage d'informations par rapport à un patient de niveau socio-professionnel plus bas (Fainzang, 2015). Même si cette différenciation est majoritairement inconsciente, elle induit malgré tout, des inégalités de prise en charge et par conséquent des inégalités sociales de santé.

Ainsi l'organisation des soins, la différenciation des soins et les interactions entre patients et professionnels peuvent être génératrices d'inégalités sociales de santé au même titre que l'accès aux soins (Gelly & Pitti, 2016). Et dans le contexte de restructuration de l'offre de soins en maternité de ces dernières années, il semble pertinent de poser la question suivante : Comment la restructuration des maternités a influencé les rapports sociaux en périnatalité ?

Depuis quelques années seulement, les travaux de recherche en sociologie de la périnatalité se développent afin de mieux en cerner les enjeux. Ces travaux révèlent aussi que les populations les plus sujets à étude sont celles où la précarité est la plus forte car celle-ci entraîne des problématiques de santé chez ces personnes, notamment pendant la grossesse. Le constat est déjà fait que selon les classes sociales la santé n'est pas la même. Les ouvriers meurent plus tôt que les cadres (Leclerc, Kaminski, & Lang, 2008). Cependant, pour bien comprendre les logiques de (re)production des

inégalités sociales de santé, les pratiques de santé des classes sociales supérieures sont également intéressantes à investiguer. Ces classes sociales détiennent de forts capitaux culturel, économique et social. Comprendre comment les classes supérieures mobilisent leurs capitaux dans le système de soins peut contribuer à la connaissance des styles de vie des classes supérieures, dont les pratiques matrimoniales ou résidentielles sont plus explorées (Pinçon & Pinçon-Charlot, 2016) que les pratiques de santé, et à la compréhension des logiques de reproduction des inégalités sociales en périnatalité. Quelques études ont été menées sur leur rapport au corps et au travail pendant la grossesse (Gatrell, 2013). Mais peu se sont attaché à étudier leur rapport au système de soins et aux professionnels de santé.

Le projet TRASOPER porte sur les trajectoires et rapports sociaux en périnatalité et s'inscrit dans ces travaux de recherche.

Le projet TRASOPER vise à explorer trois axes principaux :

- Les effets de l'environnement de vie, notamment contextuels, de la socialisation de genre, de classe, et de l'histoire migratoire, et la façon dont ils produisent chez les individus un certain rapport au corps, à la santé, au milieu médical ;
- La façon dont les catégories de professionnel.le.s impliquées en périnatalité différencient leurs pratiques selon leurs propres origines et trajectoires sociales, et selon les origines et trajectoires sociales des usagères ;
- Les effets de la différenciation des filières de soins et de protection sociale sur la reproduction des inégalités sociales de santé.

Ce projet est mené par trois chercheuses géographe, sociologues et médecin et entend contribuer à une sociologie et une géographie critiques de la santé. Il se déroule dans quatre maternités d'Ile de France ayant des taille et appartenance diverses aux secteurs public et privé, et ayant des structures sociales différenciées de leur patientèle.

### **3- Problématique**

Ce mémoire s'intègre dans le projet TRASOPER sur une période de cinq mois et constitue une monographie sur une maternité de type 1, privée d'intérêt collectif à but non lucratif de l'est-parisien. Pour ne pas la nommer et conserver son anonymat, nous l'appellerons les Eglantines. Cette maternité est issue d'une communauté religieuse encore active au sein du comité d'administration de l'établissement et participe à des groupes de réflexion éthique sur le travail en maternité. C'est une maternité qui réalise 2 500 accouchements par an. Elle est intégrée dans un groupe hospitalier

pratiquant notamment de la chirurgie de plusieurs spécialités notamment en urologie. Cette maternité ne pratique pas de dépassement d'honoraires, à part pour la chambre seule lors du séjour à la maternité. En cela elle participe au service public et en propose les mêmes prestations. C'est une maternité accessible à toutes après inscription par internet et validée en fonction de la disponibilité des lits à la date demandée. Cette accessibilité étant similaire à une maternité publique, il était attendu que la population accueillie à la maternité soit variée en termes de profils sociodémographiques. On aurait pu s'attendre à trouver une population similaire à son arrondissement d'implantation, c'est-à-dire à avoir 23 % des femmes interrogées appartenant aux catégories socio-professionnelles des ouvriers et employés (proportion d'hommes et de femmes âgés de 15 à 64 ans, actifs et ayant un emploi, par catégorie socio-professionnelle en 2016) (Insee, 2016) ou encore à avoir 41,7 % des femmes interrogées ayant pour diplôme le plus élevé le baccalauréat (proportion de femmes de plus de 15 ans, non scolarisées en 2016 ayant pour diplôme le plus élevé, le baccalauréat) (Insee, 2016). L'enquête aux Eglantines a débuté en avril 2019 et après quelques jours de terrain, il est apparu que les profils sociodémographiques des femmes accueillies étaient largement similaires de prime abord. Femmes d'une trentaine d'années ayant un niveau d'éducation élevé, dotées de capitaux économiques et surtout culturels élevés, elles appartiennent aux classes moyennes et supérieures.

Au fur et à mesure de l'avancement de la recherche, la question de départ a évolué et j'en ai dégagé une problématique en suivant les étapes proposées par Cyril Lemieux (Lemieux, 2012) :

Alors que cette maternité est accessible à toutes femmes enceintes – en dehors des grossesses compliquées – aux profils variés, comment se fait-il que le public accueilli soit moins diversifié que ne le laisserait attendre la composition sociale de son territoire d'implantation alors même qu'il s'agit d'un établissement de santé privé d'intérêt collectif ? Comment se fait-il que les propriétés sociales soient plus homogènes dans cette maternité que celles des femmes vivant sur le territoire de la maternité ?

Cette problématique soulève les questions suivantes :

- 1- Comment préciser ma première impression d'homogénéité sociale du public accueilli ?
- 2- Quels processus formels et informels produisent cette relative homogénéité sociale du public ?
- 3- Quelles sont les logiques de choix de la maternité par les femmes ? En quoi cette maternité se distingue-t-elle, selon les femmes, des autres maternités du territoire ?
- 4- Qu'en est-il du point de vue des professionnels ? Quelles sont les logiques de choix de la maternité par les professionnels ?

- 5- Que produit une certaine proximité sociale des profils dans les relations entre les femmes et les professionnels ?

J'examinerai les hypothèses suivantes :

- Les capitaux culturels et économiques, et les styles de vie de ces femmes les amènent à choisir cette maternité plutôt qu'une autre.
- Les logiques de choix de la maternité sont proches pour les femmes et les professionnels.
- Cette similarité produit un certain air de famille sociologique entre femmes et professionnels avec cependant des différences qu'il importe d'objectiver.
- Cette relative proximité sociale produit des effets sur la relation femmes – professionnels.

#### **4- Méthodologie**

Le projet TRASOPER a développé une méthodologie d'enquête mixte, c'est-à-dire alliant un volet qualitatif par entretiens auprès des femmes et des professionnels et un volet quantitatif par questionnaire auprès des professionnels de santé. Le projet a été soumis puis validé par le correspondant informatique et libertés (CIL) de l'école des hautes études en santé publique (EHESP). Une semaine avant le début du terrain, le projet a été présenté à l'équipe de la maternité par Maud Gelly et moi-même pendant un staff réunissant une grande partie des professionnels, notamment le chef de service, le chef adjoint et les cadres de santé.

La méthodologie choisie pour répondre à la problématique de ce mémoire a été qualitative. En effet, pour cerner les profils et les trajectoires des personnes interrogées afin de comprendre leurs pratiques et ce qui les avait menés dans cette maternité, les entretiens semi-directifs (Blanchet & Gotman, 2015) ont été privilégiés. Ces entretiens ont permis aux enquêtés de répondre à des questions tout en ayant une liberté d'expression et d'association concernant les thématiques abordées. Des entretiens ont été réalisés auprès des femmes dans le service des suites de couches et auprès des professionnels de santé travaillant au sein de la maternité. Les critères d'inclusion et les conditions de réalisation des entretiens sont décrits en Annexe 4 pour les femmes et en Annexe 5 pour les professionnels.

Le projet TRASOPER étant un projet débuté en amont de la période de stage, des grilles d'entretien avaient déjà été préparées pour les femmes et les professionnels. Pour ces deux guides d'entretien, j'ai pu proposer des modifications en début d'enquête sur le terrain, qui ont été retenues par l'équipe du projet.

Le guide d'entretien auprès des femmes abordait les thématiques suivantes (cf. Annexe 6) :

- L'histoire de la grossesse et de l'accouchement : afin de situer la grossesse dans le parcours de vie de la femme et de même pour les grossesses passées s'il y en avait. Comprendre ce que

la grossesse impliquait au niveau social et médical dans le parcours de vie de la femme et de son/sa conjoint(e) le cas échéant. Faire parler la femme sur le déroulé de sa grossesse et son accouchement, ses attentes, ses craintes. Connaître les relations qu'elle avait eu avec les professionnels pendant son suivi et son accouchement. Savoir ce qu'impliquait cette grossesse et cette naissance dans la trajectoire professionnelle de la femme.

- L'histoire conjugale : afin de situer la grossesse au sein de l'histoire du couple et ce qu'elle impliquait en termes d'organisation et de répartition des tâches. Connaître ce que la naissance allait impliquer dans cette organisation de couple et de famille, si des enfants étaient déjà présents.
- La socialisation médicale : pour connaître les pratiques de santé de la femme et de son conjoint. Identifier les capacités de compréhension et d'intégration des problématiques de santé, d'ordre général d'une part, et pendant la grossesse d'autre part. Identifier les capacités de recherche d'informations en termes de santé. Identifier les relations aux différents professionnels de santé. Comprendre la relation entre santé et vécu négatif/positif.
- Données socio-démographiques : pour situer socialement la femme.

Le guide d'entretien auprès des professionnels s'intéressait aux thématiques suivantes (cf. Annexe 7) :

- Le mode d'exercice / type d'emploi / spécificités de l'établissement et de la patientèle : pour situer le professionnel dans son contexte de travail, dans et hors de la maternité. Les contraintes et les avantages qu'il retire de son statut. Connaître les spécificités à travailler dans cette maternité, s'il y en a. Cerner la population accueillie et ses particularités.
- Le service / le travail en équipe : Comprendre l'organisation du service et de l'équipe. Appréhender les conditions matérielles et humaines de l'exercice au sein de la maternité, avec ses avantages et ses inconvénients. Cerner les relations entre le service et la direction, entre collègues et avec la hiérarchie. Connaître les liens qui existent avec l'extérieur de la maternité et les collaborations éventuelles.
- L'équipe médicale / paramédicale : pour connaître le fonctionnement de travail de l'équipe, les procédures formelles et informelles notamment en cas de désaccord, d'évènements indésirables. Appréhender l'opportunité donnée aux professionnels d'intervenir dans la remise en cause de certains fonctionnements de travail. Cerner l'ambiance et le partage de valeurs et pratiques entre les différentes catégories de professionnels.
- Les pratiques professionnelles / rapport aux patientes / entourage : pour cerner la pratique propre au professionnel interrogé. Pour évoquer son rapport aux femmes enceintes selon une catégorisation si elle est faite par le professionnel. Comprendre la négociation avec une femme ou avec un autre professionnel, sur quels sujets et comment.

- Après la grossesse : pour connaître les pratiques du professionnel concernant ce qui suit l'accouchement, tel que l'allaitement, la rééducation périnéale.
- Données socio-démographiques : pour situer socialement le professionnel.

Pour proposer les entretiens aux femmes, nous frappions à leur porte de chambre en suites de couches (sur deux étages), nous nous présentions et présentions brièvement le projet d'étude. Nous expliquions les modalités d'entretien, la durée, le respect de l'anonymat, le caractère non obligatoire de l'entretien et la possibilité d'enregistrer l'entretien avec leur accord, sinon des notes écrites étaient prises.

L'enregistrement des entretiens était proposé dans le but de les retranscrire ensuite pour permettre une analyse plus fine que les notes écrites ne le permettaient. Un dictaphone a été utilisé et les fichiers ont été nommés selon le même format comprenant le numéro d'entretien, la date, le nom de la maternité, les initiales des enquêteurs et la particularité de l'entretien en termes obstétricaux (déclenchement, césarienne...). Il a été prévu de détruire les fichiers audiographiques après retranscription.

Des observations ont été faites pendant les entretiens afin de noter les tenues vestimentaires des interrogés, leurs attitudes, leurs positionnements dans l'espace de la chambre, leurs rapports les uns aux autres (femme, conjoint, nouveau-né) et les objets répartis dans leurs chambres. Cela a permis de compléter les retranscriptions d'enregistrement.

La retranscription était prévue d'être réalisée par moi-même pour la plupart des entretiens et par une retranscriptrice professionnelle si besoin pour les autres. Le transfert de fichiers d'enregistrement se faisait à travers une plateforme sécurisée. La plupart des entretiens ont été réalisés en français. Deux entretiens ont été réalisés en anglais sans nécessité d'interprétariat, parlant moi-même anglais couramment. Ces entretiens ont ensuite été retranscrits par une interprète et laissés en anglais dans le texte.

La méthodologie a également fait appel à des observations directes (Arborio & Fournier, 2015) (Arborio, 2007). Tout d'abord, des observations de consultation ont été réalisées. Après un entretien avec un médecin nous lui avons demandé s'il était possible de venir observer ses consultations, ce qu'il a accepté. Nous avons également demandé à assister à des consultations de sages-femmes, ce qui a également été accepté par les cadres et les professionnelles concernées. L'accord des femmes, et de leurs conjoints le cas échéant, était systématiquement demandé pour observer la consultation et prendre des notes anonymisées. Il n'y a pas eu de refus. Pour respecter l'intimité de la femme lors des examens gynécologiques, je me tenais à chaque fois derrière un paravent me permettant d'entendre les paroles des intéressés mais de ne pas voir ce qui était pratiqué, sauf accord de la femme. Des notes

écrites ont été prises dans un carnet de terrain selon ce qui était entendu sur les caractéristiques socio-démographiques de la femme et de son conjoint, l'histoire de la grossesse, et les conversations échangées dans le cadre de la consultation entre le professionnel, les femmes et leurs conjoints si présents. Des notes ont également été prises sur les caractéristiques vestimentaires des professionnels, des femmes et leurs conjoints, leurs attitudes, leurs expressions notamment du visage, leurs exclamations, leurs positionnements dans l'espace de consultation. L'objectif principal de ces observations était de caractériser les interactions entre le professionnel et les femmes et leurs conjoints, et de saisir en situation les effets et les processus de différenciation sociale.

Enfin, l'observation de la maternité a été réalisée les jours de terrain, en se plaçant dans les couloirs, les salles de pause ou sur les chaises d'attente, de façon à ne pas gêner le travail des professionnels et les allers-et-venues des familles. L'observation a porté sur les affichages, l'ambiance, les allers-et-venues et les conversations entendues. Elle a porté également sur l'extérieur du bâtiment et ce qui lui était proche. Des notes ont été prises dans un cahier de terrain. Des photos des affichages et des locaux ont été prises. L'objectif était de caractériser l'ambiance de la maternité et également de se faire repérer des professionnels au fur et à mesure des jours de terrain, pour gagner leur confiance et espérer les interroger.

Les entretiens et les observations ont été réalisés en toute bienveillance, sans jugement, et dans le respect des personnes et de leur anonymat.

Concernant l'analyse des entretiens, une grille d'analyse élaborée auparavant par l'équipe de recherche a été complétée en accord avec celle-ci. Par soucis de confidentialité de la recherche toujours en cours dans d'autres maternités d'Ile-de-France jusqu'en 2021, la grille d'analyse ne sera pas annexée à ce mémoire. Cette grille a été cependant construite en fonction des items des grilles d'entretien.

## **5- Résultats**

L'enquête a été menée trois jours par semaine pendant deux mois au sein de cette maternité. L'accueil de l'équipe de la maternité a été bienveillant, facilitant notre intégration et la reconnaissance par l'équipe de ce que nous menions aux Eglantines.

Pour ce mémoire, j'analyserai 14 des 32 entretiens réalisés auprès des femmes et 10 des 23 entretiens réalisés auprès des professionnels (tableaux récapitulatifs des entretiens auprès des femmes et des professionnels en Annexe 8 et 9). Cependant, pour étayer ma démonstration, je mobiliserai certains éléments tirés des 18 entretiens femmes et des 13 entretiens professionnels non analysés. De plus, j'utiliserai le matériel récolté par les notes de terrain et les observations directes.

Les femmes sollicitées sont peu à avoir refusé de participer à l'enquête. Pour 10 des entretiens réalisés auprès des femmes, leurs conjoints étaient présents sur une partie ou la totalité du temps d'entretien.

## **6- Annonce du plan**

Dans un premier temps je présenterai le contexte de la maternité, puis les caractéristiques sociologiques des professionnels de santé, plus hétérogènes mais très proches de celles des femmes, ainsi que les raisons pour lesquelles ils ont été amenés à travailler dans cette maternité. Ensuite je présenterai les caractéristiques sociologiques des femmes accouchant dans cette maternité, toutes membres des classes moyennes et supérieures bien dotées en capitaux économiques et surtout culturels, et j'analyserai les raisons pour lesquelles elles ont choisi cette maternité. Je montrerai ainsi que les professionnels et les femmes ont choisi cette maternité selon des logiques similaires sous-tendues par le rejet de l'industrialisation de la naissance et que cette proximité des logiques de choix résulte d'une certaine proximité des styles de vie, quand bien même les positions sociales diffèrent. Enfin, je montrerai que cette homologie sociale produit des relations de soins relativement harmonieuses, favorables à la communication thérapeutique, à l'écoute de ce que les femmes expriment et à l'adaptation de la prise en charge en fonction de leurs demandes.



## 2 LES EGLANTINES : LA MATERNITE, SES PROFESSIONNELS ET L'EQUIPE

---

### 1- La maternité : la vitrine de l'hôpital

#### 1.1. Un levier fort de négociation avec la direction de l'hôpital

La maternité des Eglantines appartient à un groupe hospitalier privé à but non lucratif. Ce groupe hospitalier pratique entre autres des chirurgies orthopédique et urologique, et également de l'oncologie. Un centre de fertilité, également présent dans le groupe hospitalier, partage avec la maternité les postes de cadre supérieur et de cadre de service (cadre des consultations de la maternité). L'équipe responsable de la maternité est composée du chef de service, de l'adjoint chef de service et de la cadre supérieure. La cadre supérieure et le chef de service se considèrent un binôme dans le pilotage de la maternité. Ces trois professionnels ont des réunions mensuelles avec la direction de l'hôpital dont ils qualifient la relation de privilégiée.

*« On est dans une structure qui philosophiquement me parle complètement, avec un établissement privé donc avec des fonds privés, donc on est responsables de façon forte de tout ce que l'on dépense, et on est donc responsabilisés. On a une structure administrative qui me semble extrêmement étroite et du coup on a un lien avec l'administration de cet hôpital qui est très fort et qui me plait beaucoup, parce que ça nous permet de dire voilà nous avons besoin de ça, on peut, on peut pas, on le discute. On a une accessibilité avec l'administration de cet hôpital qui est extraordinaire. On a une réunion mensuelle avec le directeur de l'hôpital, mensuelle. Donc c'est vraiment quelque chose de très précieux, qui nous permet vraiment d'avoir, de bosser main dans la main, ça veut pas dire que c'est toujours tout rose, et qu'on est toujours d'accord, loin s'en faut, mais on a vraiment une étroitesse de pilotage de la maternité qui me plait énormément. », (gynéco-obstétricien, 52 ans, adjoint chef de service, 20 ans d'ancienneté dont 6 aux Eglantines).*

Cette relation privilégiée avec la direction semble être très spécifique à cet établissement selon le chef de service adjoint. Il semble d'ailleurs très enthousiaste de cette collaboration. Cependant, il est à noter qu'il n'a pas d'élément de comparaison, étant lui-même nouveau à ce type de poste. Il est donc difficile ici de comparer avec le fonctionnement d'autres types de maternité. Ici, cette relation permet à l'équipe de gestion de la maternité d'avoir un espace de négociation fort avec la direction de l'hôpital. Cependant, comme le rappelle cette gynéco-obstétricienne, la maternité ne rapporte pas d'argent à l'hôpital comparativement à des services plus rentables économiquement comme la chirurgie :

*« On est déjà retournés voir la direction parce qu'on sait que là-bas, [dans un autre service du groupe hospitalier], les orthos[pédiste] ne sont pas payés du tout comme nous. Ça doit être entre le double et*

*le triple ! Facilement. Ils demandent un appareil d'écho, ils l'ont comme ça, un écran plat, ils l'ont comme ça. Nous, on a de la merde, parce que nos actes, c'est en fonction de la T2A. Les actes qu'on fait, ça ne vaut rien, alors que les poses de prothèse, ça vaut. Donc, ils sont les rois du pétrole, c'est ceux qui font avancer l'hôpital en fait. Dès qu'ils claquent un doigt, c'est bon [...] On nous dérange la nuit, on nous appelle. Pendant deux heures et demi, je tiens la main d'une maman, et ce n'est pas juste deux heures et demi, je pleure avec elle parce que je suis émue, je rentre chez moi, j'y pense. Combien ça coûte ? Ça ne coûte rien ! Les gestes qu'on fait, les gestes d'empathie, le temps qu'on passe et l'urgence la nuit... Les orthopédistes posent leur prothèse et après, au revoir. [...] « Oui, mais si on leur dit quelque chose, ils vont partir dans le privé ! » Oui, mais nous aussi, on peut partir dans le privé. « Partez, la porte est grande ouverte. » Voilà ce qu'on nous dit [la direction]. », (gynéco-obstétricienne, 40 ans, 11 ans d'ancienneté dont 6 aux Eglantines).*

Là où l'équipe responsable de la maternité considère avoir une relation privilégiée avec la direction de l'hôpital, les professionnels de santé ont une vision différente et sont confrontés à une vision économique de la santé par la direction, opposée à leur vision humaniste du travail. En effet, avec la tarification à l'acte mis en place dans les hôpitaux, la maternité qui pratique des accouchements physiologiques ne rapporte pas autant que des services de chirurgie, car les soins qui y sont réalisés ont un coût moindre. L'espace de négociation, auquel fait référence le chef adjoint, semble alors dérisoire face à des services économiquement forts comme ceux de chirurgie. Cependant, la maternité semble avoir une spécificité toute particulière au sein du groupe hospitalier, comme en témoigne cette sage-femme un temps au poste de cadre :

*« Le truc c'est que la maternité n'est pas menacée ici parce que c'est une jolie vitrine de l'hôpital, [...] et que voilà en termes de vitrine, l'hôpital n'est pas menacé. Par contre au niveau financier, ben c'est un petit peu mieux mais on était quand même bien dans le rouge mais pas de notre fait, c'est juste que les actes liés à l'obstétrique physiologique sont très mal remboursés en fait. [...] Mais si vraiment on était trop dans le rouge, oui on peut être menacés. », (sage-femme, 43 ans, 21 ans d'ancienneté dont 18 aux Eglantines).*

Face à ces services économiquement rentables, la maternité doit se distinguer pour survivre et ne pas être menacée de fermeture, comme l'ont été de nombreuses maternités depuis la réforme de 1998. La réputation de la maternité semble alors être le levier qui permet à son équipe de gestion de faire pression auprès de la direction. De plus, cet espace de négociation semble renforcé par le fait que le chef de service de la maternité est actuellement président de la commission médicale d'établissement qui est « l'instance représentative de la communauté médicale (médecins et sages-femmes), pharmaceutique et odontologique. » (Inconnu, 2016) du groupe hospitalier.

Pour conserver cette réputation, la direction est contrainte d'accéder à certaines demandes de la maternité pour continuer à y garantir une prise en charge de qualité. En échange, la direction va pouvoir afficher en vitrine les activités de la maternité et ses points forts. Ainsi, ce qui fait la fierté des professionnels, est récupéré par le service communication de l'hôpital pour être mis en avant sur la page internet de la maternité (cf Annexe 10).

## **1.2. Les conditions de travail des professionnels**

Cette maternité emploie des professionnels médicaux (gynéco-obstétriciens, sages-femmes) et paramédicaux (infirmières, puéricultrices, aides-soignantes et auxiliaires de puériculture, agents de service hospitalier) sous des contrats divers (contrats à durée indéterminée (CDI), contrats à durée indéterminée (CDD), vacataires...) et sur des horaires en jour et nuit de 12 heures ou en horaires de garde pour les médicaux. Les sages-femmes et les médecins, et certaines auxiliaires de puériculture si elles le souhaitent, sont amenés à faire des plannings variés avec une alternance dans les différents services de la maternité. Cependant, ce planning est aménagé pour d'autres qui ne souhaitent plus faire certains horaires, notamment les gardes de nuit pour les professionnels en salle d'accouchement.

*« Alors là du coup je ne travaille plus en salle (d'accouchement) non plus, parce que dans le planning c'était difficile de mettre que de jour et pas de nuit. Du coup je fais le prénatal et le postnatal. C'est-à-dire que je fais des consultations [...] Et puis je fais plutôt des weekends ici (en suites de couches). [...] Et puis je fais aussi des consultations d'allaitement ça c'est ma particularité. », (sage-femme, 54 ans, 30 ans d'expérience dont 25 aux Eglantines).*

La cadre sage-femme de salle de naissance est dédiée pour toute l'équipe de sages-femmes et organise leur planning dans les différents services, en prenant en compte leurs spécificités. Les professionnels paramédicaux sont gérés par la cadre des suites de couches. Et les médecins s'organisent entre médecins, chapotés par le chef de service et l'adjoint du chef de service. Une cadre sage-femme est dédiée aux services des consultations et de fertilité. La maternité emploie également du personnel administratif et d'accueil répartis sur un planning de journée et sur les week-ends pour certains.

Cette maternité se répartie dans un même bâtiment dédié, de type ancien, sur quatre niveaux. Pour certains il est un peu vieilli. Le rez-de-chaussée est consacré aux consultations obstétricales, avec un accueil pour les futurs parents à l'entrée du bâtiment, affichant un grand panneau avec les photos de très nombreux bébés nés aux Eglantines depuis son ouverture il y a plus plusieurs dizaines d'années. Les salles de consultation sont dotées de matériel d'échographie plus ou moins neufs. A ce propos, une sage-femme observée en consultation dira *« on s'est fait avoir sur ce coup-là »* (notes d'entretien du 14/05/2019 d'une sage-femme, 29 ans, 6 ans d'ancienneté dont 4 aux Eglantines). Les femmes et leurs conjoints attendent dans les couloirs sur des fauteuils deux places confortables, de la musique

est diffusée dans certains couloirs pour ne pas gêner la confidentialité des entretiens. Au bout d'un couloir se trouve le bureau des médecins, la salle pour les cours collectifs de préparation à la naissance, des bureaux administratifs et le bureau de la cadre supérieure. Ensuite les premier et deuxième étages sont dédiés aux suites de couches et comportent 16 et 22 lits chacun, où deux lits sont dédiés uniquement au monitoring en cours de grossesse. Une nurserie avec une équipe paramédicale est présente à chaque étage. C'est une grande pièce lumineuse disposant de quatre baignoires les unes à côté des autres pour des moments d'échange collectifs parentaux autour des soins à l'enfant. Des fauteuils sont également disponibles pour les femmes ou leurs conjoints dans le cadre de l'alimentation de l'enfant. Le poste de soins des sages-femmes est situé dans un autre bureau de l'étage et est également présent à chaque étage. Le bureau de la cadre est situé au deuxième étage donnant sur le hall central de l'étage. Une salle de pause est disponible au deuxième étage pour tout le personnel des suites de couches. Dans un couloir du deuxième étage, des chambres ont été réquisitionnées pour installer les bureaux des sœurs de la confrérie religieuse, fondatrice de la maternité. Enfin, le troisième étage est consacré aux salles de naissance, disposant de cinq salles d'accouchement et d'une salle nature avec une baignoire. Deux salles de bloc pour les césariennes sont disponibles avec une salle de réveil. Une salle nurserie est dédiée aux soins du nouveau-né. Cependant, pour la cadre de l'unité ce n'est pas suffisant.

