UNIVERSITÉ PARIS 8 VINCENNES-SAINT-DENIS

LADYSS UMR7533

Thèse de doctorat

Emotions de rébellion et résistances à bas bruit chez les sages-femmes et les femmes-patientes

Enquête internationale au cœur de la fabrique d'une maïeutique émancipatrice

Marie-Laure Deneffe Dobrzyński

Soutenue le 19 novembre 2025

sous la direction de Hugo Pilkington

Discipline
Sciences de l'éducation

École doctorale
ED 401 - Ecole doctorale Sciences Sociales

Laboratoire de recherche
Laboratoire Dynamiques Sociales et Recomposition des espaces (LADYSS), Unité mixte de recherche CNRS, 7533

Composition du jury
Anne Chantry
INSERM-UMR 1153, Paris-Cité
Jean-Philippe COBBAUT
ETHICS – EA 7446, Lille
Valéry RIDDE
Ceped-IRD
Clémence SCHANTZ
Ceped-IRD
Delphine LEROY
Experice, Paris 8
Emmanuel N'Koue SAMBIENI
CAMES-Université Parakou, Bénin
Hugo PILKINGTON, Directeur de thèse
LADYSS-UMR 7533, Paris 8

Je ris aux éclats, cintrée dans mon linceul

Je suis gravier de la montagne foulé aux pieds

Je suis entrailles sanguinolentes

Je suis gravier mélangé à la viande crue crissant sous la dent

Je suis entrailles de vie, je suis entrailles-cercueil

Je suis sillon des larmes, je suis lit de rivière asséchée, je suis crue en furie

Je suis accoucheuse de vie, je suis accoucheuse de mort

Je suis mère frémissante de vie, je suis mère-linceul, je suis mère-accoucheuse d'âme

Je suis vie, je suis mort

Je suis danse du ventre, je suis danse de funérailles

À Evangéline



Figure 1 : Toile peinte par un artiste guinéen resté anonyme[1]

[1]« J'ai demandé à un artiste de mon pays de peindre cette toile pour toi, pour te remercier. Je l'ai ramenée roulée dans mes bagages. » Ces mots sont ceux d'un jeune père à l'étudiante sage-femme que j'étais il y a une trentaine d'années. Cette illustration de la puissance et la vulnérabilité de la femme qui enfante, du nouveau-né se mettant au monde, est devenue le témoin silencieux de trois décennies de pratique en maïeutique. Elle est accrochée dans ce même espace de calme où je reçois les femmes et les couples en préparation à la naissance et où j'écris ma thèse aux petites heures de la nuit.

Résumé

Titre : Emotions de rébellion et résistances à bas bruit chez les sages-femmes et les femmes-patientes : Enquête internationale au cœur de la fabrique d'une maïeutique émancipatrice

Résumé : Cette thèse explore la naissance comme un espace où savoirs, pouvoirs et résistances façonnent les pratiques en maïeutique. À partir d'une méthodologie qualitative, inductive et multi-située, elle croise auto-ethnographie de terrain construite sur trente ans de pratique dans 12 pays, enquêtes socio-anthropologiques en Bolivie, Bulgarie, Angola, Bénin, Côte d'Ivoire et Madagascar, récits de pratique de 55 sages-femmes issues de 36 pays répartis sur cinq continents, et analyses documentaires. L'analyse met en lumière les mécanismes de domination épistémique qui structurent la production et la légitimation des savoirs et normes en santé périnatale. Elle révèle les injustices structurelles auxquelles sages-femmes et femmes-patientes sont confrontées et les résistances qu'elles y opposent. Deux propositions théoriques originales émergent de cette analyse mobilisant des épistémologies critiques, féministes et décoloniales :

- Les *émotions de rébellion* désignent des émotions non attendues, révélatrices d'injustices structurelles, qui deviennent boussoles éthiques dans le soin et moteurs de subversion critique des normes institutionnelles.
- Les *résistances à bas bruit* rendent visibles des formes infra-politiques d'opposition au biopouvoir, en documentant des stratégies discrètes de contournement des normes.

Inscrite dans une perspective de sociologie des émergences, cette exploration des marges fait émerger cinq pistes d'actions face aux défis contemporains en maïeutique : valoriser les *émotions de rébellion* comme outils critiques ; décoloniser les pratiques en reconnaissant la pluralité des savoirs ; explorer les résistances comme leviers de transformation ; considérer les marges comme laboratoires de réinvention ; et intégrer la justice cognitive dans les politiques publiques de santé périnatale.