*« On est confortables. Je trouve que le plus gros problème face à cet objectif c'est le nombre de salles. On manque de salles. Et ça c'est pénible parce que du coup une dame qui vient d'accoucher, on va aller la passer dans une salle de surveillance post-interventionnelle comme si elle avait eu une chirurgie alors que non mais on a besoin de sa salle d'accouchement, ça c'est chiant. »*, (sage-femme puis cadre sage-femme, 28 ans, 6 ans d'ancienneté dont 5 aux Eglantines).

Une salle de pause, où se retrouve l'équipe lorsqu'ils n'ont pas de soins, dispose souvent de viennoiserie le matin. Cette salle jouxte le poste de soins des sages-femmes ce qui permet aux uns et aux autres de se parler d'une salle à l'autre. Le bureau de la cadre est un peu à l'écart après avoir passé une porte battante. Lorsque nous visitons cet étage, les professionnels nous proposent de nous assoir et de nous servir (café, viennoiseries) tandis qu'ils se font des blagues entre eux. A tous les étages sont placardées des affiches à fonctions organisationnelles près des bureaux des cadres, ou préventives pour les parents, par exemple concernant la sécurité de leur enfant en voiture. Ce bâtiment fait face au jardin du groupe hospitalier, un jardin avec de grands arbres, leurs noms étant parfois renseignés, avec des bancs le long des allées, des endroits un peu cachés discrets pour s'assoir, puis une fontaine avant de rentrer dans un autre bâtiment. Les chambres de la maternité pour une grande majorité, ainsi que les salles de naissance donnent sur ces arbres et le jardin. On peut entendre, entre les horaires de

cours, les collégiens dans la cour de l'établissement scolaire jouxtant le jardin. Les bruits de la rue ne sont pas perçus depuis le bâtiment de la maternité.

La répartition des professionnels sur 12 heures est de deux sages-femmes, deux auxiliaires de puériculture, une ou deux aides-soignantes et deux ASH à chaque étage des suites de couche, et une puéricultrice sur l'un des deux étages. Trois sages-femmes, une infirmière et une auxiliaire de puériculture sont présentes au niveau des salles de naissances, et deux sages-femmes, ou une selon les jours, aux consultations. Le personnel de nuit est moindre dû à une activité diminuée pendant la nuit notamment en suites de couches. Les médecins sont une dizaine à temps partiel pour certains d'entre eux et se répartissent sur les différents services de jour et de nuit. La cadre des sages-femmes qualifie cette répartition de confortable par rapport à des maternités qui réalisent plus de 5 000 accouchements par an.

*« Par exemple, à la maternité P. de Paris, quand vous êtes en salle vous êtes quatre sages-femmes et deux infirmières. Ici vous êtes trois sages-femmes et une infirmière. Vous voyez la différence. », (sage-femme puis cadre sage-femme, 28 ans, 6 ans d'ancienneté dont 5 aux Eglantines).*

Aux Eglantines, le tutoiement est de rigueur entre, semble-t-il, tous les professionnels, à part l'ASH qui me dit vouvoyer la cadre du service des suites de couches. Le chef de service tutoie et est tutoyé. Je ne sais pas s'il en est de même de la cadre supérieure. Cependant, ce tutoiement semble créer une certaine proximité entre les membres de l'équipe, quelle que soit leur profession. Et tous ses membres semblent se connaître. L'équipe est composée de professionnels jeunes en âge et en ancienneté, et de professionnels plus âgés qui sont là depuis plus de 10 ans, certains plus de 20 ans. Un système de compagnonnage est mis en place pour les jeunes recrues afin de les former et de les aider dans le développement de leurs compétences, notamment sur des soins complexes.

*« Quand je fais le planning des sages-femmes la nuit, y a quatre ou cinq sages-femmes et sur les quatre ou cinq sages-femmes il faut qu'il y ait au moins une titulaire, une en CDD depuis plus de six mois, en général je m'arrête pas à six mois, je fais en sorte qu'il y ait deux titulaires, et après deux autres filles qui peuvent être plus jeunes. Mais ça veut dire que sur l'ensemble de la structure, y a forcément quelqu'un qui connaît vraiment très bien, qui est vraiment là depuis longtemps. Et on a vraiment cette culture du compagnonnage », (sage-femme puis cadre sage-femme, 28 ans, 6 ans d'ancienneté dont 5 aux Eglantines).*

Ce système est mis en place depuis longtemps, mais c'est ce que la cadre avait apprécié en venant travailler ici, en comparaison avec son précédent poste dans une maternité de type 3 où elle avait dû se débrouiller toute seule. Elle perpétue cette culture du compagnonnage en tant que cadre.

Au niveau médical, la maternité étant de type 1, il est possible d'accueillir les nouveau-nés de plus de 2,2 kgs et avec des grossesses qui ont au moins 36 semaines d'aménorrhée. C'est-à-dire que seules les grossesses à bas risque vont être suivies et accouchées aux Eglantines. Un des points de vigilance des professionnels est de devoir détecter toutes complications le plus tôt possible pour un transfert vers une autre maternité pendant le suivi. Il n'y a pas de service de réanimation ni de néonatalogie aux Eglantines. Les réanimations sont réalisées par les professionnels de santé de la maternité et le SAMU (Service d'aide médicale urgente) lorsqu'ils prennent le relai. Si un transfert de nouveau-né ou de femme est nécessaire, cela se fait avec le SAMU ou des ambulances privées selon le degré de gravité.

Le parcours d'une femme enceinte est d'être suivie en libéral jusqu'au septième mois de grossesse par le professionnel qu'elle souhaite ou à la maternité pendant toute la grossesse. Ensuite le jour de l'accouchement, la femme est dirigée au troisième étage pour être prise en charge par une sage-femme qui va la suivre pendant tout le travail, sauf si l'équipe change pendant ce temps. Si la femme patiente longtemps avant que son col (col de l'utérus) ne se dilate, il lui est proposé d'intégrer sa chambre dans le service des suites de couches. Pour l'accouchement, la sage-femme est la professionnelle référente et va pratiquer celui-ci si aucune complication n'a lieu. Cependant si c'était le cas, elle ferait appel à un des médecins de garde pour qu'il vienne l'aider dans l'accouchement. Selon les cas, une césarienne peut être pratiquée, en urgence ou si celle-ci a été programmée.

### **1.3. Le recrutement direct des professionnels par la maternité**

Le recrutement semble un sujet important lors de l'entretien avec le chef de service adjoint. Même s'il n'a pas été déterminé par qui est décidé le nombre de postes à pourvoir, le recrutement des professionnels est quant à lui réalisé et décidé par l'équipe de gestion de la maternité elle-même. Le chef de service, l'adjoint du chef de service et les cadres de santé de la maternité dont la cadre supérieure, collaborent et reçoivent les professionnels en entretien. Ce mode de recrutement se construit autour de l'objectif principal d'avoir une équipe soudée, avec des relations bienveillantes entre les professionnels.

*« On essaie d'homogénéiser et de sélectionner les gens qui viennent travailler ici. [...] L'aspect humain de la personne qu'on va recruter il est, je vais pas dire tout aussi important parce que c'est faux, c'est d'abord compétences appropriées, mais que c'est un truc qui est très important. La tête de con viendra pas, voilà [...] Et du coup tout ce process là il permet justement d'avoir des équipes que je pense assez soudées. [...] Médecins on voit entre nous, entre le chef de service et moi. Sage-femme on les voit toujours avec la cadre sup et avec la cadre de la salle de naissance. Et comme elles sont passées par des vacances, des gardes, avant, on a déjà l'impression de terrain, on a déjà le retour des collègues, qui est l'information la plus informative, alors là on est tout de suite dans le cœur du truc et du coup*

*voilà la contractualisation elle est assez facile. [...] Du coup ça c'est vraiment une parole qu'on écoute parce qu'on est pas dans une tour pour dire bon elle a un beau CV ou je sais pas quoi », (gynécobstétricien, 52 ans, adjoint chef de service, 20 ans d'ancienneté dont 6 aux Eglantines).*

Il est intéressant de noter que le service des ressources humaines ne semble pas présent dans le processus de décision selon le discours du chef-adjoint. Les entretiens et les décisions de contractualisation sont délégués aux responsables de la maternité, ce qui semble avoir été négocié tant leur investissement à trouver des professionnels qui collent à leur vision du travail collectif est fort. En effet, ces derniers portent une attention toute particulière à créer des conditions favorables à la formation d'une équipe soudée. Pour cela ils sélectionnent des professionnels qui ont des profils alliant compétences techniques et relationnelles. Les compétences du *cure* et du *care* semblent alors inséparables dans cette maternité (Moutel, 2015). Le but de ce recrutement est d'homogénéiser les profils sur ce modèle, qui pour eux garantit une qualité de la prise en charge et une bonne collaboration professionnelle en évitant les conflits. D'autant plus que les avis des professionnels faisant déjà partis de l'équipe sont pris en compte avant toute contractualisation, pour s'assurer que le professionnel adhère à cet esprit d'équipe, faute de quoi il est écarté. Le statut de vacataire est un passage obligé de tous les professionnels, avec les avantages et inconvénients que cela provoque, comme celle de l'insécurité d'emploi :

*« Parce qu'on est des vacataires, on choisit, on part quand on veut, on revient quand on veut. [...] Il y a une solidarité quand elles te connaissent, avec des vacataires, un exemple, on a vu que c'est l'une qui est tout le temps comme ça, mais pas l'autre, celle à qui on a arrêté les vacs. Donc si, si, il y a quand même une solidarité mais on a pas la sécurité, non... pour le travail... Des fois on a, des fois on a rien. », (auxiliaire de puériculture, 58 ans, 20 d'ancienneté dont 10 aux Eglantines).*

Ce statut met le candidat à l'épreuve sur ses compétences techniques mais surtout sur sa capacité d'intégration au sein de l'équipe. Le fait d'entrer dans cette équipe et d'y être accepté semble être un privilège pour les nouveaux professionnels. Ce qui renforce l'esprit d'appartenance à une équipe. Par contre le statut précaire facilite le renvoi de ceux qui n'ont pas accès à ce privilège. Une forte sélection est donc à l'œuvre dans cette maternité pour y perpétuer une certaine ambiance de travail, tournée vers les relations humaines bienveillantes, et un esprit d'équipe et de collectif fort.

Cette sélection au recrutement rejoint la façon dont les professionnels postulent dans cette maternité. En effet, on remarque que pour plusieurs professionnels de l'enquête, c'est la connaissance directe d'un professionnel de l'équipe ou de l'institution elle-même qui va permettre d'aboutir à la contractualisation. Ainsi les professionnels recrutés appartiennent déjà au réseau professionnel de la maternité. Une sage-femme raconte comment elle avait connu la maternité :

*« Du coup j'ai rappelé la cadre d'ici, qui m'avait proposé un poste à la fin de mes études. Je lui ai dit que j'étais dispo, et elle avait besoin de quelqu'un. Je suis rentrée vacataire et puis après je suis restée. », (sage-femme puis cadre sage-femme, 28 ans, 6 ans d'ancienneté dont 5 aux Eglantines).*

Une connaissance en amont, avec semble-t-il une confiance réciproque, a permis à cette sage-femme de rentrer dans cette maternité. On note l'hésitation à la fin de ses études d'y entrer directement. Après son diplôme, elle s'est finalement orientée vers sa maternité d'école, de type 3, représentant sans doute une meilleure opportunité de développer ses compétences techniques professionnelles. Le choix actuel de venir travailler dans cette maternité semble alors davantage déterminé par un choix affirmé d'y revenir. La cadre lui avait proposé un poste auparavant, confirmant que la professionnelle adhérait à la notion d'équipe de la maternité.

Pour d'autres professionnels, c'est une connaissance intermédiaire qui va permettre le lien entre le professionnel et la maternité :

*« Un collègue de là-bas m'a dit : « Je connais un mec, un chef de service, (je n'avais jamais entendu parler de lui), il cherche quelqu'un ». Je suis venue avec ma spécialisation plutôt en échographie et en pathologie fœtale, que j'ai un peu mise en avant ici parce que ça manquait beaucoup. », (gynéco-obstétricienne, 40 ans, 11 ans d'ancienneté dont 6 aux Eglantines).*

Ici, c'est un mode de mise en relation particulier car de type informel où le fait qu'un collègue la recommande valide auprès de la maternité sa probable entente avec l'équipe.

Cependant, lorsque cela n'est pas possible de recourir à des personnes connues, ou lorsque les postes ne sont pas pourvus et qu'il faut recruter quel que soit le candidat, le recrutement semble se faire moins sur l'esprit d'équipe que sur le besoin de garantir une sécurité des soins.

*« D'ailleurs, ça fait je ne sais combien d'années qu'elles galèrent pour trouver des pédiatres compétents, qui veulent travailler chez nous. », (gynéco-obstétricienne, 40 ans, 11 ans d'ancienneté dont 6 aux Eglantines).*

Sous-entendant que les pédiatres actuels ne correspondraient pas aux besoins des femmes et de l'équipe, et qui, par conséquent, sont mis à l'écart par cette dernière. Ils ne sont pas d'accord sur les façons de travailler. Ce sage-femme homme raconte :

*« Il y a pas de staff de pédiatrie, avec une mise à jour des connaissances [...] Donc il y a pas forcément d'allées et venues de nouveaux pédiatres et de départ d'anciens pédiatres avec l'apport de nouvelles pratiques. [...] Le pédiatre reste le médecin référent du service pour le côté enfant en tout cas. Donc si le pédiatre est pas d'accord, il peut tout à fait bloquer un protocole. », (sage-femme homme, 28 ans, 4 ans d'ancienneté dont 6 mois aux Eglantines).*

Les pédiatres ne semblent pas faire équipe avec les sages-femmes sur les prises en charge. Ce qui mène à une application des protocoles mais pas à un sentiment d'être entendu. Ce qui « *frotte* », comme le disait le chef-adjoint.

Pour résumer, le recrutement direct, par la sélection des profils notamment sur leur esprit d'appartenance à l'équipe, semble alors facilité lorsque les professionnels sont déjà connus et appréciés des responsables ou lorsqu'ils sont recommandés par des personnes intermédiaires faisant partie du réseau professionnel proche des responsables. Ce réseau est composé de professionnels rencontrés dans les lieux d'étude et de travail, avec qui le professionnel semble être en confiance. Dès lors, le mode d'entrée suit plutôt les canaux informels de connexion, qui pourraient être proches de la cooptation car le professionnel intègre un réseau plus large de connaissances par l'intermédiaire de l'un de ses membres. Les professionnels rencontrés lors de cette enquête ont été majoritairement recrutés selon ces schémas, même si des exceptions semblent confirmer la règle.

## **2- Ses professionnels**

### **2.1. Des professionnels des classes moyennes et supérieures aux profils atypiques et variés**

L'échantillon des dix professionnels se compose de trois sages-femmes femmes, de deux médecins gynéco-obstétriciens femme et homme, l'homme étant chef de service adjoint, d'une pédiatre, d'une auxiliaire de puériculture, d'une agente de service hospitalier (ASH), d'une psychologue et d'une cadre sage-femme anciennement sage-femme dans la maternité. La psychologue est en reconversion après des études à Science Po et une activité initiale dans la publicité. L'auxiliaire de puériculture avait commencé sa carrière en tant qu'auxiliaire de vie.

Les âges connus des professionnels se situent entre 28 et 58 ans, quatre d'entre eux ont plus de 50 ans, deux professionnels ont moins de 30 ans et trois se regroupent entre 40 et 43 ans. Une personne n'a pas précisé son âge mais est à la retraite depuis un an. Les deux professionnels de moins de 30 ans sont en situation de célibat et sans enfant au moment de l'enquête. Les autres professionnels ont un à sept enfants, avec pour la plupart deux enfants. Ils vivent en situation maritale pour quatre d'entre eux, en concubinage pour trois d'entre d'eux et « seule » pour l'une d'entre eux. Une professionnelle est mariée et sans enfant suite à des fausses couches répétées.

Leurs lieux d'habitation se répartissent entre les 4<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup>, 12<sup>ème</sup>, 18<sup>ème</sup> (Montmartre) et 19<sup>ème</sup> arrondissements de Paris pour cinq d'entre eux. Deux professionnels habitent à la lisière de Paris dans les communes limitrophes du 94 (Val-de-Marne) Vincennes et Saint-Mandé. Une personne habite dans le 93 (Seine-Saint-Denis) dans une commune limitrophe du 94. Les lieux de résidence de deux

professionnels n'ont pas été mentionnés pendant l'entretien. Pour la personne habitant une commune du 94, celle-ci l'a qualifiée de « bobo » pendant l'entretien.

Les conjoints des professionnels, tous de sexe opposé, sont dans l'informatique, la production d'évènementiel en auto-entrepreneuriat, ou encore chirurgien digestif, technicien, pédopsychiatre, policier retraité et professeur de sport conjointement diplômé en jurisprudence islamique.

Les professions des parents des professionnels interrogés sont respectivement pour les mères et pères, assistante maternelle et agent électricien SNCF, secrétaire et comptable, puéricultrice et ingénieur, professeur des écoles et directeur financier, pédiatre et avocat, attachée de presse et ingénieur, chargée d'étude puis femme au foyer et médecin généraliste, et enfin femme au foyer et agent dans les sociétés vétérinaires. Pour deux professionnels les professions de leurs parents n'ont pas été mentionnées pendant l'entretien. Les professions connues des parents des conjoints sont respectivement pour les mères et pères, professeure d'EPS (éducation physique et sportive) puis coach sportive et cadre bancaire, femme au foyer et président d'une grande entreprise de télécommunication française, institutrice et policier, assistante maternelle et travailleur dans les usines en France.

Concernant les trajectoires migratoires, un conjoint d'une professionnelle est originaire du Liban et a été naturalisé français. Elle-même caractérise ses propres parents « *Arméniens. Ils sont nés en France* ». Une autre professionnelle d'origine polonaise est venue étudier sa spécialité en France et est restée depuis. Une autre professionnelle est d'origine sénégalaise avec ses parents vivant au Sénégal. Elle part les visiter régulièrement surtout sa mère qui a des problèmes de santé. Le motif de sa propre migration n'a pas été mentionné mais cela remonte approximativement aux années 1990 avec ainsi une majorité de sa vie passée en dehors du Sénégal. Une des professionnels interrogés mentionne que ses grands-parents faisaient partie de la « *grande bourgeoisie française* ».

L'analyse de ces caractéristiques sociodémographiques montre que les professionnels interrogés et leurs conjoints appartiennent aux catégories socio-professionnelles ayant des capitaux économiques et surtout culturels forts. Le groupe médecins/sages-femmes/psychologue est assez homogène sur le plan des origines sociales, ce qui semble différent pour l'auxiliaire de puériculture et l'agente de service hospitalier. Les classes sociales représentées ici semblent être des classes populaires aux classes moyennes et supérieures.

## **2.2. Du développement de compétences à l'affirmation de son propre positionnement professionnel**

Le parcours des professionnels après l'obtention de leur diplôme n'a pas commencé dans ce service. Pour l'une d'entre eux, son parcours professionnel s'est fait au sein du même hôpital, dans plusieurs

services. Pour deux d'entre eux, leur expérience professionnelle ne s'est pas faite exclusivement en maternité. Ils proviennent, pour la majorité, de lieux d'exercice différents, mais sont en majorité à être passés par le service public avant d'arriver dans la maternité d'étude.

### 2.2.1. Un début de carrière contraint : des professionnels qui acquièrent et consolident leurs compétences

Pour certains, les postes occupés après l'obtention de leur diplôme ont un lien avec le lieu de leurs études et notamment leurs stages :

*« Au final j'ai été diplômée, j'ai pris un poste dans la maternité école dont je dépendais c'est-à-dire [une maternité publique de type 3 de Paris], 5500 accouchements par an, de la patho à gogo. Ça s'était très bien passé pendant mes études, je m'étais dit que de toute façon c'était un peu le baptême du feu d'aller à cet endroit-là. », (sage-femme puis cadre sage-femme, 28 ans, 6 ans de métier dont 5 aux Eglantines).*

Pour cette sage-femme, il est important de commencer à travailler dans une maternité de type 3 cela lui permettant de se former à la gestion de pathologies pendant la grossesse. Le fait de connaître préalablement la structure d'exercice et le fait qu'elle soit associée à une bonne expérience pendant ses études, semble une combinaison importante pour prendre une décision face à l'opportunité d'y exercer. Cependant, ce choix apparaît davantage lié à une opportunité et à une volonté de forger sa pratique professionnelle qu'à une réelle envie d'y exercer. Cela semble vrai pour elle mais semble être un déterminant commun à tous les jeunes diplômés.

*« Et le jour où j'ai fini mon stage à la maternité où j'étais qui était dans le 16<sup>e</sup>, maternité privée de type 1. Et le jour même où j'ai fini, ils avaient un problème pour les gardes de nuit et la directrice est venue me voir pour me dire, est-ce que ça vous dit de faire cette nuit ? [...] Et ça m'a plus tout de suite, j'ai fait la nuit, ça m'a plu, j'ai fait pas mal de nuits là-bas. Et après j'ai commencé à faire de jour, j'ai eu un contrat de trois ans là-bas, je suis restée... », (auxiliaire de puériculture de 58 ans, 20 ans d'ancienneté dont 10 aux Eglantines).*

Ce qui semble fonctionner également dans le privé où le poste a été proposé à cette professionnelle car la cadre et l'équipe connaissaient déjà la qualité de son travail.

Ainsi ici, le début du parcours professionnel semble tenir d'une certaine marche à suivre pour tous les nouveaux diplômés. Les lieux de stage ou d'école offrent souvent l'opportunité au nouveau professionnel d'y exercer. L'entente avec les équipes semble provoquer cette opportunité et faciliter la décision du professionnel d'y exercer. Ces éléments font que cela semble rassurant pour le professionnel de débiter avec une équipe et des pratiques connues. De plus, ce premier poste dans une maternité offrant une haute technicité de soins (type 3 généralement), apparaît comme celui

permettant au jeune professionnel de faire ses armes et de construire sa pratique professionnelle. Il semble un passage obligé davantage qu'un choix construit. Comme le souligne Thierry Piot dans son article sur les infirmiers en début de carrière (Piot, 2015), ces derniers s'engagent dans une démarche de développement professionnel regroupant deux logiques. La première étant celle qui est retrouvée ici. Les expériences professionnelles et situations rencontrées permettent de consolider les acquis de la formation initiale et de développer de nouvelles compétences. Ces expériences deviennent constructives pour le nouveau professionnel qui acquière, par elles, de nouvelles compétences.

### 2.2.2. L'expérimentation de différents types de maternité : des professionnels qui développent leur propre positionnement

Ces premiers postes après le diplôme, pour nombre d'entre eux, se situent dans des hôpitaux publics avec des maternités de type 2 ou 3 :

*« J'ai un petit peu travaillé dans le public, dans [une maternité de type 2a], j'ai fait un petit peu d'intérim entre temps, donc j'ai vu un peu de privé à but lucratif aussi. Des cliniques qui ont fermé parce que c'était en intérim et c'était des petites cliniques et c'est très bien qu'elles aient fermé. Parce qu'il y avait des pratiques extrêmement discutables. Et puis j'ai travaillé un an et demi dans une maternité publique, c'est un hôpital qui n'existe plus, dans le 91. », (sage-femme, 43 ans, 21 ans d'ancienneté dont 18 aux Eglantines).*

Cette sage-femme raconte qu'elle a exercé dans plusieurs maternités avant d'exercer ici. Elle a pu exercer dans des maternités de types très variés avant la réforme des maternités et a assisté à la fermeture de plusieurs petites maternités. A travers ses différentes expériences, dans le privé et le public, il semble que cette professionnelle ait pu tester les différences de pratiques en fonction des types de maternité et leurs tailles. Cette période semble être celle de l'expérimentation du début de carrière pour trouver le lieu d'exercice qui lui correspond le mieux.

Entre deux consultations, une autre sage-femme raconte qu'« après son diplôme elle est partie un an en Guyane pour travailler là-bas, très différent mais très bien. Mater type 3. Puis est rentrée en France métropolitaine et voulait essayer type 3 en France métropolitaine, donc est allée dans une maternité du 92 rattachée à l'AP-HP. », (notes d'entretien du 14/05/2019 d'une sage-femme, 29 ans, 6 ans d'ancienneté dont 4 aux Eglantines).

Cette sage-femme, avant d'exercer ici, a également testé plusieurs maternités publiques de type 3. Elle développe ses compétences professionnelles dans le secteur public qui offre des soins de haute technicité. Elle semble tester également plusieurs maternités afin d'en trouver une qui lui convienne pour exercer.

Le passage par une maternité publique apparaît comme nécessaire à la formation des professionnels, car seules les structures publiques proposent le type le plus élevé de technicité en néonatalogie (type 3), et comme obligé car la plupart des études universitaires se font dans des hôpitaux publics. Cependant, certains professionnels font également l'expérience du privé, avant ou après leur diplôme, ce qui leur apporte un regard comparatif sur les différents types de prise en charge des maternités. Ces professionnels semblent passer par l'expérimentation pour se positionner quant à leurs pratiques professionnelles. Ils deviennent des professionnels à leurs propres yeux et aux yeux des autres. Ce qui fait lien avec l'article de Thierry Piot, car la seconde logique dans la dynamique de développement du nouveau professionnel, est celle de « l'acculturation professionnelle et de la construction identitaire » (Piot, 2015, p105). L'expérience accumulée permet au nouveau professionnel de se situer dans sa propre pratique, dans son rôle professionnel et également par rapport aux autres (Piot, 2015). Notamment dans le cas du rôle des sages-femmes où les maternités ne leur laissent pas la même marche de manœuvre, certaines leur laissant la prise en charge de la femme du début à la fin de l'accouchement, d'autres ne les autorisant pas à accoucher les femmes car celles-ci le seront par leur gynéco-obstétricien privé. Les professionnels ayant acquis, par ces expériences dans le secteur public, un certain professionnalisme, cherchent alors un lieu d'exercice qui soit en accord avec leurs pratiques professionnelles.

### **3- L'équipe : une notion forte de collectif**

#### **3.1. Un point de vue similaire des professionnels : critique de l'industrialisation de la naissance**

L'idéal professionnel, reflet de la construction identitaire du professionnel, se construit par des expériences de pratiques pour lesquelles les professionnels se positionnent en accord ou en désaccord. Les professionnels interrogés semblent ici d'accord sur un point, celui de la critique de l'industrialisation de la naissance. Certains professionnels pointent du doigt le fonctionnement des maternités publiques de haute technicité (type 3). De ces désaccords, ils en dégagent leur pratique idéale :

*« On travaillait énormément [dans cette maternité publique], on avait pas le temps de, on faisait beaucoup de technique en fait, on avait pas le temps de faire de l'humain. Et du coup j'ai jamais envoyé mon dossier de titularisation [rires] et donc j'ai commencé à faire des vacations, je voulais faire plus de la physiologie. Et donc j'ai pris des vacations, c'était une époque où on trouvait extrêmement facilement du travail, j'aurai pu faire trois temps pleins si je voulais. Et je suis arrivée ici par hasard en 2001, et je suis jamais repartie. », (sage-femme, 43 ans, 21 ans d'ancienneté dont 18 aux Eglantines).*

Cette sage-femme a fait l'expérience d'une maternité publique où l'aspect technique de la prise en charge semblait plus important que le reste, alors que pour elle les relations humaines semblent davantage prioritaires. Elle montre alors une certaine rivalité dans un cadre où elle semble contrainte, face au temps, de devoir choisir la technique au détriment des relations humaines de qualité. Elle semble également faire une association entre relations humaines de qualité et pratique physiologique. Ainsi son idéal professionnel semble se construire en opposition à son expérience passée, notamment en maternité publique. Et aux Eglantines, elle semble satisfaite de la façon dont la maternité lui permet de travailler.

Pour continuer dans les relations aux patientes, le respect à leur égard semble important pour cette sage-femme :

*« Alors à l'époque il y a 25 ans j'ai cherché une maternité à taille humaine et où les rapports humains justement entre soignants-soignés étaient respectueux, ce qui n'était pas forcément le cas à l'Assistance publique où j'étais auparavant. Donc j'ai quitté une maternité de l'Assistance publique qui accueillait des populations plutôt précaires et où il y avait peut-être un peu trop de pouvoir de la part des soignants sur les mères. Et j'ai trouvé ici beaucoup plus de respect justement, de l'identité de la personne, comme tout simplement le fait d'appeler les gens par leur nom et pas par des numéros et d'essayer de faire un accompagnement global. », (sage-femme, 54 ans, plus de 30 ans d'ancienneté dont 25 aux Eglantines).*

Cette sage-femme critique les rapports de domination qu'exercent certains professionnels de santé sur les femmes, notamment les femmes en situation de précarité. Cela semble spécifique à des maternités où les rapports humains sont contraints dans de grandes maternités. Elle oppose donc ici maternité publique à relations humaines respectueuses. Elle cherche alors à trouver un lieu d'exercice où relations de soins peuvent être plus équilibrées, plus égalitaires avec les femmes sans leur imposer une vision dogmatique des soins à l'enfant.

D'autre part, les relations entre professionnels semblent tout aussi importantes que les relations avec les femmes dans l'exercice des professionnels. Cette gynécologue nous raconte qu'avant son arrivée aux Eglantines, elle avait postulé dans une maternité publique qu'elle connaissait et où : *« Je suis arrivée à l'entretien pour la voir, pour lui demander si je pouvais venir bosser. [...] Et elle m'a dit non. [...] Après, elle a constitué son équipe et six mois après, elle s'est aperçue qu'il lui manquait un échographiste de référence. Elle m'a rappelée et j'étais là, le chef de service ici m'avait dit merci déjà – dans le sens où j'avais été adoptée. Très vite, je me suis dit : je veux aller dans un hôpital où les gens me disent merci... Pas forcément, mais où je travaille dans des bonnes conditions et où on reconnaît le travail que je fournis. On ne dénigre pas le travail que je fournis, et que les autres fournissent. C'est*

*aussi agréable de voir qu'il dit merci aux autres, pas qu'à moi. L'ambiance générale est : ce que tu fais, ça nous a rendu service, c'est bien. Il y a une dame qui a écrit un courrier en disant : je remercie surtout le docteur untelle. Et le chef de service nous donne le courrier, c'est sympa. Les autres patrons ne font pas ça. », (gynéco-obstétricienne, 40 ans, 11 ans d'ancienneté dont 6 aux Eglantines).*

Par son expérience aux Eglantines, cette professionnelle remarque qu'elle recherche davantage de bonnes relations dans l'équipe et avec son chef de service qu'un poste intéressant techniquement. Là encore et d'une autre manière, les relations humaines de qualité sont importantes pour exercer de façon optimale l'activité professionnelle. Il s'agit de la reconnaissance du travail réalisé, du respect entre professionnels et d'une bienveillance au sein du service. Ce qu'elle semble avoir trouvé aux Eglantines. Les relations de domination au sein même de l'équipe semblent être un frein au bien-être de certains professionnels au travail. Entre deux consultations, cette sage-femme me confie qu'« *elle a travaillé dans une maternité publique de type 3 et là-bas c'était très hiérarchisé. Il y avait une salle de pause pour les médecins et sages-femmes et une autre pour les puer, infirmière, AP, AS, ASH. Les sages-femmes étaient hautaines là-bas, elle n'a pas aimé. », (sage-femme, 29 ans, 6 ans d'ancienneté dont 4 aux Eglantines).*

Dans son exercice antérieur, son mal-être avait trait à la ségrégation faite entre les différentes catégories de professionnels. L'inverse de cette situation semble caractériser l'ambiance dans laquelle elle souhaite travailler, avec notamment un respect et une entente dans l'équipe peu importe la profession, sans hiérarchie pesante. Dans l'idéal professionnel de cette obstétricienne et de cette sage-femme, la notion d'équipe, faisant référence à davantage de communication et de dialogue entre professionnels, est forte. De plus, même si elles ne font pas état d'une dichotomie public/privé, il est à noter que le choix de venir dans le privé n'est peut-être pas indépendant du fait d'avoir travaillé auparavant dans des maternités publiques, notamment lorsque leurs expériences d'équipe y ont été négatives.

De plus, l'organisation des soins dans les maternités de type 3 (cf Annexe 11), notamment basée sur le risque que représente la décision faillible des professionnels et sur sa maîtrise par la standardisation des protocoles, semble réduire les espaces bénéfiques à des relations humaines de qualité (Azria, 2013). C'est en cela que les professionnels semblent également réclamer davantage d'humain dans leurs pratiques, c'est-à-dire leur laisser faire des choix quant à la prise en charge des parturientes qu'ils accompagnent. En effet, aux Eglantines, les sages-femmes ont un espace d'adaptation qu'elles n'ont pas dans les maternités de type 3.

*« Je dirai qu'on nous laisse une belle autonomie. Pour autant c'est pas laxiste parce que y a des choses à respecter en obstétrique et là-dessus y a pas de sujet. Mais ouais on a cette autonomie-là de*

*profession médicale, spécialisée dans la santé de la femme capable de se dire que si on veut décaler de deux heures un déclen[chement] et qu'on a une bonne raison de le faire on peut le faire. », (sage-femme puis cadre sage-femme, 28 ans, 6 ans de métier dont 5 aux Eglantines).*

Aux Eglantines, le rôle de la sage-femme est plein et entier quant à ses compétences, et est reconnu par les médecins qui ne sont appelés que lorsque cela se complique.

Ici, la distinction entre les dimensions technique et relationnelle des soins renvoie à une pratique qui se partage entre le *cure* et le *care*. Thierry Piot décrit que la particularité des professions relevant du soin à l'autre est cette double compétence entre celle, technique pour le *cure* et celle, relationnelle pour le *care* (Piot, 2015). Les professionnels interrogés ici, montrent qu'ils ont une appétence professionnelle pour le *care*. Cependant, l'équilibre entre ces deux dimensions du soin dépend alors de la subjectivité du professionnel qui cherche à être en accord avec la vision qu'il a de sa pratique. Dans sa démarche de développement professionnel il va expérimenter des lieux d'exercice, il va tester, il va affiner ses critères de choix afin de trouver une maternité où l'équilibre entre les deux se rapproche le plus de celui qu'il cherche. Les professionnels se tournent alors vers une structure qui leur permet de trouver un espace pour des relations humaines de qualité auprès des femmes et avec leurs collègues. La qualité des relations avec les femmes semble caractérisée par le temps et le respect qu'on leur accorde dans les pratiques. La valorisation du travail et de l'autonomie du professionnel ainsi que la considération des uns et des autres au sein de l'équipe semblent quant à eux caractériser la qualité des relations entre professionnels. La maternité des Eglantines semble correspondre à leurs attentes car elle leur permet d'accompagner les femmes de façon globale par une sage-femme référente tout au long de l'accouchement. Cependant, il est à noter que même si tous critiquent l'industrialisation de la naissance dans les grandes maternités publiques, c'est néanmoins là qu'ils se sont formés et ont profité de cette technicité pour construire leurs pratiques professionnelles.

### **3.2. L'appartenance à une équipe : une revendication**

Un journal quotidien rapporte les paroles du chef de service dans un article paru il y a quelques années : *"Je suis un chef de clan, lâche-t-il. Dès que l'on touche à quelqu'un de ma bande, je mords."* Le rôle du chef de service est fort et son discours a valeur d'exemple pour les professionnels. Lors d'entretiens certains professionnels m'ont fait part d'un même discours tenu par le chef de service sur un indicateur de qualité de la prise en charge.

*« Comme disait le chef de service la dernière fois, le critère de qualité d'une prise en charge de deuil c'est qu'elle [la femme] veuille revenir accoucher ici pour le suivant. Ça veut dire qu'on va pas juste être associés à ça [au deuil], et qu'on va leur faire comprendre que malheureusement ce sont des choses qui*

*arrivent et que derrière il peut y avoir du mieux, il va y avoir du mieux, et c'est quand même hyper important. »*, (sage-femme puis cadre sage-femme, 28 ans, 6 ans de métier dont 5 aux Eglantines).

Le discours repris par les professionnels montre qu'ils vont vers le même objectif et qu'ils prennent le même chemin à la suite de leur leader, le chef de service. La qualité de la prise en charge mais encore plus, la satisfaction des femmes et de leurs conjoints sont importantes et recherchées. Ce sont des professionnels qui souhaitent offrir les meilleurs soins aux femmes accueillies. De plus, comme le chef de service, les professionnels critiquent fortement l'industrialisation de la naissance dans les maternités publiques.

Pour parvenir à cette notion d'équipe, d'appartenance, le chef de service encourage le tutoiement de toutes les catégories de personnel. Cela lui confère une proximité envers les professionnels qui sans ça craindraient de l'aborder ou de dire ce qu'ils pensent.

*« Et voilà le rapport médecin était aussi assez simple, tout le monde se tutoie, y a pas le chef qu'on craint. »*, (sage-femme, 43 ans, 21 ans d'ancienneté dont 18 aux Eglantines).

Cependant, même si cela semble apprécié, d'autres professionnels le nuancent lorsque nous évoquons le tutoiement.

*« C'est un peu un problème dans l'autre sens, de temps en temps c'est trop. On aimerait qu'il y ait un peu de rigueur, de correction et même de froideur pour maintenir une certaine distance parce que je pense que c'est important. [...] je respecte autant le chef de service, je trouve que c'est un homme formidable, en dehors du chef de service. Mais ce côté un peu trop gentil... »*, (gynéco-obstétricienne, 40 ans, 11 ans d'ancienneté dont 6 aux Eglantines).

Le manque de rigueur semble perturber certains qui cependant y trouvent des avantages, une proximité entre les professionnels qu'il n'y a pas forcément ailleurs et peut-être consécutif à ce type de gestion d'équipe.

Le discours de la cadre supérieure sur la vision qu'elle a de son rôle auprès de l'équipe de la maternité est aussi important dans la notion d'équipe qu'elle porte à sa façon :

*« Ce qui était important pour moi c'était l'image de la pelure d'oignon, [...] que je devais être dans cette contenance. Que pour moi si je prends bien soin des salariés, que je prends bien soin des cadres, elles prendront bien soin des salariés, qui prendront bien soin des patientes, qui prendront bien soin de leurs nouveau-nés. »*, (cadre supérieure de 40-45 ans, sage-femme puis cadre puis cadre supérieure aux Eglantines).

Chaque professionnel est important dans l'équipe et bien les accompagner dans leur travail, combiné avec l'enthousiasme que peut impliquer un travail en équipe, permettent d'accompagner au mieux les

mères. Les professionnels sont contents de venir travailler avec leurs collègues et auprès des femmes et s'épaulent dans les moments difficiles, comme l'explique cette gynéco-obstétricienne :

*« Tout le monde brancarde. Si un médecin doit perfuser, il perfuse. Je suis déjà descendue pour aller chercher des dossiers parce qu'on n'a pas de brancardier. Tout le monde fait tout. »*, (gynéco-obstétricienne, 40 ans, 11 ans d'ancienneté dont 6 aux Eglantines).

La valorisation de l'équipe par le chef de service et la cadre supérieure permet à chacun de valoriser la place de l'autre et de pouvoir discuter des points de vue de chacun en toute bienveillance même lorsque des désaccords sont présents. Des staffs permettent aux professionnels d'échanger sur leurs points de vue concernant les pratiques de soins. Des réunions sont régulièrement organisées pour tous les professionnels, ou en comité plus restreint en fonction des catégories professionnelles, et où les professionnels n'hésitent pas à proposer des thèmes.

### 3 LES EGLANTINES : LES FEMMES ENCEINTES CHOISSANT D'Y ACCOUCHER

---

#### 1- Des femmes des classes moyennes et supérieures

L'analyse des entretiens porte sur 14 entretiens auprès de femmes hospitalisées en suite de couches après leur accouchement. Ces femmes ont entre 32 et 44 ans. Leurs conjoints tous de sexe masculin ont des âges similaires, entre 30 et 45 ans<sup>1</sup>. Deux couples, dont les femmes sont respectivement argentine et bulgare, ont comme particularité d'être des couples où la femme est plus âgée comparativement aux autres couples de mêmes âges ou d'âge plus élevé chez l'homme. L'une des femmes interrogées n'a pas de conjoint, celui-ci n'ayant plus donné de nouvelles après l'annonce de la grossesse.

Ces femmes se répartissent entre quatre catégories socioprofessionnelles, principalement dans celle des « cadres et professions intellectuelles supérieures » mais aussi dans les catégories « professions intermédiaires », « artisans, commerçants et chefs d'entreprise » et « employés qualifiés » pour l'une d'entre elles. Concrètement, elles sont : cheffe d'entreprise d'évènementiel, orthophoniste, gouvernante d'enfants américains, professeur des collèges, dirigeante d'association professionnelle de promotion de la vente en vrac et de boîte de conseils, journaliste, responsable des réseaux sociaux, architecte, cadre à responsabilité dans une grande entreprise, inspectrice du travail, psychiatre, associée dans une entreprise familiale et enfin interprète. Pour l'une d'entre elles, il n'a pas été possible de déterminer sa profession ni ses études, ces sujets n'ayant pas pu être abordés.

Leurs conjoints se répartissent dans les mêmes catégories socio-professionnelles que leurs conjointes. Ils sont chef d'entreprise de sécurité, fonctionnaire territorial, cadre bancaire, développeur web indépendant, consultant, directeur technique dans l'informatique, architecte, inspecteur du travail, ingénieur, associé dans une entreprise familiale et enfin programmeur informatique. L'un d'entre eux pour reprendre l'expression de sa conjointe pendant l'entretien « *is enjoying this little business in the Philippines* ». La profession de l'un d'entre eux n'a pas été mentionnée pendant l'entretien.

Les femmes interrogées sont françaises pour huit d'entre elles (dont une polonaise naturalisée française) et six sont étrangères (algériennes pour deux d'entre elles, philippine, éthiopienne, argentine et bulgare). Elles résident toutes en France actuellement. Leurs conjoints sont français pour sept d'entre eux, quatre sont étrangers (tunisien, philippin, roumain et éthiopien) ou de nationalité non mentionnée lors de l'entretien pour deux d'entre eux. Pour trois couples, le conjoint et la conjointe

---

<sup>1</sup> Les âges de trois couples n'ont pas été mentionnés pendant les entretiens.

n'ont pas la même nationalité. Pour deux autres couples où la femme n'est pas française, la nationalité du conjoint n'est pas connue. La présence de trajectoires migratoires, avec une hétérogénéité de celles-ci, est présente pour sept des femmes interrogées.

Leurs lieux d'habitation sont répartis dans une même zone géographique de Paris et de proche banlieue (est et sud-est), traditionnellement populaire en cours de gentrification et situés davantage dans l'est parisien, entre Saint-Maur et Charenton, Pantin, ou encore dans Paris dans les 3<sup>ème</sup>, 10<sup>ème</sup>, 11<sup>ème</sup>, 12<sup>ème</sup> et 19<sup>ème</sup> arrondissements. Pour trois d'entre elles, leur lieu d'habitation n'a pas été demandé. L'une des femmes interrogées est hébergée dans le centre d'hébergement d'urgence pour migrants d'Ivry, réservé à l'accueil de femmes migrantes isolées, de couples de réfugiés et de familles.

Les professions des parents des femmes interrogées sont respectivement pour les mères et les pères, assistante commerciale et contremaître, biochimiste et ingénieur, fonctionnaires comme trésorière principale au Trésor Public et inspecteur à la Poste en fin de carrière, gérante de sa propre société et père décédé, directrice d'école et architecte, chef d'entreprise de décoration et chef de chantier dans une grande entreprise de bâtiments, charcutiers commerçants, infirmière scolaire et professeur, cadres de la Banque Postale, professeur des écoles et audit, et professeurs de mathématiques. Pour trois femmes les professions de leurs parents ne sont pas connues, et pour l'une de ces dernières, ils sont décédés. Et respectivement les professions des parents des conjoints sont femme de ménage et artisan peintre en bâtiments, orthoptiste et professeur en ingénierie du bâtiment, dans les ressources humaines et « *poste assez élevé* » d'ingénieur dans une grande entreprise de télécommunication, docteure en mathématiques et ingénieur, comptable et professeur de physique, infirmière et fonctionnaire pour un réseau d'électricité, médecins, gérante d'une boutique de vêtements et enseignant, assistante et ingénieur. Pour quatre des conjoints les professions de leurs parents ne sont pas connues. On note une homogénéité dans les catégories socio-professionnelles des couples de parents. Pour certains les CSP correspondent aux mêmes que leurs enfants. Pour certains, ils présentent des CSP moins élevées que leurs enfants. Pour illustrer ce caractère ascensionnel, une femme journaliste nous dit avoir des parents charcutiers commerçants. La catégorie socio-professionnelle de ses parents est la CSP 2 des « artisans, commerçants et chefs d'entreprise » alors que la sienne est la CSP 3 des « cadres et professions intellectuelles supérieures ». Ou encore, une femme associée et cheffe d'une petite entreprise, dont la CSP 2 est celle des « artisans, commerçants et chefs d'entreprise », a des parents appartenant à la CSP 4 des « professions intermédiaires ». Ce qui permet d'analyser la trajectoire sociale de certaines femmes comme relevant d'une mobilité sociale ascendante.

La position sociale de ces femmes est caractérisée par la détention de forts capitaux culturels et de capitaux économiques moindres relativement à leurs capitaux culturels, mais cependant élevés par

rapport aux classes populaires. Ce qui permet de rattacher ces femmes aux classes sociales moyennes et supérieures. On note également que les classes sociales des couples et de leurs parents montrent une certaine homogénéité de classe, en dehors des cas de mobilité sociale ascendante.

De plus, les femmes étrangères interrogées appartiennent également à ces mêmes classes sociales. Seuls, la femme philippine et le couple éthiopien migrant n'appartiennent pas à celles-ci et reflètent davantage d'une vulnérabilité liée à la migration et à une impossibilité de communiquer dans leur langue. La femme philippine semble quant à elle avoir subi un déclassement social car ses parents sont de classes moyennes alors qu'elle fait plutôt partie, en France, des classes populaires, étant employée de maison. Les professions du couple éthiopien n'ont pas été évoquées, mais la difficulté de compréhension des termes médicaux semble indiquer un capital culturel plutôt faible. A l'inverse, les professions des autres personnes étrangères interrogées démontrent des capitaux culturels forts, et des classes sociales élevées dans le pays d'origine, comme en témoigne cette femme argentine dont la profession et celles de ses parents appartiennent aux CSP 3 et 4 des « cadres et professions intellectuelles supérieures » et « professions intermédiaires »<sup>2</sup>. Ainsi, la détention de capitaux culturels semble liée essentiellement à la position de classe, indépendamment du pays d'origine ou du fait d'être étranger dans un pays.

Les parcours migratoires des femmes d'origine étrangère, avec les dates d'arrivées, les raisons de la migration, les situations administratives et les situations sociales, sont divers. Deux femmes sont arrivées illégalement en France. L'une, philippine, est régularisée depuis deux ans par l'intermédiaire de son employeur et l'autre, éthiopienne, est hébergée dans un centre d'hébergement d'urgence. Les autres femmes étrangères sont venues en France pour des raisons professionnelles, d'études, ou de fuite de crise politique algérienne, il y a plusieurs années.

Il apparaît donc, au vu des classes sociales représentées par ces femmes que, mise à part la femme éthiopienne et la femme philippine, toutes les femmes appartiennent aux classes moyennes et supérieures, indépendamment de leurs pays d'origine. Cela rend compte de l'homogénéité sociale perçue lors des premiers entretiens. De par leurs classes sociales, ce sont des femmes dotées de capitaux économiques mais surtout culturels forts.

---

<sup>2</sup> Son parcours scolaire en témoigne également, cette femme ayant fait ses études au lycée français de Buenos Aires, l'un des plus sélectifs.

## **2- Des femmes aux grossesses tardives prises entre deux injonctions sociales : construire une famille ou développer sa carrière professionnelle**

### **2.1. Des grossesses tardives en majorité planifiées**

Pour sept femmes interrogées, l'enfant pour la naissance duquel elles sont hospitalisées en maternité est leur premier enfant. Pour les sept autres femmes, la plupart ont déjà un ou deux enfants, et pour l'une d'entre elles cet enfant est son quatrième.

Pour quatre des femmes interrogées, elles racontent que leur grossesse n'était pas attendue ou que cela a été une surprise. L'une d'elles a vécu un parcours de fécondation in-vitro (FIV) pour sa première grossesse et s'apprêtait à en débiter un deuxième lorsqu'elle a appris par surprise sa grossesse actuelle. Une autre femme de 44 ans et son conjoint, ayant respectivement trois et deux enfants de précédentes unions, n'avaient pas prévu d'avoir un autre enfant. Une autre femme de 39 ans, cadre supérieur dans une grande entreprise, ne s'y attendait pas car elle vivait dans une relation internationale depuis huit ans. Enfin, une femme migrante n'avait pas prévu de tomber enceinte. Cependant, malgré le fait que leurs grossesses ne soient pas prévues, ces femmes ont décidé de les poursuivre. Trois femmes ont fait ce choix en accord avec leur conjoint. Le conjoint de la troisième n'a plus donné de nouvelles après qu'elle ait décidé de garder sa grossesse. Elle nous explique le jour de sa sortie de la maternité, son enfant dans les bras que :

*« Oui c'était une surprise, mais j'aurai appelé ça une super surprise. J'ai toujours voulu des enfants mais bon la vie des fois fait que voilà ça se fait pas, alors même si j'ai pas vu venir, ce jour-là j'étais trop ravie de la nouvelle. [...] La petite c'est la priorité. Voilà. Je pensais pas avoir la chance d'avoir un enfant. Moi c'est comme béni, vraiment de pouvoir, même si je dois le faire tout seul, je me dis tant pis, je pensais que ça va marcher avec le papa de la petite mais bon. », (femme polonaise naturalisée française 39 ans, cadre supérieur, 1 enfant).*

Cet enfant, qu'elle va privilégier par rapport à sa carrière et son couple, est semble-t-il ce dont elle avait toujours rêvé sans pouvoir le concrétiser. Contrainte, selon elle, dans un milieu professionnel majoritairement composé d'hommes, où avoir un enfant pour une femme signifie un ralentissement de carrière évident, elle avait choisi jusqu'alors sa carrière.

*« Surtout dans un milieu de finance qui est très masculin. Ça veut dire que c'est pas, c'est pas mixte, c'est très masculin. Déjà travailler dans ce milieu-là en tant que femme ça pause soucis, monter davantage plus. », (femme polonaise naturalisée française de 39 ans, cadre supérieur dans une grande entreprise, 1 enfant).*

De plus, la normalisation sociale de la procréation peut empêcher également la femme de recourir à un avortement surtout lorsqu'elle est en âge de procréer et qu'elle a une situation économique stable (Charrier & Clavandier, 2013).

A l'inverse, les autres femmes ont planifié et attendu cet enfant. Notamment trois femmes, dont l'une est celle évoquée précédemment, ont fait l'expérience de l'assistance médicale à la procréation (AMP) sous forme de FIV pour cette grossesse ou pour une autre (cf Annexe 12). Leurs âges lors de l'AMP étaient un peu plus de trente ans pour deux d'entre elles et un peu plus de quarante ans pour une autre. Une des femmes s'est fait suivre au centre de fertilité des Eglantines. Deux d'entre elles ont finalement eu des grossesses spontanées, l'une pour son deuxième enfant et l'autre après une fausse couche de FIV. En dehors des femmes ayant eu recours à l'AMP, les autres femmes ont également planifié et attendu leur enfant sans rencontrer de complication dans la phase de procréation. Cependant, certaines ont eu des fausses couches auparavant.

Les âges des parents sont très généralement autour de 35 ans et plus, leurs professions consécutives à des études supérieures, les stabilisent économiquement. Le profil des pères est celui de pères investis dans les tâches ménagères et parentales, et dans l'accueil du futur enfant. Hormis les femmes ayant décrit une grossesse surprise, la planification d'un enfant se met ainsi en place. La planification d'un enfant est devenue socialement la norme, par conséquent l'imprévu est écarté. Les profils des couples rencontrés remplissent les critères de « bons parents » que la norme sociale décrit comme ayant choisi le moment adéquat pour accoucher, âge idéal et situation économique stable, ayant fait attention à l'espacement entre les naissances et ayant maximum deux ou trois enfants (Charrier & Clavandier, 2013).

Une femme journaliste de 39 ans, ayant trois enfants de trois et six ans d'écart, nous dit qu'elle a eu « *Un parcours classique de grossesses désirées* », (femme de 39 ans, journaliste, chef adjointe d'un service, 3 enfants).

La norme sociale est intégrée, même chez des femmes ayant des carrières professionnelles denses. L'équilibre entre vie professionnelle et vie familiale n'est toutefois pas si évident et les représentations sociales des normes de procréation semblent aller à l'encontre de l'évolution professionnelle des femmes et de leur désir de privilégier un temps leur carrière plutôt que leur envie d'enfant.

## **2.2. Une conciliation difficile entre famille et évolution professionnelle**

Parmi les femmes rencontrées, la plupart travaillent et leurs carrières sont importantes pour elles. Certaines ont un travail qui leur permet de s'adapter, notamment dans leurs horaires pendant et après la grossesse. Pour d'autres, la famille signifie renoncer à évoluer au niveau professionnel pendant quelques années tout en privilégiant l'activité du conjoint :

« Après la question qui se pose toujours c'est 4/5ème ou non ? Parce que c'est vrai qu'avec trois enfants, un 4/5ème c'est presque inéluc., c'est compliqué. Ben j'ai un mari effectivement qui m'aide mais qui est à plein temps et qui a des horaires de bureau classique donc il va pas pouvoir faire énormément de choses en dehors d'être là le soir. Du coup les courses c'est quand même toujours moi. Donc quand on est en plein temps, en horaires voilà 8h - 20h/21h c'est un peu compliqué.[...] Il est consultant en fait. Donc il a des horaires de bureau 9h-19h voilà. C'est assez classique. Mais il est à son compte en fait. Donc si y a un 4/5ème c'est plus moi que lui forcément. Mais c'est vrai que moi bon, pour les deux premiers j'ai fait les 4/5ème, je vois qu'en termes de parcours professionnel, j'ai pas le même parcours professionnel en termes de salaire par exemple, que mes collègues qui sont restés à plein temps. Qui n'ont pas d'enfants. », (femme de 39 ans, journaliste, chef adjointe d'un service, 3 enfants).

Même si de plus en plus d'hommes sont décrits et se décrivent comme participant aux tâches ménagères et revendiquant leur place auprès de leurs enfants, la carrière des femmes semble passer après celle des hommes (Brugeilles & Sebille, 2013). Les femmes semblent avoir intégré cette norme malgré une envie, pour celles ayant des postes à haute responsabilité d'évoluer professionnellement. Le fait d'être dirigeante de sa propre entreprise semble permettre de combiner les deux. Cette dirigeante m'explique depuis son lit, son conjoint étant assis sur le fauteuil et travaillant sur son ordinateur portable, que :

« Même là depuis début du mois, j'ai arrêté d'aller au bureau, je retravaillais mais de chez moi. Mais je mets quand même le hola, mais après voilà on est flexibles, on bosse quand on veut, on va bosser de chez nous. [...] Donc j'ai travaillé pendant cette période-là et je vais un peu rebosser là, je check, j'ai une équipe que j'ai recruté du coup y a pas longtemps donc je les laisse pas tout seul. Mais je vais être chez moi, je vais être disponible un peu pour mes équipes comme ça, mais je vais pas bosser à temps plein. », (femme de 35 ans, dirigeante d'association et consultante indépendante, 2 enfants).

Les sphères familiale et professionnelle se mélangent dans les espaces et les temporalités. Cela semble être la seule façon de ne pas renoncer, ni au désir d'avoir des enfants, ni au désir d'une carrière professionnelle riche.