En conclusion, cette thèse appelle à une maïeutique émancipatrice, conjuguant sécurité biomédicale et humanisation des soins, justice sociale et justice cognitive. Elle réaffirme et célèbre la naissance comme un acte corporel, émotionnel, social, culturel et politique.

Mots clés : Justice cognitive, Emotions de rébellion, Résistances à bas bruit, Maïeutique émancipatrice, Décolonisation des savoirs, Sage-femme, Humanisation de la naissance

Abstract

Title: Emotions of rebellion and low-profile resistances among midwives and women-patients: An international inquiry into the making of an emancipatory midwifery

Abstract: This thesis explores birth as a space where knowledge, power, and resistance shape midwifery practices. Based on a qualitative, inductive, and multi-sited methodology, it combines a field-based auto-ethnography built on thirty years of practice in 12 countries, socio-anthropological investigations in Bolivia, Bulgaria, Angola, Benin, Côte d'Ivoire, and Madagascar, practice narratives from 55 midwives from 36 countries across five continents, and documentary analyses. The analysis highlights the mechanisms of epistemic domination that influence the production and legitimation of knowledge and norms in perinatal health. It reveals the structural injustices faced by midwives and women-patients and the resistances they oppose to them. Two original theoretical propositions emerge from this analysis, grounded in critical, feminist, and decolonial epistemologies:

- *Emotions of rebellion* refer to unexpected emotional responses that reveal structural injustices, and serve as ethical compasses in caregiving, becoming catalysts for the critical subversion of institutional norms.
- *Low-profile resistances in midwifery* make visible the infra-political forms of opposition to biopower by documenting discreet strategies of circumventing institutional norms.

Rooted in the sociology of emergences, this exploration of the margins highlights five key pathways for addressing contemporary challenges in midwifery : valuing *emotions of rebellion* as critical tools; decolonizing practices through the acknowledgment of plural knowledges; examining resistances as levers for transformation; envisioning the margins as laboratories of reinvention; and embedding cognitive justice into public policies on perinatal health.

In conclusion, this thesis calls for an emancipatory midwifery that combines biomedical safety and humanisation of care, social justice and cognitive justice. It reaffirms and celebrates birth as a corporeal, emotional, social, cultural, and political act.

Keywords: Cognitive justice, Emotions of rebellion, Low-profile resistances, Emancipatory midwifery, Decolonization of knowledges, Midwife, Humanization of birth

Remerciements

Mes premiers remerciements à celles et ceux qui m'ont offert le privilège, ici et ailleurs, de les accompagner en tant que sage-femme, toujours dans des moments intimes, souvent dans des instants fragiles de vie, fréquemment dans ces passages intenses où la vie émerge et trop souvent la mort rôde. Cette thèse n'existerait pas sans ces vécus et ces émotions partagés avec adolescents, femmes, nouveau-nés, familles et communautés. Elle n'existerait pas non plus sans celles et ceux côtoyés en tant que chercheure et qui, sur les cinq continents, m'ont livré leurs perceptions, leurs vécus ou ouvert les portes de leur quotidien. De tout cœur, merci.

Aux universitaires qui ont accompagné l'inscription de ce travail dans le champ académique, j'exprime ma profonde gratitude. Merci infiniment à Hugo Pilkington, mon directeur de thèse dans la dernière phase de ce travail. Mes sincères remerciements à Bezunesh Tamru, Sophie Jehel, Johan Milian, Thomas Lamarche, lors de leurs mandats respectifs à l'École doctorale et au laboratoire LADYSS. Merci à Sofia Cevallos, post-doctorante, pour les échanges soutenants sur le vécu universitaire. Merci aux membres de mon comité de suivi de thèse, Hugo Pilkington et Emmanuel N'Koué Sambieni, pour leur bienveillance et leur soutien constant. Ma reconnaissance respectueuse aux membres du jury : Anne Chantry, Valéry Ridde, Emmanuel N'Koué Sambieni, Clémence Schantz, Jean-Philippe Cobbaut et Delphine Leroy.