### **3- Des femmes dotées d'un capital culturel de santé fort**

La plupart de ces femmes ont également par leurs expériences et leur niveau d'éducation une facilité à comprendre et à intégrer le discours médical, à interpréter les situations médicales, à rechercher des informations ou encore à poser des questions lorsqu'elles ne savent pas ou n'ont pas eu de réponse.

Un trait fort de ces femmes est qu'elles semblent avoir une confiance à l'égard du corps médical, notamment leur gynécologue, les sages-femmes et leur médecin traitant. Cette confiance semble leur permettre d'interagir avec eux et de facilement leur poser des questions.

« [**>Enquêteur**]: d'accord et quand vous avez besoin d'une explication, d'information, comment vous faites sur votre santé ? [**>Père**]: médecin traitant ou [**>Mère**]: ou spécialiste [**>Père**]: ou spécialiste, dentiste, ou ophtalmo [**>Mère**]: on a plutôt, en tout cas sur les consultations, que ce soit pour moi gynéco, ophtalmo ou médecin traitant [**>Enquêteur**]: vous avez déjà repéré des gens en qui vous avez confiance ? [**>Mère**]: oui c'est ça. Exactement [**>Père**]: et pour le reste on passe par le généraliste. C'est le généraliste [**>Mère**]: qui nous recommande [**>Père**]: qui nous recommande et puis on suit les recommandations », (extrait d'entretien, femme de 37 ans et son conjoint, chefs d'entreprise associés, 2 enfants).

Le discours montre qu'un réseau médical a été recherché avec une confiance liant le couple aux professionnels. Cela montre également une certaine habitude à aller voir des professionnels en cas de besoins identifiés concernant la santé, besoins qui peuvent être aussi d'avoir des réponses à leurs questions. Le référent semble le médecin généraliste s'ils ne savent pas vers qui s'orienter.

En lien avec cette confiance envers le corps médical, une autre particularité de ces femmes est qu'elles sont actives dans le processus de recherche d'information. Elles vont notamment interpellier les professionnels pour avoir des informations :

« Et c'est moi qui ai été obligée de dire "y a un problème ?" parce que je savais pas ce qui se passait mais je sentais qu'il y avait un petit moment de stress. Mais bon l'anesthésiste m'a expliqué voilà et donc ça a été. », (femme de 39 ans, journaliste, chef adjointe d'un service, 3 enfants).

Ces femmes ont des ressources qui leur permettent de poser leurs questions, quel que soit le moment, en consultation ou pendant l'accouchement. Cela semble normal pour elles (cf Annexe 13). Ces femmes ont parfois des demandes spécifiques, notamment en matière de préparation à la naissance. Pour les femmes ayant une deuxième grossesse ou plus, elles se tournent davantage vers des pratiques spécifiques de préparation à la naissance comme par exemple l'haptonomie, la sophrologie ou l'acupuncture. Certaines de ces pratiques sont proposées aux Eglantines, sinon les femmes s'orientent à l'extérieur parfois avec leur sage-femme libérale qui propose cela. Ces femmes ayant fait la plupart du temps une préparation à la naissance classique pour leur première grossesse, ne souhaitent pas réitérer. Seules les trois séances de pratique de l'accouchement sont généralement refaites. En dehors de ces trois séances, elles font le choix de se centrer sur une seule pratique plus spécifique.

Pour ce type de questions et de demandes, la plupart des femmes vont aller se renseigner sur internet pour certaines questions avant de les adresser à leur médecin si elles-mêmes n'ont pas trouvé de réponse :

« Et après y a internet, voilà, quand j'avais une question je me disais tient, par exemple sur le streptocoque B parce qu'on m'a parlé du streptocoque B, ben je faisais des recherches sur Google et je

*regardai un peu ce qui se faisait. Ou quand j'avais des symptômes pendant la grossesse, ça me paraissait bizarre donc je regardai aussi sur internet et le retour des femmes qui sont passées par là. Sinon j'appelai ma gynécologue, ou sage-femme ici. Donc pour avoir les réponses à mes questions. », (femme de 37 ans, responsable des réseaux sociaux, 1 enfant).*

Internet devient une source d'information et est disponible 24h/24 et 7j/7. Les femmes analysent l'information et en retirent les réponses à leurs questions. Toutefois le médecin permet d'avoir des réponses sur ce qui n'a pas été trouvé et sur des questions plus individuelles. La recherche de témoignage de pairs est ici évoquée et importante. L'information trouvée n'est validée qu'après lecture des commentaires de femmes étant passées par là ou encore après demande au médecin.

Par conséquent, ces femmes sont capables d'aller chercher l'information et disposent de différents canaux pour le faire. Comme l'identifie Séverine Gojard dans le *Métier de mère*, les deux sources d'information des mères de classes supérieures sont les professionnels (médecins, sages-femmes ici) et les articles de puériculture (Gojard, 2010). Ce qui est retrouvé ici. D'autre part, les informations étant majoritairement dans des livres ou sur internet, les étapes de recherche et d'analyse demandent un certain niveau de maîtrise de l'information y compris médicale. Plus les femmes sont dotées de capital culturel, plus elles pourront rechercher et analyser l'information, à l'inverse des femmes qui en détiennent le moins. En effet, à l'inverse des femmes actives face à la recherche d'information, deux femmes en situation de vulnérabilité due à leur migration et à l'absence d'interprétariat dans leur langue maternelle, ont une certaine difficulté à poser des questions aux professionnels :

*« But sometimes I told them, I prefer if you can speak to me in English so that I can understand very well, it's medical terms so, I don't want to be, especially in my medicines and things like that. [...] I also ask them sometimes if I don't understand, I'm asking also. But it's like sometimes I'm just satisfied with the answers so. I'm not a person who is asking a lot of questions. Yes, my employer told me "you should have asked a lot of questions if you want to", and also my family. I don't know, it's like I'm always satisfied and then after, I should have asked that...Sometimes it's my fault also. [...] Yes or maybe I'm shy to ask like that. », (femme philippine de 30 environ, gouvernante d'enfants américains, 1 enfant).*

Une femme éthiopienne ne parlant pas français ni anglais, allongée dans son lit, son bébé dans les bras, est traduite par son conjoint et raconte à propos de la péridurale : *"I don't know what did he do, but after, I am not feeling any pain. Anything, anything, I don't know what they do. I can't imagine, it's new for me.", (femme éthiopienne de 35 ans environ, profession inconnue, 3 enfants, entretien traduit par son conjoint).*

La femme philippine ne semble pas se trouver légitime auprès des professionnels pour poser des questions, alors qu'elle les a bien identifiées. Elle est cependant encouragée par sa patronne, de classe

sociale supérieure, à le faire. La femme éthiopienne ne semble pas avoir imaginé poser une question sur ce qu'il lui était fait, elle se laisse faire. L'absence de proposition d'interprétariat dans ces deux situations peut également expliquer la non formulation des questions. De plus, elles se retrouvent dans une position subordonnée, dépendantes de l'information donnée par le médecin. Pour la femme philippine, elle semble avoir cependant un réseau d'amies très soutenantes, ayant ce type de ressource pour accéder à certaines informations.

Cette maternité accueille donc en majorité des femmes des classes moyennes et supérieures, ayant un capital culturel élevé dont le capital culturel de santé. La détention de ce capital leur permet d'aller chercher les informations et d'interagir avec les professionnels pour les avoir (Shim, 2010).

#### **4- Le choix de la maternité : un rejet de l'industrialisation de la naissance**

Le choix de la maternité peut être chez certaines femmes l'objet d'un réel investissement, tant il est investi de la reconnaissance sociale de l'enfant. De plus, ce choix doit intervenir de plus en plus tôt face à un choix plus limité et une répartition de l'offre inégale en termes territorial et de prise en charge. Dans les grandes villes, une pression s'exerce sur les parents pour trouver le plus tôt possible le lieu de naissance idéal et espérer y avoir une place (Akrich, Bardes, & Phan, 2010). Pour faire ce choix, les femmes élaborent certains critères en fonction d'un objectif de prise en charge. Ces critères peuvent être nombreux pour une même femme et les moyens pour sélectionner la maternité en fonction de ceux-ci, le sont tout autant. Les critères et les moyens se rejoignent parfois.

##### **4.1. Importance de l'avis des pairs et des médecins dans le choix de la maternité**

A l'exception de deux femmes ayant eu un choix contraint, les autres femmes ont fait le choix de venir accoucher dans cette maternité. Tout d'abord, pour ces deux premières femmes, le choix de la maternité s'est fait de façon plus ou moins imposée.

Pour la femme philippine, son employeur le lui a fortement conseillé en prenant un rendez-vous pour elle : « *Yes, yes actually it's my employer who get a rendez-vous here. [...] She told me I know a place and then she recommend me here. [...] She told me that the hospital is very nice, the staffs are very good so of course you really want to have one like that. So, she, I told her, okay madame can you help me.* », (femme philippine de 30 ans environ, gouvernante d'enfants américains, 1 enfant). Cette femme ne connaissant pas les maternités de Paris, son employeur lui a fortement conseillé cette maternité dont elle avait eu de bons échos. Pour sa part, sa patronne ayant accouché dans une maternité de luxe, elle ne lui avait pas conseillé celle-là. La femme philippine a ensuite choisi les Eglantines car elle ne connaissait pas d'autre alternative. Pour la femme éthiopienne, c'est dans le cadre d'un partenariat entre une association médicale, intervenant au centre d'hébergement d'urgence où elle est logée, et

la maternité que le choix du suivi s'est fait. Le chef de service adjoint faisant partie de cette association médicale, c'est de là qu'a débuté le partenariat souhaitant apporter son aide comme le font les hôpitaux publics. Ce projet est récent et est en train de se mettre en place avec notamment des formations à la transculturalité auprès des professionnels volontaires. Ces deux femmes ont eu recours à des choix guidés puisqu'elles ne connaissaient pas l'organisation du système de santé et les maternités parisiennes.

D'autre part, pour les femmes qui ont réellement choisi cette maternité, l'enjeu du choix de la maternité a tout d'abord été celui d'être bien pris en charge. La recherche d'une certaine exigence en qualité de soins pour elles et leurs bébés a été primordiale. Elles ont basé leurs critères de choix sur cette exigence. Dans le choix de la maternité, la proximité de la maternité du domicile conjugal est un critère important pour certains parents qui souhaitent accoucher dans l'est-parisien. Ils déterminent un périmètre géographique, avec une délimitation spatiale « *est-parisien* » ou encore temporelle « *donc c'est 20 minutes de métro* », « *donc une petite trentaine de minutes à pied, 15 minutes en voiture d'ici* ». Cependant, malgré ce que l'on pourrait penser, la proximité ne semble pas prédominer sur les conseils de leurs pairs<sup>3</sup> ayant déjà accouché. Les premiers pairs sollicités, si les villes d'accouchement sont les mêmes, semblent ceux de la famille. Le critère de la transmission et de la reconduction de l'histoire familiale apparaît privilégié :

*« On habite à Pantin, mais au moment de m'inscrire en fait j'ai une amie qui a accouché [dans une maternité plus proche de chez nous], qui n'a pas eu une très bonne expérience et je sais [qu'ici] ça a une très bonne réputation et moi je suis née ici, ma mère est née ici. [...] Même si c'était pas tout à côté de chez nous, on s'est dit que c'était bien d'être pris en charge ici. »*, (femme 32 ans, inspectrice du travail, 1 enfant).

L'histoire familiale dans cette maternité est gage de bonne prise en charge. Et l'attitude attendue pour cette femme paraît d'y accoucher comme toutes les femmes de sa famille. L'expérience négative de son amie finit de la convaincre. L'accouchement a donc une portée transgénérationnelle comme les accouchements à domicile où les figures féminines de la famille étaient présentes pour soutenir la future mère (Charrier & Clavandier, 2013). Ensuite, deux femmes ont suivi les conseils provenant de femmes appartenant à leur milieu social. Les femmes apportent donc une réelle importance à l'expérience de la grossesse faite par leurs pairs :

---

<sup>3</sup> Pairs : « Personne de même situation sociale, de même titre, de même fonction qu'une autre personne », <https://cnrtl.fr/definition/pair>

« J'avais eu des bons échos sur cette maternité notamment ma collègue qui a accouché ici, elle m'a dit « ils sont top », donc voilà, comme recommandations. On va plus vers là où il y a une recommandation. », (femme de 37 ans, responsable réseaux sociaux, 1 enfant).

L'appartenance au même milieu social semble faire qu'elles aient les mêmes attentes, les mêmes besoins et fassent donc des choix similaires qui leur conviennent à toutes les deux. Les pairs peuvent également être sollicités sur internet par la lecture de forums sur le choix de la maternité.

" Je sais plus comment j'ai fait des recherches ou pas, mais je suis tombée sur [cette maternité], qui est géographiquement juste à côté et qui était bien notée. Avec cet aspect un peu naturel. [...] [Une autre maternité] malheureusement est mal notée sur les réseaux sociaux et sur Google. Il y a plein de retours négatifs, voilà de femmes qui ne sont pas contentes de la prise en charge, de ce qui s'est passé pendant l'accouchement le jour J. Donc c'est vrai ça donne pas envie d'y aller », (femme de 35 ans, dirigeante d'association et consultante indépendante, 2 enfants).

La réputation des maternités se fait par les commentaires et les notes des usagères internautes. C'est un critère déterminant dans le choix d'une maternité, garantissant une bonne prise en charge pour la femme, d'autant plus si le nombre d'avis en sa faveur est grand. On peut trouver sur un des premiers sites internet apparaissant dans le moteur de recherche une femme confier son expérience aux Eglantines : « Le personnel adorable (des medecins aux dames du ménage, en passant par les sages-femme, les puericultrices et j'en oublie...). Encore merci à tout le personnel. Les repas bof mais il y a pire. », (internaute sur un site internet parlant de son expérience aux Eglantines).

Quel que soit les types de pairs sollicités, familiaux, sociaux ou par internet, leurs avis sont nécessaires pour que les femmes puissent valider un choix selon un ou des critères préétablis.

Ensuite, quatre femmes ont suivi les conseils de leurs gynécologues en qui elles ont confiance. Ils leur conseillent et proposent cette maternité, soit parmi d'autres maternités de l'Est Parisien, soit sans autre alternative car celle-ci est considérée leur correspondre parfaitement. La parole médicale apporte un crédit fort au choix de la maternité par les femmes. Notamment lorsque les choix proposés semblent relever plus d'une individualisation de la proposition.

« Elle m'a bien conseillé l'hôpital et c'était super parce qu'elle m'a posé la question « qu'est-ce qui est important pour toi, pour l'accouchement, qu'est-ce que tu cherches pour l'accouchement ? ». Et moi j'ai dit « vraiment le calme, vraiment cette notion pas de stress pas nécessaire, un petit peu voilà ». Cette notion de détente. Elle m'a tout de suite conseillé en première place [les Eglantines], sachant qu'elle savait que c'est niveau 1 », (femme polonaise naturalisée française de 39 ans, cadre supérieur, 1 enfant).

Les conseils émanant des professionnels sont davantage pris en compte lorsque l'histoire familiale ne permet pas de partager des conseils et que l'expérience des femmes avec les enfants n'a pas été forte au cours de leur vie (Charrier & Clavandier, 2013). Cela est notamment retrouvé dans les classes supérieures (Gojard, 2010). L'importance des conseils des gynécologues se combine parfois à d'autres paramètres dans le choix de la maternité, comme celui de l'organisation que va requérir le suivi de la grossesse. Cette femme par exemple recherche une certaine simplicité, une fluidité dans son parcours de grossesse :

*« Ben oui c'était une des raisons pour lesquelles j'ai choisi d'accoucher ici plutôt que là-bas, c'est que là-bas y avait pas de cours de prépa, donc du coup c'est vrai que c'est mieux d'avoir tout au même endroit. Je préfère une maternité où il y avait des cours de préparation à l'accouchement plutôt que d'aller à l'extérieur et de changer d'endroit à chaque fois. »*, (femme de 37 ans, responsable des réseaux sociaux, 1 enfant).

Cette recherche de simplicité de parcours de grossesse semble liée au contexte parisien avec des temps de transport longs. De plus, le fait que cette maternité fasse des cours de préparation à la naissance, par rapport à d'autres maternités qui parfois les proposent à l'extérieur, semble simplifier la prise en charge et son parcours de grossesse, ce qui est un critère important pour elle.

#### **4.2. Recherche d'une individualisation de l'accouchement**

Le type de maternité est également un critère majeur du choix des femmes. En effet, ayant accouché dans cette maternité qui est de type 1, elles présentaient toutes des grossesses normales, c'est-à-dire non pathologiques et de ce fait pouvaient potentiellement accoucher dans tout type de maternité. Le choix pouvait donc être grand et pouvait difficilement être fait uniquement sur le seul critère médical. C'est pourquoi les femmes combinent souvent plusieurs critères.

Les femmes définissent également leur choix par l'utilisation de la négative, c'est-à-dire en disant clairement ce qu'elles ne veulent pas. Elles font pour cela référence à la maternité de type 3 pour expliquer leur choix d'une maternité de type 1. Les deux types de maternité sont mis en opposition. Ce qui est frappant, c'est que de nombreuses femmes définissent le type 3 comme surmédicalisé et impersonnel en comparaison au type 1 qui leur semble moins médicalisé et plus individualisé :

*« En fait je sais, si, que dans mes critères, je ne voulais pas un truc d'usine ... enfin les trucs de niveau 3 machin. [...] J'avais pas du tout envie d'être avec 15 000 patients. »*, (femme de 35 ans, dirigeante d'association et consultante indépendante, 2 enfants).

La représentation de la maternité comme une usine fait penser à un travail à la chaîne dans les maternités de type 3, où les femmes sont vécues comme étant des numéros n'ayant pas de spécificités

individuelles. La masse semble faire peur. Ici cette femme rejette cela fortement, elle veut affirmer son individualité. De plus, pour d'autres, l'accompagnement ne semble pas possible dans des maternités surmédicalisées. Donc il y a un choix à faire entre la technicité, sans doute sécuritaire, et l'accompagnement, moins traumatique.

*« Après j'ai compris que pour le deuxième j'avais vu comment ça s'était passé pour le premier et comme j'avais pas du tout une grossesse, des grossesses difficiles, compliquées, j'avais pas besoin d'être dans une structure surmédicalisée en fait. On cherchait avec mon mari un accueil un peu plus, voilà, moins médicalisé, euh professionnel toujours. », (femme de 39 ans, journaliste, chef adjointe d'un service, 3 enfants).*

Le plateau technique des grandes maternités peut être rassurant au premier abord mais semble envahir la grossesse ensuite. L'expérience fait que sa vision est différente et qu'elle identifie davantage ce qu'elle souhaite pour ses autres grossesses. Elle recherche maintenant une prise en charge globale, non centrée uniquement sur l'aspect médical de la grossesse. Néanmoins, elle formule plus clairement ce qu'elle ne veut pas que ce qu'elle veut réellement.

Ces femmes formulent un choix construit sur un rejet de la haute technicité, appelée surmédicalisation et centrée uniquement sur l'aspect médical de la grossesse, pour trouver un suivi davantage centré sur l'accompagnement global et individualisé de la femme enceinte. Ces choix peuvent également être étayés par des vécus personnels précédents et qui deviennent déterminants dans le choix du type de maternité. Après que son conjoint le lui ait rappelé lors de l'entretien, cette femme raconte les violences obstétricales qu'elle a subies lors de son premier accouchement :

*« Oui comme mauvaise expérience [dans une autre maternité], ce qui peut illustrer les mauvais rapports que j'ai eu avec les soignants, c'est après la naissance, j'ai eu une révision utérine en fait et j'avais compris que c'est ça qui allait être fait, même si on ne me l'a pas expliqué, on ne m'a pas dit ce qu'on allait me faire. Et en fait ce que j'ai pas apprécié, bon c'est déjà qu'on ne m'explique pas, et puis aussi surtout que le médecin le fasse mais que l'élève le fasse aussi alors que j'avais demandé à ce qu'il y en ait que un des deux qui le fasse. [...] Donc, et ça c'est quelque chose qui marque et qui m'est resté. [...] Me renseigner sur voilà un endroit où il y avait une meilleure ambiance. [...] Mais c'était plus je veux être avec des gens qui me parleront gentiment, qui seront gentils, qui ne me bousculeront pas. », (femme de 44 ans, orthophoniste, 4 enfants).*

La non-prise en compte de sa parole, l'intrusion et la violence qu'elle a subies, elle ne souhaite évidemment pas les revivre. Elle s'est sentie instrumentalisée et déshumanisée. Cette femme a donc recherché un endroit qui soit à son écoute et respecte sa parole et son corps. Ce que dénoncent ici les femmes dans les maternités de type 3 est une prise en charge où il y a séparation du corps enceint et

de l'aspect social de la naissance (Charrier & Clavandier, 2013). La médecine de la surmédicalisation (Carricaburu & Ménoret, 2004) traite uniquement le corps qui est alors instrumentalisé, la médecine ayant tout pouvoir sur le corps de la femme enceinte. Celle-ci devient dépendante du savoir de la médecine, de sa technique. Cette particularité des maternités de type 3 évoquée par ces femmes ne dit en rien la logique par laquelle cette instrumentalisation et cette déshumanisation prennent forme. Elle en ébauche cependant une cause, celle de la gestion industrielle de la naissance dans de grandes maternités. Par des protocoles médicaux standardisés, où la décision humaine est évitée car potentiellement faillible (Azria, 2013), et par une organisation à la chaîne d'un nombre croissant d'accouchements sur un même temps, la naissance est réduite à un acte biologique et médical (Montazeau, 2010). Odile Montazeau dénonce ainsi la non prise en compte de la dimension humaine de chaque naissance dans les grandes maternités.

Cependant, des vécus positifs peuvent être également à l'origine du choix de cette maternité :

*« Mme a fait une fausse couche quelques temps avant cette grossesse et a été accompagnée pour cela aux Eglantines. C'était un moment difficile pour Mme et le médecin qui l'a accompagnée a été très sympathique. C'est pour cela que pour cette grossesse, après discussion, le couple a décidé de revenir pour s'y faire suivre et accoucher. », (notes d'entretien du 07/05/2019, femme bulgare de 35-40 ans, interprète, 1 enfant).*

Dans ce cas, le fait d'avoir rencontré des professionnels empathiques a été plus fort dans le choix de la maternité que l'évènement négatif lui-même. Cela fait référence à la qualité de la prise en charge que le chef de service recherche avec son équipe. C'est bien l'empathie des professionnels qui est recherchée. D'autres commentaires corroborent cela sur ce que les femmes recherchent. De ce qu'elles souhaitent semble se dégager, à leurs yeux, une pratique distinctive de cette maternité par rapport aux maternités qualifiées de plus grosses et de surmédicalisées (type 3).

*« J'avais envie d'être cocoonée. », (femme de 35 ans, dirigeante d'association et consultante indépendante, 2 enfants).*

Notons que les maternités de type 2 ne sont jamais évoquées, ni même le fait d'avoir réfléchi à un accouchement à domicile. L'accouchement à domicile ne semble d'ailleurs pas proposé par les gynécologues, ni évoqué dans les expériences des pairs sollicités par les femmes. L'accouchement à domicile, même s'il apparaît le plus individualisé des accouchements, ne semble pas accepté socialement du fait d'une représentation non sécuritaire de l'acte hors des maternités et reste très marginal dans la population française. Les sages-femmes ne sont d'ailleurs pas encouragées à le faire, faute d'assurances leur faisant confiance.

Pour résumer, le choix de la maternité est défini selon plusieurs critères qui ont une certaine hiérarchie. L'avis des professionnels et des pairs (amies et famille) semble privilégié pour parvenir à faire ce choix. Celui-ci se construit, tout d'abord, sur des critères médicaux de grossesse qui privilégient des maternités de type 1 pour les grossesses normales. D'autre part, l'industrialisation de la naissance représentée par les maternités de type 3 est fuie de façon affirmée par les femmes. Des traumatismes obstétricaux, vécus auparavant par certaines femmes elles-mêmes, sont également fondamentaux dans leur choix de la maternité. Une prise en charge médicale, mais pas à excès selon elles, et humaine, par un accompagnement global respectueux, une écoute et une empathie des professionnels, sont des pratiques qui semblent distinctives à leurs yeux et propres à cette maternité. Cependant, on peut s'interroger sur leur demande de non médicalisation et sur le fait que, 89 % des femmes accueillies aux Eglantines reçoivent la péridurale lors de leur accouchement. Elles semblent, finalement, davantage rechercher du confort et de l'individualisation des soins dans cette maternité.

## TRANSITION

La maternité, ses professionnels et les femmes qui viennent y accoucher ont été caractérisés par leurs propriétés sociales et leurs logiques de choix de la maternité. On peut voir certaines similitudes à l'œuvre, chez les professionnels et les femmes, pour réaliser ce choix. Cette nouvelle partie s'attache à mettre en lumière, ce que cela produit dans les relations entre femmes enceintes et professionnels, mais s'attarde tout d'abord à commenter ces similitudes.



## **4 LES RELATIONS FEMMES – PROFESSIONNELS A LA MATERNITE DES EGLANTINES**

---

### **1- Un air de famille entre femmes et professionnels**

Sans le savoir ou presque, les femmes accueillies dans cette maternité et les professionnels qui y travaillent, se ressemblent sur plusieurs aspects.

#### **1.1. Points de convergence entre trajectoires sociales des femmes et des professionnels**

Tout d’abord, la catégorie socio-professionnelle (CSP) des uns rejoint celle des autres. Les CSP des femmes ainsi que celles de leurs conjoints se situent très souvent dans la catégorie 3 des « cadres et professions intellectuelles supérieures », composée des « professions libérales et assimilés », des « cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques » et des « cadres d’entreprise », ainsi que dans la catégorie 4 des « professions intermédiaires » pour certains et enfin pour quelques-uns dans la catégorie 2 des « artisans, commerçants et chefs d’entreprise » notamment pour les chefs d’entreprise (Insee, 2003). Les professionnels de la maternité appartiennent pour les médecins, sages-femmes, infirmières à ces mêmes catégories socio-professionnelles, notamment les catégories 3 et 4. Les autres professionnels de santé de la maternité, comme les auxiliaires de puériculture, les aides-soignantes et les ASH, appartiennent davantage à la catégorie socio-professionnelle 5 des « employés ». Cependant, les parcours sont singuliers et, notamment chez les auxiliaires de puériculture interrogées sur leurs parcours professionnels antérieurs, révèlent des catégories socio-professionnelles supérieures à leur CSP actuelle. Elles ont été cadre commerciale dans une entreprise ou violoniste professionnelle dans un orchestre, professions appartenant aux CSP 3 et 4.

Ces catégories socio-professionnelles sont proches de celles des parents des différents protagonistes et relèvent des classes sociales moyennes et supérieures à fort capital culturel notamment. Une professionnelle se définit à ce qui se rapproche d’une personne transclasse (Jaquet, 2014) dans la description qu’elle donne de son évolution sociale ascendante par rapport à ses parents. Du côté des femmes interrogées, cette configuration de transclasse peut se retrouver dans le cas d’une journaliste pour qui ses parents étaient artisans charcutier.

## **1.2. Le choix de la maternité par les femmes et les professionnels : une vision critique partagée de l'industrialisation de la naissance**

### 1.2.1. Oui à l'humain et la physiologie, non à l'industrialisation de la naissance

Que ce soit les professionnels ou les femmes, le critère de choix principal dans le choix de la maternité est celui de l'humain et la physiologie. Les professionnels souvent retracent dans leur parcours antérieur, des expériences vécues négatives concernant leurs relations aux femmes enceintes. Les causes évoquées par les professionnels sont souvent le fait d'un travail en établissement public de type 2 ou 3 en maternité, ayant un grand volume de travail et pas assez de personnel, augmentant le travail organisé à la chaîne et réduisant leur temps passé auprès des femmes. Selon eux, cela mènerait à une impersonnalisation de la prise en charge où le relationnel ne trouve pas sa place. Une professionnelle fait référence au rôle réduit de la sage-femme comme à un suivi de protocoles et non à un suivi de femme qui accouche (cf Annexe 14). Son avis sur la situation n'est pas sollicité et ne peut pas avoir sa place dans un travail morcelé et industrialisé. Les femmes sont accouchées, « vidées » pour reprendre les mots d'une autre sage-femme interrogée, mais ne sont pas accompagnées à faire naître. Ce que décrivent une majorité de professionnels dans les grandes maternités publiques, un conjoint le nomme « *industrialisation de l'acte dans les grandes structures* » (conjoint, 43 ans, 3 enfants). Les deux extrêmes qui s'opposent sont l'accouchement dans une grande structure qui surmédicalise, et l'accouchement au domicile qui sous-médicalise. L'entre deux est préféré, une physiologie de l'accouchement, accompagnée et sécurisée. Aux Eglantines, cette physiologie est cependant médicalisée notamment par la demande et l'utilisation fortes de la péridurale par près de 89 % des parturientes, ce qui n'est pas disponible à domicile. Par conséquent, même si les femmes se positionnent pour la physiologie et le naturel, c'est le caractère individualisé de la prise en charge apporté par les professionnels qui est surtout recherché. Alors qu'au domicile l'individualisation est au maximum, le type 3 semble mener à l'extrême inverse, une individualisation très réduite. Le choix d'une maternité de type 1 semble faire l'équilibre entre ces deux types d'individualisation.

L'industrialisation a été vécue de façon négative que ce soit par les femmes ou par les professionnels car elle leur a été subie. Le fait d'être parmi une masse de patients semble signifier perdre son individualité, pour les femmes comme pour les professionnels. Leurs souhaits, personnels pour les uns et professionnels pour les autres, se rejoignent ainsi dans le choix de la maternité. Ils formulent leur choix en passant de l'industrialisation à l'humain et de la médicalisation à la physiologie, réclamant davantage de naturel dans les relations et l'accouchement.

Il semble alors qu'une relation où les deux protagonistes souhaitent la même chose est déjà un élément de base pour se comprendre. Leur expérience précédente de l'industrialisation de la

naissance leur permet de partager les mêmes envies concernant des relations individualisées, où respect et écoute sont des valeurs communes.

### 1.2.2. La réputation de la maternité

Chez les professionnels, comme chez les femmes, la réputation de la maternité semble un critère de choix déterminant qui les rassemble. Elle vient valider les critères évoqués par les femmes précédemment, comme réellement effectifs dans cette maternité. Pour valider ce choix, le réseau social des femmes est sollicité. Les amis et les proches émettent leurs avis et les femmes les prennent en compte pour faire leur choix. Les femmes font également confiance à leur gynécologue pour les conseiller. Cette combinaison de deux sources d'avis permet à la femme et au couple de valider la réputation de la maternité et l'adéquation entre les soins proposés et les soins spécifiques qu'ils en attendent.

*« En fait vous avez des avis qui vous permet de voir quels sont les retours donc pour cette maternité ici, y avait pas forcément beaucoup d'avis négatifs, au contraire à chaque fois y avait des avis "Allez-y, j'y suis allée pour mon premier enfant, j'irai pour mon 2ème". Donc du coup ça joue sur le choix aussi. », (femme de 37 ans, responsable des réseaux sociaux, 1 enfant).*

La satisfaction des pairs semble être prise comme un critère de qualité par les femmes, comme la satisfaction d'un client par rapport à un service. Certains professionnels évoquent également la réputation comme raison de leur venue dans la maternité, garantissant une certaine qualité de soins qu'ils associent au relationnel avec les patientes. Même si la réputation actuelle ne leur paraît plus être celle qu'ils avaient trouvé en arrivant.

*« Le personnel a beaucoup changé [...] Des choses ont évolué dans le bon sens. Mais la réputation a changé aussi. [...] Je me rappelle de certaines cadres qui nous parlaient vraiment de la notion de service et le personnel était au service des mamans et des bébés. Et moi c'est dans cet état d'esprit que j'ai choisi mon métier de sage-femme. [...] La réputation a diminué. », (sage-femme de 54 ans, 30 ans d'ancienneté dont 20 aux Eglantines).*

Les professionnels, par cette recherche de réputation, viennent confronter leur propre idéal de travail à ce qui est proposé dans cette maternité. Et cette adéquation valide leur choix. Cependant, cette réputation semble évoluer au fil des années et ne plus correspondre à l'idéal de certains professionnels. La notion de service semble déterminant pour cette professionnelle. Cependant, les professionnels semblent vouloir satisfaire les femmes quant à leur suivi et leur accouchement. Notamment concernant l'épisiotomie où les professionnels médicaux (médecins et sages-femmes) se sont mobilisés pour en réduire le nombre, afin de répondre à la demande des femmes concernant les violences gynécologiques. Pour cela, un défi a été lancé par le chef de service adjoint, qui trouvait que

son utilisation de l'épisiotomie était élevée. Il a proposé que le perdant de ce défi paye un repas à toute l'équipe à la fin de l'année, le but étant de faire le moins possible d'épisiotomie et que, si celle-ci est nécessaire, elle doit pouvoir se justifier ensuite au staff. En 2018, le taux d'épisiotomie est passé de 17 % à 3 %, ce qui est une grande fierté de toute l'équipe et ce qui est apprécié des femmes dans leur souhait de davantage de physiologie.

### **1.3. Des modes d'entrée dans la maternité qui rapprochent femmes et professionnels : primauté du réseau social sur les logiques institutionnelles**

Les professionnels évoquent, en étape préliminaire à leur arrivée dans la maternité, la connaissance de personnes travaillant déjà au sein de cette maternité ou la connaissance d'une personne intermédiaire. On peut qualifier ce mode de mise en réseau de bouche-à-oreille, dans un cadre bien défini de personnes appartenant au réseau social proche des enquêtés. Ce réseau social va permettre une transmission d'informations informelles, sélectionnées pour être adaptées à l'évolution visée. Certaines femmes quant à elles évoquent un choix de la maternité suite à des conseils de leurs pairs, de mêmes classes sociales qu'elles, ou de leurs gynécologues libéraux. D'autres évoquent une transmission générationnelle du lieu et mode d'accouchement, la maternité ayant été le lieu d'accouchement de mères, sœurs et/ou belles-sœurs. Ce mode de connexion résulte également d'un processus de type bouche-à-oreille, par l'intermédiaire de personnes appartenant au réseau social proche des femmes enceintes et ayant fait elles-mêmes l'expérience d'accoucher dans cette même maternité. Il est intéressant de remarquer que les professionnels et les femmes font fonctionner de façon importante leur réseau social, pour l'un travailler dans l'établissement, et pour l'autre y accoucher.

On peut noter qu'une personne ne disposant pas d'un tel réseau social, ne connaît probablement pas cette maternité. Par conséquent, elle aurait moins de chance d'y accéder. Tout d'abord, la maternité des Eglantines est connue des femmes qui vont se renseigner sur internet et consulter les avis d'autres femmes. Or, les femmes appartenant aux classes populaires vont moins fréquenter les sites internet pour trouver des conseils (Gojard, 2010), et par conséquent, elles auraient sans doute tendance à ne pas connaître cette maternité par ce biais-là. Ensuite, les femmes dont les amies, collègues et famille n'ont pas accouché ici, auraient moins de probabilité de venir y accoucher, car le fait de connaître quelqu'un y ayant accouché semble déterminant dans le choix de la maternité. Ceci confère à ce lieu un mode d'entrée privilégié à ses membres et contribue à expliquer la rareté des femmes de milieux populaires dans l'établissement. De plus, les membres entrés une première fois lors d'une ou des précédente(s) grossesse(s) se voient avoir un accès prioritaire lors d'une nouvelle inscription. Ainsi, une certaine homogénéité des profils au sein de la maternité, pour les professionnels et les femmes, persiste et se reproduit.

## 2- Des femmes et des professionnels qui se comprennent

Une relation se construit a priori par la vision que l'on se fait ou de ce que l'on sait de celui qui est en face de nous. Sylvie Fainzang le décrit très bien dans les consultations médicales qu'elle a observé, lorsque le médecin fait une hypothèse plus ou moins vérifiée du profil sociologique de la personne qu'il a en face de lui, le patient. Hypothèse qui va amener le médecin à différencier son discours par rapport au patient (Fainzang, 2009).

### 2.1. Le point de vue des professionnels sur les femmes : des besoins spécifiques

A la question : « Comment décririez-vous l'origine sociale, nationale, des femmes qui viennent ici ? Elles viennent d'où ? », les professionnels ont tout d'abord répondu, en grande majorité, en les qualifiant de « bobos ». « Bobos » que les professionnels utilisent eux-mêmes pour se décrire. Ils les caractérisent également comme :

*« Cadres sup. Ouais des femmes éduquées, catégories sociales supérieures. Voilà. Qui ont programmé leur grossesse, qui travaillent, qui gagnent bien leur vie et qui réfléchissent beaucoup. », sage-femme, 43 ans, 21 ans d'ancienneté dont 18 aux Eglantines).*

Cette sage-femme semble avoir tout à fait cerné la population qu'elle accueille à la maternité. Elle semble avoir fait preuve d'observation, d'écoute et d'empathie envers les femmes, et entendre leurs demandes.

*« Comment les gens théorisent, intellectualisent leur accouchement. On a nos habitudes avec nos petits caucasiens qui sont comme nous. (D'accord. Et vous avez dit par rapport à Madame tout le monde ? Et votre Madame tout le monde à vous c'est quoi, le profil des femmes qui accouchent ici ?). Petite dame de l'est-parisien, parisienne qui est CSP plus et qui a besoin d'un accouchement un peu physiologique, et qui veut accoucher à l'hôpital. [...] C'est plutôt des métiers de cadres, de ouais, de cadre supérieur je dirai, des métiers artistiques aussi parce qu'on a une petite ouverture artistique. », (gynéco-obstétricien, 52 ans, adjoint chef de service, 20 ans d'ancienneté dont 6 aux Eglantines).*

Ce médecin semble dire, qu'il est plus facile de comprendre quelqu'un qui lui ressemble, que quelqu'un qui lui est étranger socialement. Dans cette maternité, il prend en charge des femmes du même milieu social que lui. Il les décrit d'ailleurs en faisant un portrait d'elles, toutes similaires. Elles semblent catégorisées. Cette professionnelle nuance :

*« Mais pour autant l'aisance financière n'empêche pas la vulnérabilité pour plein d'autres choses (téléphone sonne et le coupe). On se rend aussi compte de ça d'ailleurs, c'est bien d'avoir un bon boulot, de pas avoir de problème d'appart ect, mais elles échappent pas plus que les autres aux troubles du comportement alimentaire pendant l'adolescence, le suivi psy, la dépression, à ce niveau-là ça*

*n'épargne personne apparemment. Non mais voilà c'est sûr que sur le plan financier c'est une population qui se porte relativement bien. On a quand même des patientes qui sont soit au chômage, soit avec des catégories socio-professionnelles moins élevées mais comme on fait pas de dépassement d'honoraires en fait elles peuvent être parfaitement suivies ici sans problème. [...] On a les quelques patientes du CHU [centre d'hébergement d'urgence]. Et parfois on a quand même des patientes, on a un staff parentalité qui est bien rempli avec des situations de vie complètement hallucinantes. Y en a une, y a pas longtemps, elle a déjà 4 enfants, les 4 sont placés. [...] Mais finalement quand on bosse à l'hôpital B. cette précarité là c'est tellement le quotidien qu'on est, c'est pas qu'on y fait plus gaffe mais à un moment donné si on ne s'en détache pas on devient fou. Ici comme on en a moins, on a une plus grande disponibilité pour accepter ça. »*, (sage-femme puis cadre sage-femme, 28 ans, 6 ans de métier dont 5 aux Eglantines).

Cette cadre sage-femme décrit la majorité de la population accueillie comme ayant une aisance financière. Elle a également identifié que cette population a des problématiques propres et qu'il faut aller au-delà de cette aisance financière. Elle semble les comprendre. De plus, elle identifie des types de femmes qui sortent de la population habituelle accueillie ici, et auprès desquelles les professionnels ont moins l'habitude d'exercer. Ce sont des femmes en situation de vulnérabilité et précarité sociales. Elles sont éloignées du profil sociologique des autres femmes, faisant que les professionnels sont moins enclins à les comprendre comme le soulignait le chef adjoint. Cependant, c'est ce que défend cette sage-femme. Malgré tout, on peut aussi se demander, si avoir peu de cas de femmes en situation de précarité, induit une moins bonne compréhension de leurs contextes de vie et de leurs besoins, et par conséquent une prise en charge moins adaptée que celle reçue dans les établissements habitués à ce type de situation.

## **2.2. Le point de vue des femmes sur les professionnels : des professionnels bienveillants**

Les mères interrogées décrivent les professionnels essentiellement par des qualificatifs de gentillesse et par des caractéristiques qui semblent spécifiques à leurs yeux :

*« You know they're very nice, the staffs are very nice, for my delivery they are very nice. »*, (femme Philippine de 30 ans environ, gouvernante d'enfants américains, 1 enfant).

La gentillesse, l'empathie semblent être des qualités humaines dont font preuve les professionnels des Eglantines, dans leur exercice auprès des femmes.

*« Et voilà, personnel, enfin nous on est très contents, qui est très, qui est bien, qui est pro, qui est sympa. »*, (femme de 35 ans, dirigeante d'association et consultante indépendante, 2 enfants).

Les professionnels sont vus comme compétents, médicalement et relationnellement, par les femmes. Les compétences de *cure* et de *care* se retrouvent dans leurs pratiques.

*« Elles sont très pédagogues. [...] On n'est pas perdus, on est pris en charge que ce soit aussi bien l'auxiliaire que la sage-femme, que les docteurs, les pédiatres. », (conjoint, 42 ans, 2 enfants).*

Les professionnelles expliquent, prennent le temps et font en sorte que les femmes comprennent ce qu'il se passe pendant leur grossesse et leur accouchement. Elles prennent en compte les femmes et individualisent leurs explications. Toutes les catégories de professionnels semblent faire de même auprès des femmes. Ce qui semble leur conférer une certaine spécificité aux yeux des femmes et de leurs conjoints.

*« L'équipe était vraiment au top [...] je pense que c'est vraiment positif, que ça va au-delà de service médical technique. », (femme, 40 ans environ, 1 enfant).*

Cette femme résume bien l'impression des femmes interrogées, c'est qu'il y a le médical mais qu'il y a aussi en plus l'empathie, l'écoute des femmes pendant leur grossesse et leur accouchement. Les femmes ont alors l'impression d'être spéciales auprès des professionnels, individualisées. Les retours que font les femmes sur les professionnels semblent répondre à leurs souhaits de départ, lors du choix de la maternité, de relations individualisées pendant leur grossesse et leur accouchement.

*« Les gynécologues hommes que j'avais vu en suivi ici avant l'accouchement j'ai moins apprécié. Bon mais je trouve qu'au final ça rejoint bien le stéréotype du médecin un peu arrogant et pas très empathique. », (femme de 32 ans, inspectrice du travail, 1 enfant).*

Pour cette femme, le critère de qualité d'un professionnel est avant tout l'empathie dont il va faire preuve dans son exercice. Elle a été cependant déçue des gynécologues hommes à la maternité et leur attribue un stéréotype qui semble être partagé par une majorité de femmes, cependant non rencontrées ici. Malgré tout, cela révèle que le rapport de genre dans l'exercice de la gynécologie, en lien avec l'histoire de la naissance, semble encore présent dans les discours.

### **2.3. Des femmes et des professionnels comme à la maison**

La vision partagée des professionnels et des femmes est que, la maternité est assimilée par son bâtiment, et par les personnes qui la composent, à une maison, ce qui lui confère une ambiance familiale. Pour les femmes, la taille et l'organisation de la structure font qu'elles ont croisé presque l'ensemble de l'équipe des consultations pendant leur grossesse et en retrouvent certains pour l'accouchement. Elles sont en confiance avec l'équipe par qui elles considèrent avoir été écoutées tout au long de leur grossesse.

« Après quand je suis venue ici, tout de suite j'ai senti que j'étais plus à l'aise, plus petite structure aussi déjà. On se sent mieux, comme une petite maison, ça j'ai bien aimé. », (femme de 32 ans, professeur des collèges, 1 enfant).

L'accouchement semble redevenir à taille familiale, comme les accouchements réalisés au cours de l'histoire au domicile des parturientes. La proximité avec l'équipe liée à la taille de la maternité l'a mise à l'aise rapidement. Comme cette femme qui voulait être détendue pendant sa grossesse.

« Pour moi l'accouchement comme je le disais c'est quelque chose de plaisant, je voulais pas me stresser, je voulais me détendre, on vient ici comme à la maison, j'aurai dit voilà on connaît le personnel, ça change tout. », (femme polonaise naturalisée française de 39 ans, cadre supérieur dans une grande entreprise, 1 enfant)

Le fait d'être comme à la maison et de connaître le personnel semble rassurant et protecteur comme quand on est chez soi. Le fait de connaître les équipes signifie également que les équipes connaissent cette femme tout au long de sa grossesse, ce qui amène à une individualisation de la personne et vraisemblablement de sa prise en charge, elle-même étonnée de celle dont elle a pu bénéficier pendant son accouchement. A la maison, les membres se connaissent, se reconnaissent mutuellement, se mettent à l'aise et osent se dire les choses. Ils se ressemblent et ont les mêmes codes qui rassurent et qui permettent un échange bidirectionnel.

« L'équipe (rires). L'ambiance détendue, les locaux, alors maintenant c'est un petit peu vieilli mais quand on rentre et qu'on voit le jardin, y a de la lumière. [...] (Vous, vous avez accouché où ?) Ici (rires). A la maison, j'ai accouché à la maison moi. », (sage-femme, 43 ans, 21 ans d'ancienneté dont 18 aux Eglantines).

Cela ressemble à une maison ou un foyer rassurant selon cette sage-femme. C'est un cadre où, professionnel et personnel semblent liés. Cette même sage-femme le résume bien en disant qu'elle y travaille et qu'elle y a accouché. Elle connaît bien les autres professionnels et leur fait confiance.

« Ici, on est une maternité à taille humaine, un peu familiale. [...] Quand on a des petites équipes avec des sages-femmes qui sont là depuis 15, 20 ans pour certaines, ça se passe comme ça. On sait comment travaillent les uns et les autres et ça se passe bien. », (gynéco-obstétricienne, 40 ans, 11 ans d'ancienneté dont 6 aux Eglantines).

La relative « petite » taille de l'équipe permet l'individualisation du rapport entre les professionnels ce qui semble permettre cette ambiance familiale. Chacun semble avoir sa place et sa spécificité professionnelle que les collègues respectent. Ce respect associé à la reconnaissance exprimée par un « merci » de la part du chef de service semblent permettre une ambiance professionnelle bienveillante

les uns envers les autres, comme dans une famille, une famille professionnelle. Cette bienveillance professionnelle transparait dans ce qui est exprimé par les femmes sur leur prise en charge. Les uns et les autres ont plaisir à venir à la maternité se sentant comme à la maison.

### **3- Des expériences enchantées de la relation femmes-professionnels**

#### **3.1. Des relations individualisées entre personnes qui se ressemblent**

Comme démontré précédemment, les professionnels et les femmes ont ici un certain air de famille. Ils ont des profils sociologiques proches. Que ce soit pour leur propre travail d'accouchement ou pour leur travail professionnel, les femmes et les professionnels rejettent ici l'industrialisation de la naissance et aspirent à des relations plus humaines. Leur rencontre, dans ce lieu choisi sur les mêmes critères, est empreinte de bienveillance les uns envers les autres. Ils se sentent comme à la maison. Cette ambiance familiale semble consécutive à cet air de famille qui les lie. Comme l'exprime une cadre de santé « *la patiente qui me ressemble et en fait un clin d'œil et on a tout de suite compris ce qu'on veut.* » (cadre supérieure de 40-45 ans, sage-femme puis cadre puis cadre supérieure aux Eglantines), il est plus facile de comprendre et de communiquer avec des personnes qui leurs ressemblent.

Même si chacun a sa particularité et n'est pas exactement comme soi ou un autre, ici les professionnels s'ajustent à celles des femmes. Les femmes sont écoutées et leurs demandes prises en compte. Cependant, cette relation ne mène pas non plus à toujours satisfaire la demande des femmes. Si le souhait d'une femme est d'avoir un accouchement par césarienne, sans indication médicale, les professionnels vont être à son écoute mais vont cependant lui expliquer que ce n'est pas indiqué. Ils pourraient s'arrêter là, mais pour être sûr que cette demande ne soit pas liée à une crainte, un traumatisme, ils vont lui proposer de rencontrer la psychologue afin d'en parler si elle en ressent le besoin. On retrouve ici le sens du *care* exprimé par les professionnels dans leur exercice. Les professionnels qui se positionnent donc en faveur de davantage d'humain dans leur travail, le mettent en pratique dans cette maternité. Ce qui convient aux femmes qui recherchent ce type de prise en charge. Un vrai dialogue est instauré entre les professionnels et les femmes, et le temps est pris pour le faire. Le prendre soin est mis ici au cœur de la maternité. La femme et son nouveau-né sont mis au centre de ce prendre soin. Et quand les femmes expriment leurs désaccords auprès des professionnels, celles-ci sont entendues :

*« Les points de désaccord ça peut être une vraie faillite de notre part, on a fait un truc qui qui les heurte profondément pour une vraie raison. Qu'on a peut-être pu mal faire aussi. Le plus souvent c'est vrai que c'est cette différence entre ce à quoi les gens s'attendent et ce qui se passe pour de vrai. [...] On doit pas rester dans une tour d'ivoire de Docteurs, de soignants en mode « écoutez depuis que le monde*

*est monde on accouche, on sait faire, donc vous vous taisez ». [...] On doit quand même expliquer. Mais ça veut pas non plus dire on est dans un libre-service. », (gynéco-obstétricien, 52 ans, adjoint chef de service, 20 ans d'ancienneté dont 6 aux Eglantines).*

L'échange dans la relation femmes – professionnels est donc bidirectionnel, chacun étant libre de donner son avis sur la prise en charge (cf Annexe 15). La critique des pratiques professionnelles est entendue et acceptée comme un décalage qui peut se produire entre une réalité de la femme et un acte habituel du professionnel. La remise en cause se fait et semble provoquer des changements de pratique de la part des professionnels, comme l'exemple de l'épisiotomie.

Qu'il y ait accord ou désaccord, le dialogue semble se caractériser par du respect de la parole, de la bienveillance et une empathie des professionnels de santé envers les femmes qu'ils accueillent. Ce qui permet aux femmes sans doute d'oser s'exprimer et de faire part de leurs souhaits.

### **3.2. Des relations moins aisées dans certaines situations particulières**

D'autre part, des situations particulières de femmes dans cette maternité ont été observées ou relatées par les professionnels. Ces situations particulières semblent concerner des femmes qui n'appartiennent pas à la catégorie des femmes décrites comme accueillies habituellement. Ce sont des femmes en situation de vulnérabilité qui peuvent être de différentes formes.

Tout d'abord, l'absence d'interprète semble un élément empêchant la communication entre les femmes ne parlant pas français, et les professionnels. Même si un service de traduction est proposé pour réaliser l'interprétariat aux femmes enceintes non francophones, les professionnels relatent ne pas avoir recours ou très peu à ce type de dispositif proposé par l'hôpital. Certains arguent qu'ils peuvent se débrouiller en anglais ou sinon avec les mains. Cependant, ces situations ne permettent pas à ces femmes de comprendre au mieux leurs prises en charge, pas autant que si cela était traduit dans leurs langues maternelles. Lors de l'observation de consultations, les femmes non francophones qui appartenaient aux classes moyennes et supérieures étaient accompagnées de leurs conjoints qui traduisaient pour elles, toutes étant anglophones. Or, lorsque l'anglais et le français ne sont pas les langues maternelles des femmes, la traduction via l'anglais par les professionnels provoque une déperdition d'information. Les femmes quant à elles sont moins à l'aise pour poser des questions (cf Annexe 16). Or, dès lors qu'il y a une inadéquation de la traduction à la langue maternelle, combinée à une situation de précarité pour une même femme, son accès à la compréhension médicale peut être altéré par un manque d'explications réalisées dans sa langue natale. C'est pourquoi, un programme a été développé récemment à la maternité concernant les femmes étrangères, notamment hébergées en centre d'hébergement d'urgence, avec lequel la maternité a un partenariat pour accompagner les

femmes enceintes (cf Annexe 17). Cependant, malgré ce programme, une femme éthiopienne raconte ne pas avoir compris ce qui lui avait été fait pendant son accouchement.

Son conjoint, lui-même éthiopien, traduit pour elle : *“Even me I was there. She was asked, are you feeling any pain? If she said...I don’t know what did he do, but after, she said I am not feeling any pain. Anything, anything, I don’t know what they do. I can’t imagine, it’s new for me.”*, (conjoint traduit en anglais pour Madame, âges inconnus, professions inconnues, situation de précarité, 3 enfants).

Malgré un protocole établi pour la prise en charge des femmes en situation de précarité, hébergées au centre d’hébergement d’urgence, le budget traduction n’est actuellement pas utilisé par certains professionnels faisant écart au protocole. La communication semble alors limitée entre ce couple et les professionnels de santé, impliquant que la prise en charge l’ait été tout autant, la différenciant des autres femmes francophones ou non francophones mais qui appartiennent aux classes moyennes et supérieures. Cette femme étrangère ne parlant ni français, ni anglais et en situation de précarité sociale, déjà dans une situation d’inégalité par rapport aux autres femmes dotées de capitaux économiques et surtout culturels, ne se voit pas apporter de soutien pour le rétablissement d’une équité de soins. Sa prise en charge n’est pas individualisée comme elle pourrait l’être, si elle pouvait communiquer avec eux. Cela ne lui permet pas de comprendre ce qui lui est fait même si elle témoigne d’une bienveillance des professionnels de santé à son égard.

*“She said, when I come here, hospital, the first days I come here, they give me good things, in advice and tablets, and they give me more, more, more, more. They behave like they are my parents, she said.”*, (conjoint traduit en anglais pour Madame, âges inconnus, professions inconnues, situation de précarité, 3 enfants).

Une relation de confiance s’est mise en place. Cependant, du côté des professionnels, le risque est que cette relation soit davantage basée sur une certaine infantilisation de la femme, plutôt que sur une volonté de lui donner du pouvoir sur sa santé. De plus, cela ne semble pas aller de soi pour ces professionnels d’arriver à prendre en charge de manière individualisée cette personne, cela semblant être un effort à fournir par rapport aux prises en charge habituelles des autres femmes de classes moyennes et supérieures. Cet effort impliquerait de prendre davantage de temps auprès de ces femmes pour les écouter sur leurs besoins, leurs souhaits et leur expliquer en détail leur prise en charge individualisée, ceci par l’intermédiaire d’un interprète pour qu’elles puissent comprendre et poser des questions.

D’autre part, d’autres situations particulières ont été observées ou relatées. Lors de l’enquête, la prise en charge d’un couple de femmes homosexuelles par une sage-femme avait posé problème, et une plainte du couple avait suivi pour des propos homophobes. Les responsables de la maternité, après

concertation, avaient condamné les propos de cette professionnelle auprès du couple. Les responsables me disaient que la prise en charge des nouvelles parentalités était un nouveau type de prise en charge, pour laquelle les professionnels n'étaient pas habitués. C'est suite à cette situation qu'un comité éthique de réflexion sur la prise en charge des nouvelles parentalités a été créé, montrant bien que tout ce qui sort du cadre habituel des prises en charge classiques semble difficile pour les professionnels des Eglantines.

Ainsi des profils similaires entre professionnels et femmes permettent une meilleure compréhension bilatérale, notamment par les professionnels, des besoins des femmes et de comment interagir avec elles. Les professionnels rencontrés ont bien identifié que ces femmes, des classes moyennes et supérieures, intellectualisent leur grossesse et qu'elles ont par conséquent besoin d'explication, de réponses à leurs questions et de pouvoir s'exprimer sur ce qui leur est fait. Les professionnels accueillent ces besoins avec bienveillance et font tout pour les satisfaire, sans vouloir dire tout accepter. D'un autre côté, lorsque certains profils de femmes ne correspondent pas à celui des femmes prises en charge habituellement, les professionnels semblent davantage perdus et ont besoin de se référer à des protocoles, des programmes, comme celui du partenariat entre la maternité, l'association et le centre d'hébergement d'urgence. Ces prises en charge particulières sont protocolisées pour guider le professionnel dans l'adaptation de ses pratiques. Cependant, certains écarts aux protocoles sont observés ne permettant pas d'individualiser les prises en charge, malgré la bienveillance des professionnels envers ces femmes.