À Juliette Constantin, Claire Delacourt et Raymond Ouoba, compagnons de doctorat : un chaleureux merci pour nos échanges fidèles, nos doutes partagés et nos encouragements mutuels. Merci Juliette et Claire pour les relectures dans la dernière ligne droite. Merci Raymond pour la confiance et la présence chaleureuse jusqu'à la soutenance. À Martha Boeglin, merci de nous avoir réunis.

Merci à mes quatre fils, pour leur regard bienveillant et leur patience, eux qui ont su attendre mes retours lorsque mes engagements m'emmenaient loin d'eux ; merci à mon fils aîné pour ses relectures attentives, merci à mon troisième fils pour le temps consacré à la cartographie Magrit ; merci à tous les quatre pour le soutien indéfectible.
À ma fille, partie in utero, et à mes trois étoiles passées furtivement par moi : vous êtes là aussi, dans les silences de ces pages.
À mon mari, pour son soutien profond et discret, et sa capacité à assurer la base arrière familiale en mes absences.

À mon père, pour sa présence aimante et constante.

À ma mère, qui partage le tombeau de ma fille.

À mes grands-mères, qui auraient tant aimé avoir la chance d'étudier : merci d'avoir déplacé des frontières pour offrir plus de possibles à vos petites-filles.

À mon grand-père armentiérois qui, en ayant chaque jour une pensée pour chacun de ses petits-enfants, m'a fait savoir que je comptais.

À mon grand-père polonais, connu à travers une photo de son mariage en Pologne, puis une autre, avec son matricule de déporté à Auschwitz : tu es là, quelque part en moi, dans mes engagements, dans ma foi en l'humain envers et contre tout.

Merci à tous pour ce que vous avez fait germer en moi : l'attention aux émotions tues et aux gestes discrets, et l'élan de partager humblement ce qu'il est donné d'entrapercevoir.

Sommaire

RESUME 3

ABSTRACT 4

REMERCIEMENTS 5

SOMMAIRE 7

NOTE DE LECTURE 9

VOIX DE SAGES-FEMMES DES CINQ CONTINENTS : EXTRAITS DU CORPUS 10

INTRODUCTION GENERALE 13

PARTIE I. FONDEMENTS CRITIQUES ET METHODOLOGIQUES – VERS UNE POSTURE SITUEE EN MAÏEUTIQUE 15

INTRODUCTION DE LA PARTIE I 16

CHAPITRE 1. JUSTICE COGNITIVE ET SAVOIRS EN MAÏEUTIQUE : DECONSTRUCTION DES HIERARCHIES EPISTEMIQUES 18

CHAPITRE 2. METHODOLOGIE INDUCTIVE ET MULTI-SITUEE : RECITS DE SAGES-FEMMES DE 36 PAYS, ETUDES SOCIO-ANTHROPOLOGIQUES DANS 5 PAYS, ANALYSES CRITIQUES DE PROJET DANS 2 PAYS, 30 ANS DE PRATIQUE DANS 12 PAYS 56

CHAPITRE 3. FORGER DEUX OUTILS CONCEPTUELS A PARTIR DU TERRAIN : EMOTIONS DE REBELLION ET RESISTANCES A BAS BRUIT 85

CHAPITRE 4. GENEALOGIE DES SAVOIRS ET RESISTANCES EN MAÏEUTIQUE : MEMOIRE LONGUE DE LA DEPOSSESSION ET DES REAPPROPRIATIONS 120

CONCLUSION DE LA PARTIE I 188

PARTIE II. LES EMOTIONS DE REBELLION COMME VECTEURS DE RESISTANCE – DU VECU INTIME AUX DYNAMIQUES COLLECTIVES 190

INTRODUCTION DE LA PARTIE II 191

CHAPITRE 5. USAGE DES EMOTIONS DE REBELLION EN RECHERCHE : DE LA SENSIBILITE SITUEE A LA METHODE DE L'AUTO-ETHNOGRAPHIE CRITIQUE 193

CHAPITRE 6. LE CORPS COMME ARCHIVE DES EMOTIONS SILENCIEES : DU TRAVAIL EMOTIONNEL AUX EMOTIONS DE REBELLION 218

CHAPITRE 7. CIRCULATION DES EMOTIONS DE REBELLION ET RESISTANCES COLLECTIVES : DES EMOTIONS SILENCIEES AUX PRATIQUES SUBVERSIVES 269

CONCLUSION DE LA PARTIE II 309

PARTIE III. CIRCULATION DES NORMES GLOBALISEES ET RESISTANCES SUBALTERNES – ENTRE PANDEMIE ET PROJETS INTERNATIONAUX 311

INTRODUCTION DE LA PARTIE III 312

CHAPITRE 8. NAITRE SOUS CONTROLE : EMOTIONS DE REBELLION ET VOIX SILENCIEES EN CONTEXTE PANDEMIQUE EN FRANCE 314

CHAPITRE 9. RECITS POLYPHONIQUES DE 41 SAGES-FEMMES DE 29 PAYS : EMOTIONS DE REBELLION ET RESISTANCES A BAS BRUIT EN TEMPS DE COVID-19 342

CHAPITRE 10. PROJETS DE SANTE REPRODUCTIVE EN AFRIQUE DE L'OUEST : ENTRE EMANCIPATION AFFICHEE, COLONIALITE DES SAVOIRS ET INVISIBILISATION DES RESISTANCES ENDOGENES 398

CONCLUSION DE LA PARTIE III 443

CONCLUSION GENERALE 445

GLOSSAIRE CRITIQUE EN MAÏEUTIQUE : CONCEPTS ET TERMES ESSENTIELS 471

LISTE DES ABREVIATIONS 494

BIBLIOGRAPHIE 496

ANNEXES 543

TABLE DES MATIERES 558

TABLE DES ILLUSTRATIONS 567

Note de lecture

Le manuscrit mobilise des concepts théoriques, professionnels et épistémologiques parfois peu familiers. Pour en faciliter la lecture, un glossaire critique et une liste d'acronymes sont proposés après la conclusion. Le lecteur est invité à s'y référer librement, selon ses besoins, comme autant de clés pour aborder les enjeux complexes de la maïeutique contemporaine.

Les références bibliographiques suivent les normes APA : elles sont placées avant le point final lorsqu'elles se rapportent à la phrase, et après celui-ci lorsqu'elles concernent l'ensemble des phrases précédentes dans un même paragraphe, depuis la dernière référence citée.

Un sommaire est présenté en début de manuscrit et une table des matières détaillée et automatisée est présente en fin d'ouvrage. Celle-ci permet au lecteur de trouver rapidement les chapitres ou sections qu'il souhaite approfondir.

Les extraits d'entretiens ont été maintenus, autant que possible, dans leur langue d'origine afin de respecter la spécificité des formes d'expression et de ne pas invisibiliser la diversité linguistique. Les citations en espagnol et en portugais sont traduites en note de bas de page[2].

Dans une logique de fidélité à la réalité sociologique de la profession et de continuité avec la perspective critique adoptée, le féminin est utilisé systématiquement pour désigner les sages-femmes ou les étudiantes sages-femmes, y compris lorsqu'il est fait référence aux hommes.

Cette thèse s'ouvre par une immersion polyphonique dans des récits de pratique issus d'entretiens avec 55 sages-femmes de 36 pays. Elle s'inscrit dans un corpus plus large mêlant enquêtes socio-anthropologiques, analyses critiques de projets de santé sexuelle et reproductive, auto-ethnographie, et analyses documentaires. Cette entrée sensible a une fonction épistémologique : elle affirme les professionnelles de terrain comme actrices épistémiques de la recherche, dès l'émergence de la problématique. En donnant d'emblée la voix à des sages-femmes relatant des vécus affectifs, ce préambule s'inscrit dans une tradition reconnaissant les émotions comme ressources pour penser la recherche (Haraway, 1988; Jaggar, 1989; Medina, 2013).

[2] Les citations en anglais, en revanche, ne sont pas traduites. Ce choix repose sur le statut de l'anglais comme langue académique dominante à l'échelle internationale, largement comprise par les lecteurs et lectrices du champ des sciences humaines et sociales.