## 5 CONCLUSION ET DISCUSSION

---

Cette enquête a été intense et riche. Le terrain ayant été négocié en amont par l'équipe de chercheuses, l'équipe de la maternité nous a accueillies avec bienveillance et nous a ouvert ses portes très facilement. De nombreux professionnels et femmes volontaires pour participer à l'enquête ont été rencontrés. Cela nous a permis d'avoir un spectre large de leurs activités et problématiques. Nous avons cependant connu certaines limites, notamment concernant les professionnels rencontrés, certaines catégories socio-professionnelles n'ont pas pu être interrogées. En effet, les puéricultrices peu nombreuses et très souvent occupées par les soins n'ont pas pu nous accorder de temps. De plus, nous n'avons pas rencontré d'assistantes sociales. Or, il apparaît, notamment dans le cas de femmes en situation de précarité, que les paroles des assistantes sociales auraient pu nous permettre de davantage cerner leurs rôles et les prises en charge qu'elles mènent auprès de ces situations particulières. Cependant, il est intéressant de noter qu'elles étaient très peu présentes dans les discours des professionnels et des femmes, expliquant sans doute que nous n'y pensions pas. Il serait par conséquent intéressant, dans une autre phase d'enquête, d'y retourner pour les interroger. Les professionnels administratifs ne font également pas partie des enquêtés alors que certains, de l'accueil notamment, avaient été sollicités. Comme certains professionnels interrogés, ils dénigraient leurs propres paroles, n'étant pas sûrs qu'elles soient intéressantes à nos yeux, nous interrogeant dans l'espace hospitalier sur la suprématie de la parole médicale. Davantage de temps sur le terrain aurait pu permettre de mieux se faire connaître d'eux et gagnant leur confiance, de les interroger. Enfin, dû au délai d'écriture de ce mémoire, certains entretiens n'ont pas pu être analysés, or il serait pertinent de le faire ultérieurement étant donné le nombre de données recueillies.

Malgré ces quelques limites, cette enquête a permis de dégager une particularité de cette maternité. Il est vrai que par mon parcours antérieur, j'étais davantage habituée à appréhender des publics en situation de précarité. Dans cette maternité, cela n'a pas été le cas. J'ai donc eu un temps de découverte pour comprendre ce qui se déroulait au sein de la maternité entre les différents protagonistes. J'avais un regard neuf, même si mon expérience précédente me tirait toujours vers des personnes en situation de précarité. Cependant, cela n'a pas été le cœur de l'enquête et tant mieux. Comprendre ce qui se joue dans des relations où chacun peut s'exprimer, permet d'expliquer pourquoi dans d'autres situations, avec des populations d'un autre profil socio-économique, cela n'est pas toujours le cas. L'homogénéité retrouvée dans les profils des femmes notamment, a permis de montrer que les femmes des classes moyennes et supérieures qui sont dotées de capitaux économiques mais surtout culturels ont des ressources pour échanger avec les professionnels de santé afin de comprendre leur prise en charge. C'est ce qui est nommé, par Janet Shim, capital culturel de santé (Shim, 2010), et définit par les ressources détenues par une personne lui permettant d'interagir

avec les professionnels de santé pour prendre du pouvoir sur sa santé. Cependant, ces ressources semblent amoindries chez les femmes provenant de milieux plus populaires, étant en situation de précarité, et notamment lorsqu'on ne propose pas d'interprète aux non-francophones. Ce qui ne leur permet pas d'échanger de la même façon avec les professionnels de santé. Les professionnels eux-mêmes, ne prenant pas en compte ces spécificités dans la prise en charge, n'offrent pas la même qualité de soins à ces femmes qu'à celles habituellement rencontrées, malgré leur bienveillance à leur égard, ce que Sylvie Fainzang démontre sur l'information des patients en cancérologie (Fainzang, 2014).

On pourrait alors distinguer trois différents types de relation entre les professionnels et les femmes en périnatalité. Tout d'abord, la relation où le médecin explique et répond aux questions des femmes, celles-ci se faisant entendre en n'hésitant pas à poser leurs questions pour obtenir des réponses. C'est une relation qui, par l'homogénéité des profils et des styles de vie, semble caractérisée une relation qui pourrait être qualifiée d'égal à égal. En effet, c'est une relation où les médecins se positionnent en tant qu'accompagnants des femmes - et non pas sachants tout puissants -, et les femmes se positionnent avec une réflexion quant à leur grossesse ainsi qu'une maîtrise du vocabulaire médical spécifique et général, mais pour qui la parole du médecin reste importante. D'autre part, le type de relation est différent lorsque la femme est en situation de vulnérabilité, notamment si l'interprétariat n'est pas utilisé à chaque fois pour les non-francophones, générant une relation inadaptée à elle de la part des professionnels. Cette femme se retrouve dépendante du discours des professionnels dans les cas où elle ne peut pas les comprendre et se faire comprendre. Elle ne pose pas de questions car elle n'a pas reçu toutes les informations pour le faire et parce que l'absence d'interprète ne l'y autorise pas. Ce type de relation marque davantage la supériorité des professionnels sur les femmes dans ces situations. Les professionnels redeviennent des sachants et savent ce qui est bon pour les femmes, celles-ci faisant ensuite ce qui leur est demandé sans forcément avoir compris. Enfin, on pourrait alors se poser la question d'un troisième type de relation, celle de supériorité des femmes sur les professionnels. Dans l'enquête menée sur le même projet, dans une maternité de luxe, les femmes viennent payer leur suivi et leur accouchement par un gynéco-obstétricien qu'elles ont choisi. Le service dont elles vont bénéficier pendant leur séjour à la maternité se rapproche davantage d'un service hôtelier qu'elles monnaient. De plus, il a été démontré que lorsque les femmes demandent un accouchement par césarienne, elles ont de grande chance de l'obtenir car elles sont ici comme des clientes. Le taux de césarienne dans cette maternité de luxe est d'ailleurs de 40 % ce qui est très élevé par rapport au taux moyen en France (Blondel, Gonzalez, & Raynaud, 2017). L'argent pourrait donc influencer la relation qu'ont les professionnels avec les femmes, et ferait que les professionnels accèdent à davantage de demandes de ces femmes sans forcément de justification médicale. Une des

professionnelles interrogées dans notre enquête aux Eglantines a d'ailleurs émis le fait que les pratiques professionnelles diffèrent lorsqu'il y a paiement de prestations. « *Je ne sais pas si je serais capable d'être différente des autres qui sont happées par ce système de changer nos pratiques médicales en fonction de combien c'est payé.* », (gynéco-obstétricienne, 40 ans, 11 ans d'ancienneté dont 6 aux Eglantines). Ces trois types de relation seraient la conséquence de la rencontre des profils sociologiques particuliers des professionnels et des femmes, et provoqueraient des différenciations de soins selon les profils de chacun.

Or, là où Sylvie Fainzang parle de différenciation des soins davantage en termes négatifs, il me semble que la différenciation pourrait être lue également de façon positive. En effet, lorsque les professionnels prennent en compte l'individualité des femmes dans leur prise en charge et s'y adaptent pour leur permettre de prendre du pouvoir sur leur santé, et ce quel que soit leurs profils, il s'agirait de différenciation positive. Ce qui est en fait la définition de l'individualisation des soins, c'est-à-dire prendre en compte les spécificités de chacune et s'y adapter pour offrir une équité de soins à toutes les femmes enceintes. Ce qui relève en santé publique d'un « universalisme proportionné », selon Marmot (Affeltranger, Potvin, Ferron, Vandewalle, & Vallée, 2018). Cependant, lorsque les professionnels ne prennent pas en compte ces spécificités, ils ne pratiquent pas d'individualisation des soins selon les profils des femmes et dans ce sens cela rejoint ce que décrit Sylvie Fainzang dans ses travaux. Or, comme la différenciation peut être selon moi positive ou négative, les pratiques relevant d'une différenciation négative, seraient davantage à qualifier de pratiques discriminatoires, comme l'évoque Dorothée Prud'Homme concernant les femmes catégorisées comme Roms par des professionnels de santé d'un service de gynéco-obstétrique parisien (Prud'Homme, 2016).

D'autre part, à un niveau plus général, les prises en charge semblent différer également d'un type de structure à un autre dans les maternités. Dans les structures où l'industrialisation de la naissance semble ne pas proposer d'accompagnement global à l'accouchement des femmes et où celui-ci est pratiqué de façon morcelée, cela mène à une différenciation des soins entre une femme qui accoucherait aux Eglantines et une femme qui accoucherait dans une maternité pratiquant plus de 5 000 accouchements. Or, on l'a vu, le type de maternité catégorise d'emblée les femmes selon leur état de santé et celui de leur futur bébé, faisant que les femmes présentant des complications pendant la grossesse n'ont pas d'autre choix que de se faire suivre dans une structure de type 2 ou 3. Or, les femmes en moins bonne santé et présentant le plus de complications sont alors vraisemblablement les femmes appartenant à des milieux plus populaires (Blondel et al., 2017). Ce qui amène à provoquer des répartitions par classes sociales selon les types de maternités. Cela pourrait également expliquer pourquoi si peu de femmes des milieux populaires ont été retrouvées à la maternité des Eglantines. Ainsi, les femmes appartenant aux classes moyennes et supérieures peuvent choisir la structure qui va

les accompagner à l'accouchement, en fonction de la spécificité qu'elles auront préférée. Ce qui n'est pas possible ou beaucoup moins pour les femmes ne pouvant choisir le type de maternité du fait des complications de grossesse, notamment les personnes en situation de précarité. La catégorisation des maternités entraîne elle-même des discriminations envers certaines femmes, les plus privilégiées pouvant choisir la maternité de leurs rêves, alliant *cure* et *care*, mais pas les autres se retrouvant dans des maternités très industrialisées. Ce qui d'ailleurs est aussi vrai lorsque la répartition territoriale des maternités ne propose pas différents types de maternités aux femmes y résidant.

Enfin, en tant que professionnelle de la santé, nos études nous ont très peu formé à aller rechercher des lectures scientifiques pour enrichir nos pratiques et leur apporter un regard critique. Les publications médicales concernant des pathologies et leurs prises en charge sont davantage étudiées que les relations entre professionnels de santé et patients. Or, en tant qu'infirmière puéricultrice ayant exercé plusieurs années, un regard critique porté sur ma profession et les mécanismes sociaux dans la relation aux patients, m'aurait sans doute permis d'avoir une réflexivité quant à ma pratique, car malgré nous, nous agissons sans comprendre tous les ressorts de la relation que nous avons avec nos patients. Ce que j'avais pu identifier dans ma pratique avec les femmes enceintes séropositives au VIH et vivant en situation de précarité, n'avait pour moi pas de conceptualisation. J'avais identifié certaines différences et discriminations dont elles faisaient l'objet, sans pouvoir en formuler davantage. L'enquête terrain passionnante, la lecture des travaux de chercheurs en sciences sociales dense et les échanges riches et nombreux avec mes collègues-référentes de travail, m'ont permis de mettre des idées, des mots et des concepts sur ces perceptions et de les problématiser. Il a été ainsi enrichissant de décaler mon regard et d'appréhender d'autres mécanismes à l'œuvre dans les relations entre les personnes, notamment dans le domaine de la périnatalité, une période où souvent les vulnérabilités des femmes sont exacerbées de par le fait qu'elles ne sont plus seules.

Si ce travail ne s'est pas focalisé sur les femmes en situation de précarité en particulier, cela montre cependant que selon les classes sociales des femmes enceintes, les ressources mobilisées pour interagir avec les professionnels sont différentes. Dans le contexte actuel des violences gynéco-obstétricales, on pourrait alors se demander comment font les femmes ne possédant pas de telles ressources pour identifier ce qui relève de violences dans ce qui leur est fait ? Et dans le cas avéré de violences, comment arrivent-elles à porter leur propre parole à qui de droit afin d'être entendues, elles aussi ?

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Affeltranger, B., Potvin, L., Ferron, C., Vandewalle, H., & Vallée, A. (2018). Universalisme proportionné : Vers une « égalité réelle » de la prévention en France ? *Sante Publique*, *S1(HS1)*, 13-24.
- Akrich, M., Bardes, F., & Phan, E. (2010). Les lieux de naissance en France : Quel choix pour les usagers ? *Spirale*, *n° 54(2)*, 149-158.
- André, K. (2015). L'humain peut-il rendre le soin plus performant ? In *Controverses. Soigner (l')humain* (p. 135-149). <https://doi.org/10.3917/ehesp.georg.2015.01.0135>
- Arborio, A.-M. (2007). L'observation directe en sociologie : Quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, *90(3)*, 26-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.090.0026>
- Arborio, A.-M., & Fournier, P. (2015). *L'observation directe* (4<sup>e</sup> édition). Malakoff: Armand Colin.
- Azria, É. (2013). Le soignant et la standardisation des pratiques médicales. *Laennec*, *Tome 61(3)*, 32-41.
- Azria, É. (2015). Précarité sociale et risque périnatal. *Enfances Psy*, *N° 67(3)*, 13-31.
- Bizard, F. (2018). Economie de la naissance en France : Peut mieux faire ! *Les cahiers de l'Université Paris Descartes, La périnatalité(06)*, 30-31.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2015). *L'entretien* (2<sup>e</sup> édition). Malakoff: Armand Colin.
- Blondel, B., Gonzalez, L., & Raynaud, P. (2017). *Enquête nationale périnatale Rapport 2016 Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010* (p. 317). Paris: INSERM et DREES.
- Briex, M. (2016). Vers un accompagnement plus humain de la grossesse et de l'accouchement. *Spirale*, *N° 79(3)*, 183-193.
- Brugeilles, C., & Sebille, P. (2013). Le partage des tâches parentales : Les pères, acteurs secondaires. *Informations sociales*, *n° 176(2)*, 24-30.
- Cardon, D. (2010). Les réseaux sociaux en ligne et l'espace public. *L'Observatoire*, *N° 37(2)*, 74-78.
- Cardon, D. (2011). Réseaux sociaux de l'Internet. *Communications*, *n° 88(1)*, 141-148.
- Carricaburu, D., & Ménoret, M. (2004). Chapitre 11—A nouvelles techniques, nouvelles critiques ? In *U. Sociologie de la santé* (p. 179-198).
- Charrier, P., & Clavandier, G. (2013). *Sociologie de la naissance* (Armand Colin). Paris: Armand Colin.

- Cour des comptes, & Chambres régionales et territoriales des comptes. (2014). *Les maternités Cahier 1 : Analyse générale* (p. 117). Paris.
- Dardel, F., & Clause, P.-Y. (2018). La Périnatalité. *Université Paris Descartes*, (6), 32.
- Demazière, D., & Samuel, O. (2010). Inscrire les parcours individuels dans leurs contextes. *Temporalités*, (11), 9.
- Fainzang, S. (2009). La communication d'informations dans la relation médecins-malades. Une approche anthropologique. *Questions de communication*, (15), 279-295. <https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.619>
- Fainzang, S. (2014). Les inégalités au sein du colloque singulier : L'accès à l'information. *Les Tribunes de la sante*, n° 43(2), 47-52.
- Fainzang, S. (2015). Chapitre 1. L'information du patient est-elle un leurre ? *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, Vol. 26(1), 15-20.
- Fournand, A. (2009). La femme enceinte, la jeune mère et son bébé dans l'espace public. *Géographie et cultures*, (70), 79-98. <https://doi.org/10.4000/gc.2320>
- Gatrell, C. J. (2013). Maternal body work : How women managers and professionals negotiate pregnancy and new motherhood at work. *Human Relations*, 66(5), 621-644. <https://doi.org/10.1177/0018726712467380>
- Gelly, M. (2017). Socialisation non professionnelle et logiques de prescription médicale. *Sciences sociales et sante*, Vol. 35(3), 71-79.
- Gelly, M., & Pitti, L. (2016). Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins. *Agone*, n° 58(1), 7-18.
- Gojard, S. (2010). *Le métier de mère* (La Dispute). Paris: La Dispute.
- Jaquet, C. (2014). La distinction dans la distinction. *Hors collection*, 1-21.
- Julien, A., & Laflamme, S. (2008). Les pratiques culturelles sont-elles vraiment définies par l'origine de classe sociale ? *Sociologie de l'Art, OPuS 11 & 12*(1), 171-193.
- Leclerc, A., Kaminski, M., & Lang, T. (2008). *Inégaux face à la santé Du constat à l'action*. Paris: La Découverte.
- Lemieux, C. (2012). 2 – Problématiser. In *Quadrige. L'enquête sociologique* (p. 27-51). <https://doi.org/10.3917/puf.paug.2012.01.0027>
- Mechali, D. (2015). « Ce qu'ils m'ont appris ». L'apport des perspectives du care dans les relations

- soignants – soignés. In *Controverses. Soigner (l')humain* (p. 31-46).  
<https://doi.org/10.3917/ehesp.georg.2015.01.0031>
- Montagne, M. (2008). The Medicalization of Society : By Peter Conrad. *Annals of Pharmacotherapy - ANN PHARMACOTHER*, 42, 292-293. <https://doi.org/10.1345/aph.1K578>
- Montazeau, O. (2010). L'industrialisation de la naissance. *Spirale*, n° 54(2), 91-111.
- Moutel, G. (2015). Défendre la place de l'interhumain dans notre système de santé. In *Controverses. Soigner (l')humain* (p. 83-94). <https://doi.org/10.3917/ehesp.georg.2015.01.0083>
- Pinçon, M., & Pinçon-Charlot, M. (2016). *Sociologie de la bourgeoisie* (quatrième édition). Paris: La Découverte.
- Piot, T. (2015). Les ressources mobilisées par les diplômés en soins infirmiers en début de carrière. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ere nouvelle*, Vol. 48(4), 103-123.
- Prud'Homme, D. (2016). Du « soin global » au traitement discriminatoire. *Terrains travaux*, N° 29(2), 85-104.
- Quagliariello, C. (2017). « Ces hommes qui accouchent avec nous ». La pratique de l'accouchement naturel à l'aune du genre. *Nouvelles Questions Feministes*, Vol. 36(1), 82-97.
- Riutort, P. (2013). La stratification sociale. *Major*, 89-100.
- Roth, E., & Knezovic-Daniel, N. (2010). Accoucher dans une « usine à bébés » ? *Spirale*, n° 54(2), 113-125.
- Roth-Haillotte, R. (2011). Les représentations profanes et médicales du lieu d'accouchement : Entre l'idéal et le réel. *Connexions*, n° 95(1), 155-166.
- Saintôt, B. (2015). Gérer toujours plus la grossesse et l'accouchement ? De nouvelles problématiques sociétales et médicales. *Laennec*, Tome 63(4), 6-15. <https://doi.org/10.3917/lae.154.0006>
- Sauvegrain, P., Azria, E., Chiesa-Dubruille, C., & Deneux-Tharaux, C. (2017). Exploring the hypothesis of differential care for African immigrant and native women in France with hypertensive disorders during pregnancy : A qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(12), 1858-1865. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14658>
- Shim, J. K. (2010). Cultural Health Capital : A Theoretical Approach to Understanding Health Care Interactions and the Dynamics of Unequal Treatment. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 1-15. <https://doi.org/10.1177/0022146509361185>

## Webliographie:

- Inconnu. (2016). Commission médicale d'établissement. In *Wikipédia*. Consulté à l'adresse [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Commission\\_m%C3%A9dicale\\_d%27%C3%A9tablissement&oldid=129866395](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Commission_m%C3%A9dicale_d%27%C3%A9tablissement&oldid=129866395)
- Inconnu. (2019). Taylorisme. In *Wikipédia*. Consulté à l'adresse <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Taylorisme&oldid=160528930>
- Insee. (2003a). Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles | Insee. Consulté 12 juillet 2019, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/information/2497952>
- Insee. (2003b). Pcs2003-4-Professions Intermédiaires | Insee. Consulté 12 juillet 2019, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgregree/4?champRecherche=true>
- Insee. (2003c). Pcs2003-36-Cadres d'entreprise | Insee. Consulté 12 juillet 2019, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelle/36?champRecherche=true>
- Insee. (2016). Dossier complet commune de Paris énième arrondissement. Consulté 21 août 2019, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-75112#chiffre-cle-4>
- Administration française. (2018). Femme enceinte : Prise en charge à 100 % (Assurance maladie). Consulté 3 septembre 2019, à l'adresse Service-Public.fr website: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F164>
- Administration française. (2019). Congé maternité d'une salariée du secteur privé. Consulté 3 septembre 2019, à l'adresse Service-Public.fr website: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2265>

## **LISTE DES ANNEXES**

---

Annexe 1 : Encadré 1 : Situation clinique observée sur la question de la communication médecin-patient lors de mon exercice associatif auprès de femmes enceintes vivant avec le VIH

Annexe 2 : Tableau 1 : Les différents types de maternité en France

Annexe 3 : Encadré 2 : Restructuration des maternités suite à la réforme de 1998

Annexe 4 : Encadré 3 : Les critères d'inclusion et les conditions de réalisation des entretiens auprès des femmes

Annexe 5 : Encadré 4 : Les critères d'inclusion et les conditions de réalisation des entretiens auprès des professionnels

Annexe 6 : Projet TRASOPER - Guide d'entretien avec les femmes suivies à la maternité

Annexe 7 : Projet TRASOPER - Guide d'entretien avec les professionnel-elle-s (médecin, sage-femme ...) de la maternité

Annexe 8 : Tableau 2 : tableau récapitulatif des entretiens réalisés auprès des femmes en suites de couches aux Eglantines

Annexe 9 : Tableau 3 : tableau récapitulatif des entretiens réalisés auprès des professionnel.le.s de la maternité des Eglantines

Annexe 10 : Tableau 4 : Les chiffres clés de la maternité pour l'année 2018

Annexe 11 : Encadré 5 : L'organisation des maternités de type 3

Annexe 12 : Encadré 6 : Les femmes interrogées ayant fait l'expérience de l'assistance médicale à la procréation

Annexe 13 : Encadré 7 : Extrait de consultation médicale observée à la maternité

Annexe 14 : Encadré 8 : Extrait d'un entretien avec une cadre sage-femme sur son expérience en maternité de type 3

Annexe 15 : Encadré 9 : Extrait d'observation d'une consultation médicale

Annexe 16 : Encadré 10 : Extrait d'entretien avec le couple éthiopien

Annexe 17 : Encadré 11 : Extrait d'entretien avec le chef de service adjoint, également gynécologue-obstétricien dans l'association avec laquelle les Eglantines organisent un partenariat pour accueillir des femmes enceintes hébergées dans un centre d'hébergement d'urgence

## Annexe 1

### Encadré 1 : Situation clinique observée sur la question de la communication médecin-patient lors de mon exercice associatif auprès de femmes enceintes vivant avec le VIH :

Lors d'un accompagnement d'une femme enceinte analphabète à un rendez-vous médical concernant une anomalie rénale d'un de ses fœtus, le médecin spécialiste lui explique le comment et les conséquences de cette anomalie. A la fin, le médecin lui propose de reprogrammer un rendez-vous. Cependant, je sens qu'elle n'est pas moins inquiète après avoir reçu ces explications. Je lui demande alors, et c'est la seule fois où je serai intervenue, si elle a compris ce que le médecin vient de lui expliquer. Elle me regarde et me dit que non. Le médecin comprend alors que cette femme n'a pas compris et qu'il faut lui expliquer un peu plus et de manière différente. Il prend alors une feuille et un stylo et se met à faire un schéma lui expliquant comment le rein fonctionne et ce que l'anomalie va provoquer. Madame lui pose ensuite quelques questions et semble cette fois avoir compris et être rassurée.

Le fait qu'elle n'ait pas posé de questions au départ et qu'elle n'ait pas osé lui dire qu'elle n'avait pas compris, n'était pas interprété de la même façon par le médecin, qui pensait qu'au contraire elle avait tout compris. L'incompréhension a donc été totale entre eux. S'il est difficile à un patient de dire qu'il n'est jamais allé à l'école, il me semble que ce serait davantage au médecin de lui demander des informations sur son statut social afin d'adapter les explications à donner, comme ce médecin l'a fait dans le deuxième temps de cette consultation.

## Annexe 2

Tableau 1 : Les différents types de maternité en France

Types de maternité	Moyens mis en œuvre	Types de grossesses	Types de nouveau-nés
I	Unité d'obstétrique sans unité de néonatalogie	Grossesses sans facteur de risque périnatal	Nouveau-nés bien portants ayant seulement besoin de soins de puériculture
II A	Unité d'obstétrique associée à une unité de néonatalogie	Grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveau-nés nécessitant des soins de pédiatrie néonatale	Nouveau-nés nécessitant des soins de néonatalogie <b>sans</b> soins intensifs
II B	Unité d'obstétrique et unité de néonatalogie avec soins intensifs		Nouveau-nés nécessitant des soins de néonatalogie <b>avec</b> soins intensifs
III	Unité d'obstétrique, unité de néonatalogie et unité de réanimation néonatale	Grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveau-nés nécessitant des soins dispensés en services de soins intensifs et de réanimation néonatale	Nouveau-nés présentant une ou plusieurs pathologies aiguës ou sortant de l'unité de réanimation néonatale

Source : Cour des comptes – Rapport décembre 2014

## Annexe 3

### Encadré 2 : Restructuration des maternités suite à la réforme de 1998

Une hiérarchisation des problématiques de santé pendant la grossesse a été opérée afin de diriger les femmes vers des établissements adéquats à leurs besoins. La plus haute technicité correspond au type 3 de maternité pour des femmes ayant des complications sévères pour elle ou leur bébé pendant la grossesse. La répartition des professionnels de santé a donc évolué, rassemblant le plus de professionnels et de spécialités dans les maternités de haute technicité. La fermeture des maternités n'offrant pas le plateau technique minimum des maternités de type 1 s'est fait ressentir fortement (1 369 maternités en 1975 à 520 en 2015) (Bizard, 2018). Des maternités quant à elles ont fusionné, tout ceci modifiant géographiquement l'offre de soins notamment dans les zones les moins peuplées et allongeant pour certaines femmes la distance les séparant d'une maternité répondant aux nouvelles normes de sécurité. Ceci constituant des inégalités territoriales de santé. De plus, le choix de la maternité par les femmes enceintes a évolué. Tout d'abord médicalement, il est soit restreint si la grossesse est pathologique, soit varié (entre les trois types de maternité) si la grossesse ne présente aucune complication. Enfin géographiquement, il est en fonction de l'offre de maternités se trouvant dans un périmètre plus ou moins proche de la femme, notamment en zone rurale.

## Annexe 4

### Encadré 3 : Les critères d'inclusion et les conditions de réalisation des entretiens auprès des femmes

Les critères d'inclusion pour participer à l'enquête étaient pour les femmes :

- D'être hospitalisées en suites de couches consécutivement à leur accouchement et la naissance de leur enfant ;
- D'être d'accord pour participer à l'enquête ;
- D'être disponibles pour un entretien de 20 à 30 minutes, voire plus ou moins selon leurs possibilités.

La réalisation des entretiens auprès des femmes était faite aux conditions :

- Qu'ils n'interfèrent ou ne dérangent la réalisation des soins, la priorité leurs étant faite ;
- Qu'ils puissent être interrompus à tout moment par la femme ;
- Que l'enquêtrice sorte de la chambre en cas d'interruption pour réalisation de soins ;
- Que les entretiens soient repris après interruption, uniquement avec l'accord de la femme ;
- Que les conjoints soient autorisés à rester et à participer à l'entretien si la femme le souhaitait ;
- Que l'anonymat des personnes interrogées soit garanti.