Voix de sages-femmes des cinq continents : extraits du corpus

« Je sais pas, toi… mais quand on sent une tête arriver dans nos mains de sage-femme… c'est pas pour rien qu'on a envie d'y mettre les mains ! C'est grisant comme sensation, c'est absolument fantastique et j'adore cette sensation. Mais je me disais… est-ce que c'est à moi d'avoir ce cadeau-là ? (…) ça me révolte quand je vois des mains de professionnels toucher l'enfant avant les parents, quand y'a pas besoin, hein ! (…) Les premières mains qui devraient toucher votre bébé, a priori c'est maman ou papa. Mais pas moi. » (France SF2)

« Tu sais que la façon dont un enfant est accueilli va teinter toute sa vie. C'est une lutte sans relâche dans notre système de santé pour pouvoir offrir un accompagnement qui respecte ça. » (Canada-Québec SF)

« And this woman was lying down… and gradually her speech became sluggish: "help me… help me…" until finally, silence. (…) The doctors said they could not transfuse her — there was no blood available. (…) That is a preventable death, an unacceptable death. This experience (…) has given me the conviction never to quit training midwives. I want to remain in this work of midwifery, to save the lives of women and newborns, and to ensure that the voices of midwives are also heard in the decisions of the hospital. » (Sierra Leone SF)

« On a eu plusieurs automatismes, hein par rapport à cette approche santé publique-là (…) on a plus réfléchi sur, voilà, c'est à qui la faute ? Pourquoi cette femme-là est décédée ? (…) On s'est plus focalisé sur les chiffres… Les communautés, les femmes ont pas… enfin on les a interrogées, mais c'était plus pour voir des causes de telle ou telle chose (…) on n'a pas su interroger les bonnes pratiques des communautés qui pouvaient peut-être même appuyer le système de santé. » (Sénégal SF)

« Babies born into the world are not alone. (…) baby's ari-ari or placenta is part of the baby's life. We apply the Tri Hita Karana concept: relationship with God, with humans, and with environment. (…) Usually, we give holistic care in independent practice. In hospital rarely. It is medicinal only I understand. » (Indonésie-Bali SF2)

« Ohh well we have not been good in the past in New Zealand, we've not been good at being aware and supporting the use of traditional medications (…) We, well, we still haven't got many Maori midwives (…) the Midwifery Council (…) have just introduced cultural safety training for midwives. (…)

part of that will be to support the traditional Maori practises, full Maori women, but also to offer them to women who aren't Maori. So. Umm, you know, things are improving. » (Nouvelle-Zélande SF)

« (…) il y a tellement de violences gynécologiques et obstétricales qui sont subtilement et systématiquement intégrées dans notre façon de prendre en charge les femmes. (…) voilà, c'est un système. On rentre dedans. On fait ce que tout le monde fait d'habitude. Et lorsqu'une seule sage-femme doit prendre en charge 30, 40 ou 50 femmes toute seule dans une journée, c'est pas évident que ça soit des services appropriés et de qualité (…) On est dans un pays où 391 femmes décèdent pour 100 000 naissances vivantes. (…) C'est vraiment quelque chose qui fragilise la santé mentale des sages-femmes, mais comme on est dans un environnement où c'est normalisé, c'est le métier, ça devient un automatisme de se dire « bon, j'ai eu un décès maternel, la vie continue ». Bon, pas forcément de la façon dont je le dis. (…) Parce qu'il y a des décès que tu as qui t'affectent plus que d'autres (…) Il y a personne, en fait, qui se préoccupe du bien-être des prestataires de façon générale, mais également des sages-femmes de façon plus spécifique (…) Donc il y a ça. Je pense que ça a une grande répercussion sur la façon dont l'offre des services se fait. » (Bénin SF3)

« Existía el valor de hablar de violencia obstétrica cuando salió esta ley. (…) Ha habido un cambio. Mhm, pero también tenemos que ser objetivos. Sigue habiendo violencia porque la violencia se transforma. Siempre encuentra la manera de disfrazarse para entrar en todo. »[3] (Equateur SF2)

« (…) They have hospital policies (…) You are not getting out that placenta unless you were smart enough to be smarter than the staff. (…) So what I tell most families to do is, when that placenta is ready to go down to pathology, you have to be smarter than the nurse when she turns her head the other way. (…) you don't take your eye off of it, and you walk out with it. If you gotta steal it back, you gotta steal it back. Like, it came out of you, right? Why should they keep it? » (USA- New York SF)

« Sur le plan culturel, sur le plan traditionnel, le placenta a une signification énorme. (…) Officiellement, c'est interdit de remettre le placenta aux familles à l'hôpital… Mais clandestinement des sages-femmes le remettent… (…) » (Cameroun SF)

« Ma da pena ver a las mamás solitas. A veces las enfermeras nos dicen que molestamos, que no seguimos el protocolo. Pero la mamá nos pide que nos quedemos, entonces nosotras encontramos la forma. Nos ponemos a un lado, no hablamos mucho, pero seguimos ahí con ella, con nuestras