## Annexe 5

### Encadré 4 : Les critères d'inclusion et les conditions de réalisation des entretiens auprès des professionnels

Les critères d'inclusion pour participer à l'enquête étaient pour les professionnels :

- De travailler à la maternité dans l'un des services (salle de naissance, suites de couches, consultations), toutes catégories professionnelles (médicale, paramédicale, administrative) ;
- D'être disponible et d'accord pour participer à l'enquête.

Les entretiens auprès des professionnels se faisaient sous certaines conditions :

- L'entretien se faisait là où le professionnel le souhaitait, de préférence dans un endroit où la discussion pouvait être aisée ;
- L'entretien se faisait au moment le plus opportun pour le professionnel, pour ne pas gêner le bon déroulement des soins ;
- L'entretien pouvait être interrompu à n'importe quel moment selon le souhait du professionnel ;
- L'entretien était anonyme.

## Annexe 6

### **Projet TRASOPER - Guide d'entretien avec les femmes suivies à la maternité**

*Présentation – consentement – explication de l'anonymisation de l'entretien*

#### **Histoire des grossesses**

J'aimerais que vous me racontiez comment vous avez appris que vous étiez enceinte.

Relances : comment avez-vous réagi ? Était-ce une surprise ?

J'aimerais que vous me parliez de vos grossesses précédentes.

Relances : accouchements ? Fausses-couches ? Avortements ? Dans quel pays ? Comment les professionnels se sont-ils comportés avec vous ? Quels bons/mauvais souvenirs avez-vous ?

Revenons à la grossesse actuelle : Comment s'est-elle déroulée ?

Avez-vous rencontré des problèmes médicaux pendant la grossesse ? Par exemple, diabète gestationnel ?

Avez-vous eu/fait un projet de naissance ?

Comment ont évolué vos relations avec votre conjoint/famille/belle-famille/collègues et employeur ?

Comment avez-vous été suivie jusqu'à maintenant ?

Comment avez-vous choisi cette maternité ?

Comment les professionnels se comportent-ils avec vous ?

Comment vous êtes-vous sentie pendant cette grossesse par rapport à l'accompagnement que vous avez eu ?

Quelles ont été vos craintes/attentes pour l'accouchement ? Par exemple à propos de l'épisiotomie, de la césarienne...

Et ensuite ?

Relances : retour à la maison, allaitement, mode de garde, projet professionnel de la femme.

#### **Histoire conjugale**

Comment avez-vous rencontré votre conjoint ?

Comment a réagi votre famille ?

Est-il ici (en France) avec vous ? Et votre famille ?

Comment a-t-il réagi à l'annonce de cette grossesse ?

Qui s'occupe de quoi dans votre couple ?

Relances : école des enfants, courses, repas, santé des enfants, ménage.

#### **Socialisation médicale**

En général, vers qui vous tournez-vous en cas de problème de santé ?

Relances : famille, ami.e.s, médecin généraliste/spécialise, autre...

Et pour ce qui concerne les problèmes de santé de femmes ?

Comment ça se passe en général quand vous n'êtes pas d'accord avec un professionnel de santé sur la cause de votre problème ou sur son traitement ?

Et pendant cette grossesse ?

Y-a-t-il des sujets abordés par les professionnels de santé que vous n'avez pas compris pendant votre grossesse ? Lesquels ? Cela est-il arrivé souvent ?

Que faites-vous lorsque vous ne comprenez pas quelque chose dont vous parle l'obstétricien ? Ou un autre professionnel de santé (sage-femme, infirmière...) ?

Pouvez-vous évoquer un exemple d'incompréhension pendant votre grossesse ?

J'aimerais que vous me racontiez une fois où ça s'est **très bien** passé avec un professionnel de santé, dans votre vie.

Et pendant une grossesse ?

J'aimerais que vous me racontiez une fois où ça s'est **très mal** passé avec un professionnel de santé, dans votre vie.

Et pendant une grossesse ?

**Informations à recueillir en fin d'entretien si elles n'ont pas été abordées en cours d'entretien :**

Age

Gestité (nombre de grossesses), parité (nombre d'enfants)

Situation maritale

Profession ego, conjoint, parents, fratrie

Dernier diplôme obtenu

Education religieuse

Expérience

politique/associative/syndicale/humanitaire

Pays de naissance

Age et Raison(s) de la migration le cas échéant

Lieu d'habitation

Situation administrative (titre de séjour)

Couverture sociale

## Annexe 7

### Projet TRASOPER - Guide d'entretien avec les professionnel-le-s (médecin, sage-femme ...) de la maternité

#### Parcours professionnel – trajectoire de vie

- Poste :
- Age :
- Ancienneté dans le métier :
- Ancienneté dans la maternité :
- Parcours professionnel antérieur :
- Profession du conjoint et des parents :
- Lieu de résidence :
- Engagement social (actuel ou passé) : militant, politique, religieux

#### Mode d'exercice/type d'emploi/spécificités de l'établissement et de la patientèle

- Libéral ou salarié/ secteur I/ secteur II
- Perception des avantages/contraintes de leur statut

- Pourquoi et comment est-il/elle arrivé(e) à la maternité ?
- Spécificités de travailler dans cette maternité (mode de gouvernance, normes, caractéristiques de la patientèle)
- Qui sont vos patients (catégorisation des femmes enceintes) ? Quels types de suivis souhaitent-elles (selon les catégories énoncées) ?

#### Le service / Travail en équipe

- Comment est composé le service (nombre et type de professionnels, horaires, organisation du travail, file active) ?
- Conditions matérielles de travail et charge de travail ?
- Relations avec la direction/les directions ; avec les collègues, le chef de service.
- Lien avec la médecine de ville.

- Il y a-t-il des contraintes institutionnelles qui ont un impact sur le fonctionnement du service et votre pratique professionnelle ? Lesquelles ?

#### L'équipe médicale/paramédicale

- Déroulement des staffs professionnels ? Fréquence et objet des staffs ?
- Existe-t-il une procédure en cas de situation complexe avec un patient ? Et quels exemples concrets ?
- Existe-t-il une procédure formelle/institutionnelle ou régulation informelle au sein du service ?
- Existe-t-il une vision partagée des objectifs du service ?
- Depuis que vous êtes arrivé(e) dans cette équipe, il y a eu des situations/comportements/pratiques qui vous ont surpris (positivement ou négativement) ? Lesquels ?
- Comment sont traités les EIAS<sup>4</sup> ? Pouvez-vous nous donner un exemple ?
- Avez-vous des questions que vous aimeriez traiter dans l'équipe : par exemple, des questions importantes à

---

<sup>4</sup> EIAS : évènements indésirables associés aux soins.

- proposer ou particulièrement « choquantes » ? Si oui, avez-vous l'occasion de les évoquer ? Avec qui ? Où ?
- Cultures professionnelles, différences entre différents professionnels du service ?
  - Existe-t-il un projet de service ? Contenu. Comment a-t-il été élaboré ?

### **Pratique professionnelle/ Rapport aux patientes/entourage**

- Pouvez-vous nous parler de votre travail, vos attentes et vos frustrations par rapport à votre pratique professionnelle ? Le fonctionnement de l'équipe ? Les rapports aux patientes ?
- Comment organisez-vous le suivi des patientes ?
- Observance des patientes ?
- Comment ces patientes envisagent leur grossesse ?
- Comment cela se passe quand vous n'êtes pas d'accord avec l'avis de la patiente ?
- Comment « négociez » - vous avec la patiente (préciser des situations

en consultation et en salle de naissance) ? Vous appuyez-vous sur vos confrères ? Sur l'entourage de la patiente ?

- Pouvez-vous nous raconter concrètement comment s'est passé la dernière fois que vous avez été confronté à ce type de situation (de point de vue divergent avec la patiente) ?
- Comment négociez-vous entre professionnels ?
- Dans quel type de consultation vous sentez-vous particulièrement utile ou mal à l'aise ? Pouvez-vous nous raconter quelques situations ?

### **Après la grossesse**

- Comment préparez-vous à l'allaitement des femmes ?
- Autres ?

## Annexe 8

Tableau 2 : tableau récapitulatif des entretiens réalisés auprès des femmes en suites de couches aux Eglantines

ENTRETIENS FEMMES – LES EGLANTINES									
Numéro d'entretiens	Notes ou enregistrement	Langue	Date	Equipe	Evènement sanitaire	Migration	Durée entretien	Retranscription	Observation ambiance
1	pas enregistré		01/04/2019	Clélia et Marielle	césarienne	Algérie	notes écrites	Marielle	Couple classe moyenne; Femme très dynamique, très apprêtée, assise sur son lit, bébé dans berceau, télé allumée et baisse le son à notre arrivée; Père présent, aller-retours "pizza-clope"
2	enregistré		01/04/2019	Clélia et Marielle	violence obstétricale		39 min 46 s	Marielle	Couple classe moyenne, famille recomposée; Femme fatiguée mais plutôt sereine assise sur son lit; Conjoint assis dans le fauteuil intervient sur soin; Bébé dans berceau
3	enregistré	ANGLAIS	01/04/2019	Clélia et Marielle		Philippine	35 min 30 s	Joanne	Femme seule, philippine, dans une chambre double, attention portée à son apparence; Bébé prend biberon dans ses bras pendant l'entretien, elle assise au bord du lit; Nourriture dans la chambre
4	enregistré		01/04/2019	Clélia et Marielle	épisiotomie		33 min 20 s	Marielle	Couple classe moyenne; Jeune femme angoissée assise sur un coussin sur une chaise; Père qui câline sa fille dans le fauteuil et intervient sur soin; Thé bio, fruits secs et fruits dans la chambre
5	enregistré		01/04/2019	Marielle			32 min 10 s	Marielle	Couple classe moyenne tous 2 indépendants; 2ème enfant; Conjoint dans fauteuil sur son ordi en retrait du lit; Femme dans le lit avec bébé dans les bras puis le met au sein
6	enregistré		01/04/2019	Clélia et Marielle			47 min 20 s	Marielle	Femme seule journaliste puis conjoint (roumain) arrive à la fin de l'entretien; Couple classe moyenne; Femme sur son lit avec bébé face à elle dormant au milieu du coussin d'allaitement posé sur le lit; Femme se gratte le pansement situé sur sa main gauche (voie intra veineuse)
7	enregistré		01/04/2019	Clélia et Marielle			21 min 34 s	Marielle	Couple recomposé classe moyenne; Femme(37) et conjoint (42) assis sur lit et fauteuil, l'un en face de l'autre à la tête de lit et bébé dormant dans son berceau au pied du lit; Femme attentive à son apparence

8	enregistré	01/04/2019	Clélia et Marielle	FIV/césarienne	Algérie	15 min 26 s	Marielle	Femme seule, architecte, FIV retour de couche, assise sur son lit les jambes allongées et porte de hauts bas de contention blancs; Bébé dort dans son berceau; Mère parle de ses 2 grossesses de façon décousue et avec divers événements marquants
9	enregistré	01/04/2019	Clélia et Marielle	lien mère et bébé	Polonaise et naturalisée française	40 min 21 s	Marielle	Femme célibataire, polonaise et naturalisée française, cadre sup, bébé au sein dans le fauteuil puis pleure, elle se lève et le berce, il s'endort et elle le berce en nous parlant; Mère très dynamique, contente de participer à l'enquête, habillée en pyjama ou confortable et portant une ceinture dorso-abdominale; Chambre remplie d'affaires personnelles
10	enregistré	01/04/2019	Clélia et Marielle	hématome		47 min 25 s	Christiane	Femme seule, psychologue, post partum complexe, père prépare leur retour à la maison (affaires déjà ramenées), bébé dans berceau proche du lit puis le met au sein car pleure; Femme habillée confortable, assise dans son lit
11	enregistré	01/04/2019	Clélia et Marielle	FIV		25 min 32 s	Marielle	Femme seule (plus jeune que les autres) puis conjoint arrive vers la fin de l'entretien, il intervient sur la question de l'allaitement; Femme apprêtée et habillée, assise sur son lit, regarde et met la main sur son bébé qui dort dans le berceau tout en nous parlant; Chambre rangée
12	enregistré	01/04/2019	Marielle	voie basse	ETHIOPIEN ANGLAIS interprète=conjoint	26 min 39 s	Joanne	Couple éthiopien dans chambre double; Femme parle Somali et un tout petit peu anglais, conjoint parle somali et anglais, traduit à sa femme, parfois répond sans lui avoir posé la question car connaît la réponse ou la donne de lui-même, femme comprend un peu ce que je dis; Bébé au sein de sa mère allongée dans le lit; Père allongé sur une couverture par terre puis debout près du lit; Affaires posées sur le lit d'à côté;
13	enregistré	01/04/2019	Marielle	spatules		26 min 42 s	Pas faite	Femme seule apprêtée, ne semble pas fatiguée et parle de son caractère très dynamique, assise sur le lit en tailleur; Bébé dans berceau dort à coté du lit; Conjoint parti travaillé; Chambre rangée, valise sur table
14	enregistré	01/04/2019	Marielle	spatules épisiotomie		27 min 31 s	Christiane	Père présent, investit, parle, s'occupe de son bébé, le stimule pour le réveiller pour la tétée (le masse, le déshabille, lui change la couche... puis appelle l'auxiliaire car n'arrive pas à le réveiller). Mère allongée à plat dans son lit, habillée, une perfusion branchée sur sa main gauche. Contraste entre mère calme allongée dans son lit parle d'une voix plutôt posée et père qui virevolte pour réveiller son fils en parlant assez fort et volubile, enthousiaste. Interruption de l'entretien car tétée mais questions pas tout à fait finies.

15	enregistré	01/04/2019	Marielle	déclenchement après terme	23 min 44 s	Christiane	Couple classe moyenne; Projet d'aller habiter au vert, pour le moment garde de la 1ère assistante maternelle, mais pour la 2ème ne savent pas. Père présent dans fauteuil, intervient peu. Mère assise dans son lit, bébé dans berceau à portée de main de maman. Mère sort de la douche coiffée, habillée au naturel.
16	enregistré	01/04/2019	Marielle	césarienne diabète gestationnel	53 min 51 s	Partielle/Marielle	Classe moyenne dans le 78; Mère habillée, coiffée, lit un livre dans son lit pendant que bébé dort. Puis le met au sein quand se réveille et pleure. Femme dynamique, souriante et bavarde.
17	enregistré	01/04/2019	Marielle	sans problème	19 min 59 s	Christiane	Mère classe moyenne origine populaire; Mère jeune 24 ans 2ème enfant. Visite de son père se termine. Chambre rangée, mère habillée, apprêtée chemise à manche longue.
18	enregistré	01/04/2019	Marielle	voie basse sans épisiotomie	22 min 9 s	Christiane	Mère dans son lit, pas encore préparée, souriante, bébé dort dans son berceau puis se réveille, volets encore tirés laissent passer un peu de lumière. Appelle son fils "mon amour", lui parle. Père n'a pas assisté à l'accouchement car les 2 ne le souhaitent pas.
19	enregistré	01/04/2019	Marielle	voie basse sur utérus cicatriciel	21 min 42 s	Christiane	Couple classe moyenne, père allemand parle allemand à ses enfants. Mère est dans le fauteuil, parait difficile de rester assise sur le fauteuil; Père dans le lit avec sa fille dans les bras qui dort tranquillement. Mère habillée, coiffée au naturel, sortant de la douche.
20	enregistré	01/04/2019	Marielle	accouchement parking Yougoslave	1 heure 25 min 40 s	Christiane	Couple classe moyenne supérieure ; Mère dans son lit, bébé dans le berceau puis dans les bras et au sein. Mère en pyjama, détendue, souriante, volubile. NB : Banque où jusqu'à 2 ans de congé après accouchement. Père non présent polonais, parti faire la déclaration à l'état civil.
21	enregistré	01/04/2019	Marielle	FIV déchirure	26 min 57 s	Christiane	Classe moyenne; Mère apprêtée dans son lit, habillée et coiffée au naturel; A sa fille dans ses bras qui dort. Calme et posée, plutôt détendue, quelques soupirs. Même chambre que pour sa première fille.
22	enregistré	01/04/2019	Marielle	spatules déchirure infection bébé	34 min 51 s	Christiane	Classe moyenne; Femme dans son lit, souriante, son bébé sur elle qui dort, a le hoquet puis passe. Mère le regarde régulièrement et a une main posée sur lui.

23	enregistré mais entretien interrompu et non repris	01/05/ 2019	Georgina et Marielle	3 fausses couches, accouche ment petites complication s	6 min 46 s	non retranscrit	Classe moyenne; mère en robe de chambre type tissu satin; père martiniquais. Entretien rapidement interrompu pour un soin. Et non revus car sortis ensuite.
24	enregistré	01/05/ 2019	Marielle et Georgina	problème d'attacheme nt à son bébé suite à 1er accouche ment	35 min 29 s	Christiane	Femme seule allongée sur son lit, coiffée, maquillée, bas de contention noirs. Quand se lève trop vite, vertiges. Bébé dans berceau face à la fenêtre avec tétine. Mère se lève pour lui remettre quand il pleure. Chambre bien rangée.
25	enregistré	01/05/ 2019	Marielle et Georgina	acupuncture, J+1 G2 P2	24 min 58 s	Maryse	Papa dans fauteuil, mère sur le lit avec bébé dans les bras, calmes. Voix calmes, mère paraît un peu fatiguée mais souriante. Habillée d'un gros pull, coiffée naturelle.
26	enregistré	01/05/ 2019	Marielle	spatules/épis iotomie, stress médical	30 min 39 s	Christiane	Femme seule car mari parti manger. En chambre double, donc Mme ne veut pas déranger et nous parlons à voix basse. Mme est en chemise de nuit type soie, manches longues. Allongée sur le côté, fini de manger. Puis s'assoit dans son lit avec un oreiller entre les jambes car douleurs. Berce son enfant dans son berceau. Entretien interrompu car bébé pleure et Mme va l'allaiter. Stress médical de Mme avec une maîtrise de son corps.
27	enregistré	01/05/ 2019	Marielle	FIV échec puis grossesse naturelle + césarienne Argentine	27 min 25 s	Marielle	Femme seule dans sa chambre au fauteuil avec son bébé au sein finissant l'allaitement de son fils qui s'est endormi. Sein découvert pendant une bonne partie de l'entretien. Léger accent. Affaires un peu partout dans la chambre. Habillée confortablement type pyjama confortable, pas vraiment coiffée, voix calme, basse. Légers sourires parfois.
28	enregistré	01/05/ 2019	Marielle	G1 césar prééclampsie et G2 déclenche ment J+2 VB	29 min 22 s	Marielle	Père présent, semble avoir été très investi pendant la grossesse. Parle pour décrire l'accouchement. Père debout près de la mère qui est assise dans le fauteuil avec bébé au sein. Accouchement dans la nuit. Ne semble pas fatiguée, est détendue et souriante. Le père également.

29	enregistré (mais a raté donc seulement 3 minutes)	01/05/ 2019	Marielle	césarienne	Bulgare	2 min 53 s + notes écrites	Marielle	Couple présent. Père dans fauteuil, mère dans le lit sous les draps, pas coiffée, bébé dort dans berceau de l'autre côté du lit par rapport à son père. Chambre double, personne à côté. Père me propose une chaise et s'installe dans le fauteuil. Mère a parfois des mots qui lui manquent en français. Entretien interrompu quelques minutes pour un soin, je sors de la chambre. A la fin de l'entretien le père me dit qu'il souhaite avoir l'enregistrement pour le faire écouter aux soignants, puis le père me dit surtout que ce serait pour eux et que sa femme serait très contente de l'avoir.
30	enregistré (Maud)	01/05/ 2019	Maud et Marielle	voie basse		15 min 7 s	Christiane	Mme est habillée en noir, t-shirt, legging, en tailleur dans son lit. Cheveux tirés en arrière en chignon. Pas maquillée. Parait fatiguée mais souriante et détendue. Regarde son bébé de temps en temps qui dort dans le berceau. Mme souriante, curieuse de nos questions.
31	enregistré	01/05/ 2019	Maud et Marielle	voie basse péridurale	Chinoise	23 min 38 s	Christiane	Mère seule dans sa chambre avec son bébé dans le berceau puis le prend dans ses bras et le berce. Fini de lui donner le biberon. Habillée en chemise de l'hôpital. Assise sur le bord du lit les jambes croisées. Parle avec un accent prononcé, très bonne compréhension du français et élocution.
32	enregistré	01/05/ 2019	Paula et Marielle			38 min 57 s	Christiane	Couple, mère dans son lit en pyjama, pas coiffée, père assis sur une chaise au pied du lit tenant sa fille dans ses bras, emmitouflée dans pyjama, gigoteuse et bonnet. Couple calme, souriants et complices. Nous remerciant pour l'entretien.

Légende du tableau 2 :

	entretiens analysés
	entretiens non analysés
	jours d'enquête différents

## Annexe 9

Tableau 3 : tableau récapitulatif des entretiens réalisés auprès des professionnel.le.s de la maternité des Eglantines

ENTRETIENS PROFESSIONNELS – LES EGLANTINES									
Numéros d'entretien	Notes ou enregistrement	Date	Catégories professionnelles	Equipe	Etage	Genre	Durée d'entretien	Retran scription	Observations
1	Enregistré	18/04/2019	Sage-femme	Maud et Marielle	salle de pause fermée 1er étage suite de couches	F	52 min 49 s	Marielle	Calme posée voix douce, rit parfois ; Emotive (larmes aux yeux) lors du souvenir de son propre IVG à 16 ans. Tunique rose.
2	Enregistré	18/04/2019	Médecin obstétricien	Maud et Marielle	bureau des médecins	M	53 min 17 s	Marielle	Dynamique, ses collègues l'invitent à un repas pour son anniversaire. Blouse blanche sur habits civils.
3	Enregistré	25/04/2019	Sage-femme	Marielle	salle de pause ouverte 3ème étage salle d'accouchement	F	36 min 55 s	Joanne	Entretien dans la salle de pause car quand je lui propose de le faire dans un endroit isolé elle répond qu'elle n'a "rien à cacher". Collègue à elle sur fauteuil à côté qui regarde sur son téléphone. S'en va en cours d'entretien. Les autres collègues passent mais ne s'arrêtent pas dans la salle de pause. Porte ouverte, la sage-femme a la voix qui porte. Tenue bleue, maquillée, cheveux lissés et lâchés, à l'aise, sollicite ses collègues une fois en leur parlant plus fort pour une question, sans les voir (elles sont dans la pièce à côté).
4	Enregistré	25/04/2019	Médecin anesthésiste	Marielle	salle de pause ouverte 3ème étage salle d'accouchement	F	34 min 28 s	Joanne	Au début dit qu'elle ne sait pas si son discours peut être intéressant. Se présente médecin anesthésiste (ont toutes la même tenue bleue sans distinction visible selon catégories de professionnels). Porte un gilet par-dessus sa tunique et le ferme en croisant les bras. Sourit, voix +/- forte selon ce qu'elle dit (basse quand dit des choses sensibles). Entretien dans la salle de pause avec sage-femme à côté car ne souhaite pas aller dans une autre pièce. Puis autres professionnelles entrent et s'installent. Nous nous mettons dans un petit coin de la pièce pour mieux s'entendre.

5	Enregistré	25/04/2019	Auxiliaire de puériculture	Marielle	pouponnière fermée 3ème étage salle d'accouchement	F	50 min 20 s	Joanne	Volontaire pour participer, Mme attend de finir un soin pour être disponible. Mme propose d'aller dans la pouponnière de l'étage (salle d'accouchement). Insiste pour que je prenne le fauteuil et elle le tabouret... Après essai de lui faire prendre le fauteuil, je n'insiste pas et m'assois. Porte fermée. Porte un foulard bleu sur les cheveux de la même couleur que sa tunique et porte une surblouse bleu foncé. Souriante ++ et "yeux qui brillent" quand évoque les bébés, les mères, et les accouchements qui se passent bien.
6	Enregistré	25/04/2019	Sage-femme	Marielle	salle de pause 2è étage suite de couches	F	35 min 9 s	Marielle	Mme croisée dans le couloir du 2ème étage, a 30 minutes pour l'entretien. Est habillée en civil. Propose la salle de pause. S'assoit dans un fauteuil et moi sur une chaise à la table. Très volontaire pour participer. Regard interrogateur et "suspicieux" parfois pendant l'entretien. Exprime des choses qu'elle ne souhaite pas ébruiter concernant un désaccord avec la cadre sup. Entretien principalement sur l'allaitement.
7	Enregistré	25/04/2019	Infirmière	Marielle	pouponnière 3ème étage salle d'accouchement	F	25 min 4 s	Pas faite	Ne se propose pas d'elle-même, mais lui dit que si elle a le temps et l'envie de participer. Dit qu'elle ne sait pas si son discours sera "intéressant" pour l'étude. Tunique bleue, maquillée, cheveux plus ou moins attachés. S'assoit dans le fauteuil, paraît légèrement recroquevillée, regards interrogateurs au début.
8	Enregistré	25/04/2019	Auxiliaire de puériculture	Marielle	salle de pause 2è étage suite de couches	F	48 min 5 sec	Pas faite	Très partante et dispo tout de suite. Service calme. Diction articulée et prend le temps de construire ses phrases. Peu d'hésitations dans sa façon de parler. Mains jointes, avant-bras sur la table, puis ponctue son discours avec ses mains. Se tient droite sur sa chaise. Tunique blanche, maquillée, cheveux attachés en arrière. Face à face autour de la table.
9	Enregistré	30/04/2019	Sage-femme	Marielle	salle de pause du 2è étage suite de couches	M	1 heure 3 min 30 s	Joanne	Disponible immédiatement, service calme, intéressé par l'étude. Calme, à l'aise, maîtrise de la diction, s'exprime clairement sans beaucoup d'hésitations sur son point de vue.
10	Enregistré	03/05/2019	Cadre sage-femme	Marielle	bureau de la cadre	F	58 min 58 s	Marielle	Cadre très dynamique, n'ayant pas de difficultés à exprimer ses opinions. Premier rendez-vous pour entretien annulé car journée chargée. Pour cet entretien est disponible et intéressée pour participer. Habillée en civil.

11	Non enregistré	03/05/2019	ASH	Marielle	Salle de pause suite de couches	F	environ 20 min	Marielle	ASH qui me rappelle que nous devons nous voir. Ne souhaite pas être enregistrée. Souriante, très polie. M'avait dit au préalable "je ne suis qu'ASH" quand je lui avais proposé un entretien. Uniforme blanc, maquillée, très attentive à l'autre (collègues, moi-même). Souhaite me faire la bise à la fin de l'entretien.
12	Enregistré	07/05/2019	Auxiliaire de puériculture	Marielle	Salle de pause suite de couches	F	45 min 40 s	Joanne	Ne se propose pas d'emblée, mais je la recroise et lui demande par rapport à la toise (une conversation à laquelle j'avais assisté dans le couloir), je lui dis que si elle souhaite participer à l'étude, j'ai du temps pour m'entretenir avec elle. Et me dit que pourquoi pas, qu'elle ne sait pas ce qu'elle pourrait dire d'intéressant. Je lui réponds que tout le monde nous intéresse. Habillée d'un uniforme blanc.
13	Enregistré	10/05/2019	Auxiliaire de puériculture	Maud et Marielle	Pouponnière de naissance	F	31 min 31 s	Joanne	Service salle de naissance calme, il y a une césarienne qui va débiter donc a un peu de temps avant d'accueillir le bébé. Intéressée de participer après que nous lui présentions l'étude. Habillée en uniforme bleu.
14	Enregistré (Maud)	10/05/2019	Infirmier	Maud et Marielle	Pouponnière de naissance	M	20 min 30 s	Joanne	Présentation du projet, dit être intéressé. Puis nous le recroisons, son collègue sage-femme lui dit qu'il a participé et qu'il peut bien y aller aussi (plaisantent entre eux). Ne sait pas s'il a des choses intéressantes à dire. Finalement accepte. Au début de l'entretien, reste évasif sur certaines choses sur lesquelles nous revenons, détaille un peu plus. Parle d'une voix faible à certains moments "délicats" de l'échange. Habillé d'un uniforme bleu.
15	Enregistré (Maud)	10/05/2019	Médecin obstétricien	Maud et Marielle	Salle de naissance	F	1 heure 1 min 40 s	Christiane	De garde en salle de naissance, disponible car service calme. Est anténataliste, c'est-à-dire spécialisée dans l'écho fœtale et détection de pathologie fœtale. Pratique les interruptions médicales de grossesse (référente aux Eglantines). Très affirmée, dynamique. Uniforme blanc avec blouse blanche par-dessus.
16	Enregistré	10/05/2019	Médecin obstétricien	Maud et Marielle	bureau des médecins	F	56 min 25 s	Joanne	Doit faire du temps administratif mais disponible volontiers. Nous expose elle-même qu'elle exerce ici sa clause de conscience.