[3] Traduction : "Il y avait le courage de parler de violence obstétricale quand cette loi est sortie. (…) Il y a eu un changement, mhm, mais nous devons aussi être objectifs. Il y a toujours de la violence parce que la violence se transforme. Elle trouve toujours un moyen de se déguiser pour entrer dans tout. »

plantitas, con los masajes quechua…. A veces los doctores no se dan cuenta, y nosotras seguimos haciendo nuestro trabajo. (…)[4] » (Equateur SF1)

« (…) les maris déposaient les femmes devant l'hôpital (…) C'était… (silence)…ça m'a fait beaucoup de peine pour les mamans… (…) Je me rappelle avoir un peu triché certaines fois (…) On se regarde et on se dit : bon, on va le laisser rentrer, on n'en parle à personne. » (France-DROM SF1)

" I was told by several of my teachers and several midwives that home birth wasn't safe, so I decided to work at a hospital and I worked at a large hospital. And I started to become a little disgruntled because some things that we had learned about midwifery weren't able to be practiced (…). We were constantly in tension between the protocols and what we felt was right for the woman. (…) they can't eat. You can't drink. You gotta stay on the bed. You can't move your body. No. You need to pee ? OK, it's a bed pan... Like it was just a whole different way of seeing birth as a normal life event versus a medical emergency then, which I need to control, manipulate, or make the person do what I think they should do (…) So that sounds like I can't... I'm like how can I continue to work in these environments. (…) So I knew I had to figure out how to open up a homebirth practice: it's not legally prohibited, but you have to accept working on the margins, and sometimes alone. (…) I never told them I was gonna do homebirth, particularly in the beginning, because I started my homebirth practice when I was working at the hospital and I knew that they would get upset with me. (…) Being a Black midwife here, working with Black clients, is a political commitment. The women who come to us want a respectful birth. We help them reclaim their power." (USA- New York SF)

« Pourquoi les sages-femmes ont besoin d'une autonomie ? C'est pour permettre aux femmes d'avoir un accouchement en toute autonomie comme elles le souhaitent. Si t'es obligée de suivre les protocoles des autres médicaux, suivre strictement je veux dire, puis que la femme veut pas ce type d'intervention-là, ben t'es un peu mal foutue. Puis si t'as pas l'autonomie pour être capable de dessiner comme professionnelle l'autonomie des femmes, t'es déjà plus au service des femmes (…) moi personnellement je travaillais plus pour une cause, là, qui était de contribuer à mettre en place des conditions pour que les accouchements puissent bien se passer (…) Pour l'accouchement à domicile ou en maison de naissance, il y a eu une forte mobilisation de groupes de femmes (…) il y a eu des marches, des manifestations, des lettres. » (Canada-Québec SF)

[4] Traduction : « Ça me fait de la peine de voir les mamans toutes seules. Parfois les infirmières nous disent que nous dérangeons, que nous ne suivons pas le protocole. Mais la maman nous demande de rester, alors nous trouvons une manière de le faire. Nous nous mettons sur le côté, nous ne parlons pas beaucoup, mais nous restons là avec elle, avec nos petites plantes avec les massages quechua... Parfois les docteurs ne se rendent pas compte, et nous continuons à faire notre travail. (…) »

Introduction générale

La naissance se situe au croisement de logiques multiples : prescriptions biomédicales globalisées et réalités locales, gestion du risque et aspirations à l'autodétermination, volonté d'humanisation des soins et contraintes de moyens. Ces tensions traversent le quotidien des sages-femmes et des femmes-patientes, qui y répondent par des ajustements pratiques, des émotions partagées et, parfois, par des formes de contournement ou de résistance.

Écouter leurs voix permet de comprendre que l'expérience de la naissance ne se réduit pas à un acte médical : elle constitue aussi un espace social, émotionnel et relationnel où s'expriment différentes configurations de pouvoir. Les émotions vécues — colère, lassitude, indignation, tristesse, mais aussi espoir et engagement — offrent un accès privilégié pour analyser la manière dont les acteurs perçoivent et affrontent les asymétries des systèmes de santé.

Au fil de l'analyse, une interrogation centrale s'est dégagée :

Comment les résistances — émotionnelles, discrètes ou collectives — des sages-femmes et des femmes-patientes face aux normes biomédicales globalisées émergent-elles, se manifestent-elles et reconfigurent-elles la maïeutique contemporaine ?