17	Enregistré	14/05/2019	Aide-soignante	Marielle	salle des parents	F	1 heure 8 min 23 s	Joanne	Croisée la veille mais occupée, nous avait dit peut-être être disponible ce jour. Service calme donc disponible. A le téléphone avec elle.
18	Non enregistré	14/05/2019	Sage-femme	Marielle	dans le cadre de l'observation de consultation	F	notes écrites	Marielle	Propos recueillis par écrit avec son accord lors d'échange entre nous, lors d'attente des patientes dans le cadre de l'observation de sa consultation sage-femme. Très intéressée par l'étude.
19	Enregistré (Maud)	16/05/2019	Pédiatre	Maud	bureau du pédiatre	F	?	Christiane	Pas de notes d'observation
20	Enregistré	23/05/2019	Psychologue	Paula et Marielle	bureau des psychologues	F	35 min 10 s	Pas faite	Nouvelle psychologue. Ne veut pas s'asseoir dans le grand fauteuil et dit que d'habitude elle ne s'y assoit pas. Habillée jean et t-shirt.
21	Enregistré (Maud)	23/05/2019	Psychologue	Maud	bureau des psychologues	F	23 min 16 s	Christiane	Pas de notes d'observation
22	Non enregistré	23/05/2019	Médecin obstétricien	Paula et Marielle	salle de pause de la salle de naissance	M	notes écrites	Marielle	Discussion informelle avec chef de service, dans salle de pause de la salle d'accouchement. Habillé en uniforme vert et blouse blanche. Prend son café au lait avec un croissant et attend que la patiente soit installée pour la césarienne, attend le feu vert de l'infirmière.
23	Enregistré	24/05/2019	Cadre supérieure	Marielle	bureau de la cadre sup	M	56 min 25 s	Partielle / Marielle	En retard de 30 à 45 minutes car doit gérer la suite de la gestion de crise d'hier ; voit la psychologue puis monte dans les étages ; revient ensuite pour l'entretien. Habillée jean, chemise, baskets.

Légende du tableau 3 :

	entretiens analysés
	entretiens non analysés
	jours d'enquête différents

## Annexe 10

Tableau 4 : Les chiffres clés de la maternité pour l'année 2018

- **2 453 accouchements réalisés**
- **18 %** d'accouchements avec **césarienne**
- **89 %** d'accouchements avec **péridurale**
- **3 % d'épisiotomies**
- **14 %** de **sièges voie basse**
- **83 %** d'**allaitement** maternel
- **2%** de transfert néonatal

Source : site internet du groupe hospitalier – page internet de la maternité les Eglantines

## Annexe 11

### Encadré 5 : L'organisation des maternités de type 3

L'organisation du travail des maternités de type 3 semble contraindre les relations humaines de qualité et un accompagnement global des femmes. Une sage-femme, ayant travaillé dans une maternité de type 3 pratiquant plus de 5 000 accouchements par an, y décrit un travail organisé à la chaîne, où la femme venant accoucher passe par des étapes avec des lieux et des professionnels différents au cours du même accouchement. Cela n'est pas sans rappeler le taylorisme, forme d'organisation scientifique du travail pensée face à une industrialisation croissante désordonnée et peu efficiente (Inconnu, 2019). Ce type d'organisation en maternité est décrit et vécu comme un empêchement à l'accompagnement global de la femme et de son nouveau-né, où les relations humaines en sont absentes. Dans certains discours recueillis, le rejet des maternités publiques de grande taille est fort car il est associé à un vécu très négatif de la part des professionnels. Ce vécu vient se confronter à l'image que se faisait le professionnel de sa pratique et tous les deux s'avèrent incompatibles. Il y a une dichotomie forte exprimée entre relations humaines bienveillantes et les maternités publiques de type 3.

De plus, la maîtrise du risque, qui est à son maximum en maternité de type 3, souhaite ne pas laisser le choix de la prise en charge aux professionnels, en standardisant de plus en plus les soins par des protocoles (Azria, 2013). Les professionnels dans ce travail à la chaîne et compartimenté, se retrouvent dans l'obligation de les suivre, ne pouvant faire appel à leur savoir expérientiel ni même leur volonté d'adaptation aux patients. C'est donc la décision humaine qui est remise en cause dans les grandes maternités. Et c'est cela que semblent contester les professionnels rencontrés ici, notamment les sages-femmes, lorsqu'ils parlent d'un souhait de davantage d'humain dans leurs pratiques.

## Annexe 12

### Encadré 6 : Les femmes interrogées ayant fait l'expérience de l'assistance médicale à la procréation

Pour l'une le gynécologue l'a faite attendre deux ans, conformément aux recommandations, ce qu'elle qualifie d'années perdues :

*« Le problème c'est pas ici où ça a duré longtemps, c'est quand j'ai été suivie par une autre gynécologue donc du coup à qui je disais que je voulais avoir un enfant et qui m'a fait attendre du coup 2 ans minimum et c'est plus de 2 ans qu'elle m'a fait un courrier pour venir ici sauf ce qu'il disait du coup le médecin qui me suivait ici c'est que quand on a plus de 30 ans, on ne fait pas attendre plus de 2 ans comme à une jeune fille de 20 ans. En se disant qu'elle a un peu le temps. A 30 ans du coup en général y a les ovules qui vieillissent et donc du coup il faut faire très attention. Donc malheureusement en fait j'ai perdu comme ça du coup pratiquement 2 ans dans toute la procédure. », (femme algérienne de 35 ans environ, architecte, 2 enfants).*

C'est, d'après son récit, un autre gynécologue qui confirme que c'était une erreur d'attendre 2 ans. Les protocoles d'AMP ne semblent pas clairs en dehors des spécialistes et celui-là n'hésite pas à désavouer son collègue devant la femme. Cela semble provoquer chez elle une frustration quant à la planification d'avoir un enfant. Cette femme se retrouve entravée dans son désir d'enfant attendu et dépendante de l'intervention médicale qui ne s'adapte pas à sa temporalité. Elle voulait être mère au moins deux ans avant. Alors que de nos jours de plus en plus de femmes deviennent mères après 35 ans (21,3 % d'après l'enquête nationale périnatale (ENP) de 2016), le médecin alarme sur une prise en charge tardive après 30 ans, normalisant que toute tentative de procréation, naturelle ou assistée, doive se faire dans la tranche d'âge 25-35 ans, perçue comme idéale pour mettre un enfant au monde (Charrier & Clavandier, 2013). La représentation sociale de l'horloge biologique est associée à une représentation sociale de la famille idéale. Les professionnels de santé participent à une diffusion d'un certain modèle familial idéal (Charrier & Clavandier, 2013).

Ce modèle familial qui engendre l'urgence de désir d'enfant face à des amis qui ont tous réussis à en avoir : *« Non on est les derniers, non non vraiment les derniers. C'était ça qui était assez difficile en plus dans tout ce parcours, c'est que c'était pile au moment où tout le monde de notre entourage avait des enfants », (femme de 32 ans, inspectrice du travail, 1 enfant).*

La norme est encore considérée ici d'avoir un enfant au même moment que ses amis et de former une famille comme celle de ses amis. L'émotion est forte face à cet échec d'accéder à une grossesse et par là à la représentation d'une famille idéale. L'AMP devient la solution à cet échec, même si le parcours peut être difficile émotionnellement. Les couples et les professionnels partagent alors les mêmes normes.

*« Sinon les premières semaines de grossesse c'était un peu stressant, puisque bon toutes les femmes vivent la peur de la fausse couche précoce mais du coup quand on a eu des difficultés à obtenir une grossesse, je pense que c'est encore plus stressant parce que l'enjeu est voilà est plus important. Enfin en tout cas moi c'est mon avis. C'est comme ça que je le vivais. », (femme de 32 ans, inspectrice du travail, 1 enfant).*

Cette femme est partagée entre le fait de normaliser son parcours, vivre une grossesse comme les autres femmes, tout en voulant le singulariser par rapport à la pratique de l'AMP qui semble augmenter l'enjeu de garder la grossesse et par conséquent la peur de la perdre.

## Annexe 13

### Encadré 7 : Extrait de consultation médicale observée à la maternité

Une femme venue seule, souriante, 33 ans, travaille dans une agence de communication. Date prévue d'accouchement le 29 juillet. Elle consulte son carnet et son téléphone pour regarder ses notes et son agenda.

**Femme** : *quand j'ai des douleurs dans le bas ventre je ne sais pas s'il faut que je m'arrête de marcher ?*

**Docteur** : *c'est ligamentaire donc c'est davantage pour soulager la douleur. Votre dossier transfusionnel est ok. Vous prenez un traitement ?*

**F** : *non puis oui du fer. Elle pose une question sur le fait de prendre l'avion à six mois et demi de grossesse car elle doit aller à Nice.*

**Dr** : *je peux vous faire un certificat mais faut que vous voyiez les conditions de la compagnie aérienne.*

**F** : *elle regarde ses notes sur son téléphone et son carnet.*

**Dr** : *d'autres questions ?*

**F** : *oui par rapport à l'acupuncture, l'haptonomie ?*

**Dr** : *haptonomie, on ne fait pas ici. Acupuncture, oui pour les douleurs.*

**F** : *et du pilâtes pour se détendre ?*

**Dr** : *euh pour vous détendre je vous conseille un bon bouquin !*

**F** : *(rires)*

**Dr** : *d'autres questions ?*

**F** : *dans mon entourage j'entends beaucoup de grossesse où le bébé est mort, fausse couche tardive et ça m'angoisse.*

**Dr** : *les mouvements de votre bébé est un moyen de vous tranquilliser et de voir que tout va bien. S'il y a changement de rythme de votre bébé, mettez-vous au calme, secouez-le : si ok tout va bien, si pas ok vous nous appelez et vous venez pour voir. Ne pas rester avec votre inquiétude. Les accidents sont extrêmement rares.*

**Notes** : La femme enceinte regarde son téléphone pour poser les questions qu'elle avait identifiées et qu'elle avait notées pour s'en rappeler. Elle a donc anticipé les questions à poser au médecin, les a notées pour s'en rappeler, et les pose réellement le jour de la consultation. Ses questions portent sur des douleurs ressenties, un voyage en avion, la préparation à la naissance par des méthodes spécifiques et finalement sur une angoisse. Tout ce que la femme rencontre dans sa vie quotidienne semble lui amener des questionnements, qu'elle arrive par son organisation, à poser clairement au médecin. Le fait de poser une question révèle également une certaine confiance en elle, et un sentiment de légitimité à poser ses questions. Légitimité qui peut être validée par le médecin lui demandant si elle a des questions. Il n'y a pas de gêne, d'hésitations, de réponses ridicules.

## Annexe 14

### Encadré 8 : Extrait d'un entretien avec une cadre sage-femme sur son expérience en maternité de type 3

« Donc quand les dames arrivaient elles passaient aux urgences où le tri était fait, est ce qu'on les passe en salle ou pas ? Donc déjà quand la dame passait en salle de naissance elle avait déjà une blouse, elle était déjà admise, en gros y avait plus qu'à lui mettre un monito. [...] Déjà je ne les accueillais pas. Ensuite elles arrivent en général au moment d'avoir une péri parce qu'on les passait pas avant en salle. Donc il y a des dames aussi qui avaient très mal avant d'arriver en salle. (Et qui attendent ailleurs ?). Oui il y a un couloir attendant. (Qui attendent dans le couloir ?). Ouais et moi j'appelais ça le couloir de la mort, c'était horrible parce que comme ça tournait tout le temps dans cette maternité, y avait des femmes qui passaient, elles étaient déjà à 8 centimètres. Et elles géraient leurs contractions dans ce couloir-là, enfin bref. Et c'est un couloir avec des petites chambres qu'ils appelaient hospitalisation de jour donc c'était pour des temps très courts. Et donc la dame elle arrive, il faut lui mettre sa péri, donc c'est l'anesthésiste qui pose les péri seul, donc on n'est pas présentes non plus. Et en fait on n'a pas le temps parce que faut savoir que là-bas on a 3 à 4 patientes en même temps donc clairement poser une péri on n'a pas le temps. Donc la dame elle est perfusée par l'infirmière, sa péri est posée par l'anesth, nous on y va une fois par heure pour vérifier le col et voilà. Comme c'était beaucoup de patho, très souvent au final il y avait l'interne qui débarquait, alors en nous prévenant ou en nous prévenant pas, donc en plus on ne savait pas forcément qui était passé ect. Après on accouchait la dame ou le médecin si ça allait pas. Et une fois que l'accouchement était fait, on emmenait le bébé, on faisait un examen rapide. Ensuite on le laissait auxiliaires de puer et on ne le revoyait pas. Et la dame une fois qu'on avait enlevé le placenta, c'est les infirmières qui prenaient le relais du post-partum et on la revoyait pas. Donc en fait on accouchait une dame, on prenait le bébé pour aller s'en occuper et on la revoyait pas. Pour moi c'était vraiment pas du tout agréable. Après c'est un fonctionnement qui fonctionnait et quand on fait 5500 accouchements par an on n'a pas le choix que d'avoir ce fonctionnement-là. Mais en fait cette maternité voilà c'est un type 3 et c'est fait pour la pathologie. [...] Et les dames sont déjà dans un parcours qui fait qu'elles vont être moins dans le relationnel elles vont plus être focalisées sur leur pathologie ou celle de leur bébé. Donc au final elles sont moins à chercher une relation de confiance comme on peut beaucoup avoir ici où tout va bien. Et les quelques femmes qui allaient bien, du coup on les traitait comme les autres parce que c'était le fonctionnement et ces femmes-là, je pense, ça leur manquait vraiment. », (sage-femme puis cadre sage-femme, 28 ans, 6 ans de métier dont 5 aux Eglantines)

## Annexe 15

### Encadré 9 : Extrait d'observation d'une consultation médicale

Femme seule, vêtue d'habits en lin, maquillée notamment au niveau des yeux, parle lentement. 35-40 ans, première grossesse, terme en juillet, professeure de yoga spécialisée en diététique. Déjà venue en consultation dans le cadre de sa grossesse ici dernièrement car problème médical neurologique. Dit être perdue dans tous les documents à remplir pour son travail d'auto-entrepreneur et les documents de la grossesse.

**Docteur** : tout va bien sinon ?

**Femme** : oui sauf le travail

**Dr** : (décrit l'écho). Le médecin lui demande de se peser et lui dit 13 kgs depuis le début de la grossesse.

**F** : ça va !

**Dr** : non ça va pas du tout

**F** : (inspiration forte) vous vous rendez compte de comment vous me le dites ? (Pleure, médecin lui donne un mouchoir après avoir vu que son maquillage coulait de ses yeux).

**F** : j'en peux plus de ces gynécos masculins. Le mien aussi. Vous savez que la femme enceinte est fragile. Je ne comprends pas qui je dois voir, on m'avait dit que je verrai une sage-femme.

**Dr** : je vous entends, on va trouver qqun qui soit la plus à même de vous accompagner. ... je vous explique sans juger. ... Ecoutez-moi.

**F** : je suis danseuse, je suis mince comme ça (montre son petit doigt) et vous me dites ça. Ma mère avait pris 25 kgs, j'entends des femmes qui prennent 20 kgs... Vous ne me regardez pas depuis tout à l'heure, alors je ne vous regarde pas non plus.

*(je m'arrête de prendre des notes... je ne sais pas trop si je dois sortir... mais finalement je ne sors pas... je propose un autre mouchoir à la femme)*

**Dr** : le médecin reprend du temps pour explication du rdv (médecin, IRM, psy) et du test pour le diabète qui effectivement n'est pas obligatoire mais important pour savoir si votre bébé grossit trop et savoir si il y a besoin d'un régime. Il reconnaît avoir raté quelque chose dans leur communication.

**F** : (femme plus calme). J'aurai préféré que vous me disiez ça dès le début.

**Notes** : L'attitude du médecin et l'intonation de sa voix lorsqu'il lui reproche d'avoir pris trop de kilos, blessent la femme qui se sent infantilisée et blessée. Le médecin ne s'était pas rendu compte de sa

maladresse mais la femme sait le lui dire et se défend. Il reconnaît à la fin avoir raté quelque chose dans leur communication. La femme a su émettre son avis, son émotion et a été entendue.

## Annexe 16

### Encadré 10 : Extrait d'entretien avec le couple éthiopien

Dans une chambre double, le conjoint dort à même le sol, la femme est dans son lit souriante, le bébé dans le berceau dort. Le conjoint traduit les questions que je pose à Madame et me traduit ensuite en anglais. Madame est sur son lit, elle ne parle pas du tout anglais ni français. Dans cet extrait je parle avec le conjoint à propos de la traduction.

**Enquêteur : *And it is easy to ask something to the professionals here or ...***

*Conjoint : It is not easy because...we don't know. There is very many people here and we don't know.*

**Enquêteur : *And they speak English also?***

*Conjoint : They don't know English also. They know but we don't know who's speaking English. Some speak English, some they never speak. If you, if you, we prefer, if you know, you translate us.*

**Enquêteur : *Me, I cannot translate also. But the people who..***

*Conjoint : No, you know English, it's a difference. Your English is, we can understand. But in English the others, even they don't understand us.*

**Enquêteur : *But the thing is you can also ask maybe for translator. Sometimes in the professional maternity, they have translator.***

*Conjoint : Yes, yes, if and they do, I don't know, five six days ago. .... Lundi. Yeah, she get a translator.*

## Annexe 17

Encadré 11 : Extrait d'entretien avec le chef de service adjoint, également gynécologue-obstétricien dans l'association avec laquelle les Eglantines organisent un partenariat pour accueillir des femmes enceintes hébergées dans un centre d'hébergement d'urgence.

*« Et dans l'idée c'est de faire un circuit privilégié pour ces femmes en situation de vulnérabilité parce qu'exilées. Donc avec 3 axes : le premier axe c'est un axe de logistique, pour essayer de faire en sorte qu'elles puissent venir aux soins, parce que c'est un facteur limitant qui est vraiment très important ; le deuxième soin il est à la, à la formation à la transculturalité des équipes, qui est que ben on a nos habitudes avec nos petits caucasiens qui sont comme nous, mais on a un petit peu moins d'habitude avec des gens qui ne nous ressemblent pas complètement, parce qu'ils viennent d'ailleurs, parce qu'ils parlent lala, donc formation des soignants à la transculturalité ; et le 3ème point c'est les ressources de traduction [...] Donc voilà, avec ces 3 éléments là, et bien on va sélectionner un pool de soignants sur la base du volontariat qui veulent accueillir les femmes étrangères, on va dire d'une façon, parce qu'on a élargi un petit peu le projet, pour avoir cette formation à la transculturalité [...] donc les femmes qui sont pas nées en France, on les présume en situation de vulnérabilité, alors elles peuvent avoir la full vulnérabilité de l'exilée qui n'a pas de toit, pas d'argent, pas de rien du tout, très bien. [...] Mais celles qui sont nées ailleurs elles sont également en vulnérabilité parce qu'elles ont pas leur maman, elles ont pas leur racine, elles ont pas bon et celles-là aussi elles nécessitent un accompagnement, elles peuvent nécessiter un accompagnement. Donc dans l'idée ça va être de proposer à ces femmes d'avoir un fléchage de suivi de grossesse qui soit un peu adapté à elles, avec un entretien prénatal précoce systématique, qui est l'entretien du quatrième mois lors duquel on peut un petit peu évaluer toutes les fragilités. [...] les cours de préparation à la naissance ce sont des temps où on peut justement poser un peu comment l'accouchement il est conceptualisé, et il y a sept cours de préparation à la naissance pour madame tout le monde. Les femmes qui viennent de Somalie, d'Erythrée, d'Afghanistan qui sont les populations les plus fréquentes au centre d'hébergement d'urgence, c'est des femmes qui ont évidemment zéro cours de préparation à la naissance et celles-là, moi j'organise très régulièrement des cours de préparation, c'est des femmes qui ont accouché dans leur chambre, chez elles, avec une tradi-praticienne et qui viennent accoucher ici et donc on va leur expliquer qu'elles vont être à poil, perfusées, avec un type qui va leur foutre une aiguille dans le dos, avec des gens qui vont peut-être lui expliquer qu'il faut faire une césarienne ou une extraction avec un seul accompagnant qui .. Evidemment il faut l'expliquer [...] ça c'est la fonction des cours de préparation et qui permettent justement d'essayer de se mettre un petit peu à niveau et de voir un peu quelles sont les attentes. Donc ces cours de préparation on va essayer de les*

*organiser également pour faire un suivi de grossesse qui soit un peu posé, à l'hôpital, lors duquel on a pu essayer de s'entre-comprendre pour que l'accouchement se passe de façon plus douce. », (gynéco-obstétricien, 52 ans, adjoint chef de service, 20 ans d'ancienneté dont 6 aux Eglantines).*

**Notes :** Le dialogue entre les professionnels et les femmes d'origine étrangère, surtout celles en situation de précarité, semble être moins naturel que le dialogue avec les autres femmes. Le professionnel caractérise ici deux types de femmes d'origine étrangère, celles qui sont en situation de grande précarité, loin de chez elles et celles qui ne sont pas en situation de précarité mais qui sont tout autant loin de chez elles. Les femmes n'étant pas en situation de précarité présentent toutefois des similitudes avec les femmes d'origine française, parlant français et ayant les mêmes profils sociaux, contrairement à la femme éthiopienne qui ne parle pas français et n'a pas de situation sociale stable en France. Pour prendre en charge ces femmes en situation de vulnérabilité, notamment de précarité sociale, un partenariat a été développé avec une association de gynécologues intervenant dans un centre d'hébergement d'urgence. Un protocole s'est mis petit à petit en place et des volontaires ont été demandés pour leurs prises en charge après une formation sur la transculturalité. La prise en charge décrite semble d'ailleurs davantage prévue pour les femmes étrangères en situation de précarité, plutôt que pour les femmes qui sont étrangères et qui appartiennent aux classes moyennes et supérieures. La médiation transculturelle et l'interprétariat sont donc mis en avant afin de réduire ces écarts.

## TABLE DES MATIERES

---

### Liste des sigles utilisés

1	Introduction .....	7
1-1	Présentation .....	7
2-1	Revue de la littérature .....	9
3-1	Problématique.....	13
4-1	Méthodologie .....	15
5-1	Résultats .....	18
6-1	Annonce du plan.....	19
2	Les Eglantines : la maternité, ses professionnels et l'équipe .....	21
1-1	La maternité : la vitrine de l'hôpital.....	21
1.1.1	Un levier fort de négociation avec la direction de l'hôpital.....	21
1.1.2	Les conditions de travail des professionnels.....	23
1.1.3	Le recrutement direct des professionnels par la maternité.....	26
2-1	Ses professionnels .....	29
2.1.1	Des professionnels des classes moyennes et supérieures aux profils atypiques et variés .....	29
2.1.2	Du développement de compétences à l'affirmation de son propre positionnement professionnel .....	30
2.1.2.1	Un début de carrière contraint : des professionnels qui acquièrent et consolident leurs compétences .....	31
2.1.2.2	L'expérimentation de différents types de maternité : des professionnels qui développent leur propre positionnement .....	32
3-1	L'équipe : une notion forte de collectif.....	33
3.1.1	Un point de vue similaire des professionnels : critique de l'industrialisation de la naissance.....	33
3.1.2	L'appartenance à une équipe : une revendication.....	36

3	Les Eglantines : les femmes enceintes choisissant d’y accoucher .....	39
1-	Des femmes des classes moyennes et supérieures .....	39
2-	Des femmes aux grossesses tardives prises entre deux injonctions sociales : construire une famille ou développer sa carrière professionnelle .....	42
2.1.	Des grossesses tardives en majorité planifiées .....	42
2.2.	Une conciliation difficile entre famille et évolution professionnelle.....	43
3-	Des femmes dotées d’un capital culturel de santé fort.....	44
4-	Le choix de la maternité : un rejet de l’industrialisation de la naissance.....	47
4.1.	Importance de l’avis des pairs et des médecins dans le choix de la maternité .....	47
4.2.	Recherche d’une individualisation de l’accouchement.....	50
4	Les relations femmes – professionnels à la maternité des Eglantines.....	55
1-	Un air de famille entre femmes et professionnels .....	55
1.1.	Points de convergence entre trajectoires sociales des femmes et des professionnels	55
1.2.	Le choix de la maternité par les femmes et les professionnels : une vision critique partagée de l’industrialisation de la naissance .....	56
1.2.1.	Oui à l’humain et la physiologie, non à l’industrialisation de la naissance....	56
1.2.2.	La réputation de la maternité .....	57
1.3.	Des modes d’entrée dans la maternité qui rapprochent femmes et professionnels : primauté du réseau social sur les logiques institutionnelles.....	58
2-	Des femmes et des professionnels qui se comprennent .....	59
2.1.	Le point de vue des professionnels sur les femmes : des besoins spécifiques.....	59
2.2.	Le point de vue des femmes sur les professionnels : des professionnels bienveillants .....	60
2.3.	Des femmes et des professionnels comme à la maison .....	61
3-	Des expériences enchantées de la relation femmes-professionnels .....	63
3.1.	Des relations individualisées entre personnes qui se ressemblent .....	63

3.2. Des relations moins aisées dans certaines situations particulières.....	64
5 Conclusion et discussion .....	67
Bibliographie.....	71
Liste des annexes.....	75
Annexe 1 .....	76
Annexe 2 .....	77
Annexe 3 .....	78
Annexe 4 .....	79
Annexe 5 .....	80
Annexe 6 .....	81
Annexe 7 .....	83
Annexe 8 .....	85
Annexe 9 .....	90
Annexe 10 .....	94
Annexe 11 .....	95
Annexe 12 .....	96
Annexe 13 .....	98
Annexe 14 .....	99
Annexe 15 .....	100
Annexe 16 .....	102
Annexe 17 .....	103
Table des matières.....	105

LE RUMEUR	Marielle	19/09/2019
<p style="text-align: center;"><b>Master 2</b> <b>Promotion de la santé et prévention</b></p>		
<p style="text-align: center;"><b>Convergence des trajectoires de femmes enceintes et de professionnels de la périnatalité : le cas d'une maternité privée de type 1</b></p>		
<p style="text-align: center;"><b>Promotion 2018-2019</b></p>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Inscrit dans le cadre du projet TRASOPER, ce mémoire s'intéresse aux trajectoires et aux rapports sociaux en périnatalité, dans une maternité privée d'intérêt collectif et de type 1, de l'est-parisien. Il s'agit d'une enquête qualitative, par entretiens et observations directes, qui a pour but de mettre en lumière les pratiques de santé des classes sociales moyennes et supérieures, moins étudiées que celles des classes populaires. Dans cette maternité, l'enquête met en évidence une certaine homogénéité des profils sociologiques des femmes enceintes, que l'on analysera en relation avec les logiques de choix de la maternité par les femmes et les professionnels, et avec les caractéristiques des relations entre professionnels et femmes enceintes. L'enquête montre ainsi que les femmes accueillies dans cette maternité appartiennent aux classes moyennes et supérieures dotées de forts capitaux culturels, et que les professionnels comme les femmes partagent la crainte d'une forme d'industrialisation de la naissance, et une préférence pour des relations de soins favorisant l'écoute des besoins des femmes enceintes.</p>		
<p><b>Mots-clés :</b></p> <p>Périnatalité. Classes moyennes. Classes supérieures. Choix maternité. Relations. Femmes enceintes. Professionnels. Industrialisation naissance. Rapports sociaux.</p>		
<p style="text-align: center;"><i>L'Ecole des Hautes Études en Santé Publique et l'Université Rennes 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		