Pour y répondre, cette recherche analyse les manières dont les normes de soin sont négociées, adaptées ou contestées, dans les salles de naissance hospitalières comme dans des pratiques situées en marge du modèle biomédical dominant. Elle adopte une posture réflexive de chercheure-sage-femme, attentive aux tensions et aux marges. Elle s'appuie sur une pluralité de matériaux : 55 récits de sages-femmes issus de 36 pays sur 5 continents, 6 enquêtes socio-anthropologiques menées dans 5 pays (Angola, Madagascar, Côte d'Ivoire, Bulgarie, Bolivie), des analyses de projets dans 2 pays (Bénin, Côte d'Ivoire), une auto-ethnographie nourrie par 30 ans de pratique dans 12 pays, ainsi que des analyses documentaires.

La thèse s'articule en trois parties, qui suivent un cheminement du vécu intime vers les dynamiques collectives, puis institutionnelles et transnationales.

La première partie expose les fondements critiques et méthodologiques de ce travail. Elle présente la construction d'une posture située, mobilise des cadres théoriques féministes et décoloniaux, et propose deux outils conceptuels — les « émotions de rébellion » et les « résistances à bas bruit ». Ceux-ci, définis et discutés dans cette première partie, servent de points d'appui analytiques dans les parties suivantes.

La deuxième partie se concentre sur les normes émotionnelles qui structurent l'accompagnement de la naissance et sur les affects qui échappent à cette régulation. À partir d'un matériau empirique multi-situé, elle explore la manière dont les émotions vécues façonnent les pratiques et les subjectivités. Elle s'intéresse plus spécifiquement à certaines de ces émotions — conceptualisées en Partie I comme « émotions de rébellion » — qui apparaissent comme vecteurs de critique et de reconfiguration des normes.

La troisième partie déplace l'analyse à l'échelle institutionnelle et transnationale. À partir d'enquêtes menées pendant la pandémie de Covid-19 et dans le cadre de projets de coopération internationale, elle interroge la circulation des normes biomédicales globalisées et les formes de réactions discrètes qu'elles suscitent. Ces pratiques, désignées en Partie I comme « résistances à bas bruit », mettent en évidence la persistance de savoirs situés et les façons dont ceux-ci se maintiennent ou se réinventent malgré leur marginalisation.

Cette recherche met ainsi en évidence les hiérarchies de savoirs qui organisent la maïeutique contemporaine. Elle montre aussi comment elles peuvent être réinterrogées à la croisée de la sécurité biomédicale, de l'autodétermination des femmes et de la reconnaissance de la pluralité des savoirs. Elle apporte des contributions de trois ordres — conceptuelles, méthodologiques et empiriques — qui seront développées au fil du manuscrit et dans la conclusion générale.

Partie I. Fondements critiques et méthodologiques – Vers une posture située en maïeutique

Introduction de la partie I

Lorsque j'ai entrepris cette recherche, je m'intéressais au dispositif de la mondialisation de la naissance, voulant comprendre les dynamiques de pouvoirs et de savoirs qui le traversaient. Les résistances au cœur des pratiques de soin ne constituaient pas un objet d'étude identifié *a priori*. Elles ont émergé au fil du terrain, à travers les récits de sages-femmes et de femmes-patientes, les situations observées mais aussi les tensions ressenties dans mon propre vécu de praticienne-chercheure. Ces résistances – parfois affirmées, d'autres fois diffuses, subtiles, discrètes, peu visibles – révélaient des tensions entre des savoirs biomédicaux dominants et des savoirs féminins subalternisés portés par des sages-femmes et des femmes-patientes. Ces résistances et les savoirs qui s'y exprimaient appelaient une posture et une méthodologie capables de les documenter sans les essentialiser. Les fondements critiques, épistémologiques et méthodologiques de cette recherche sont ainsi nés inductivement de cette nécessité de pouvoir analyser et documenter les résistances émergeant des données et les savoirs invisibilisés que ces résistances exprimaient. Ces fondements se sont construits en restant au plus proche de ce qui émergeait du terrain et qui interroge les hiérarchies de savoirs en maïeutique. Ils m'ont progressivement amenée à penser la maïeutique depuis ses marges. Cette première partie vise d'une part à rendre compte de ce cheminement ayant abouti à la construction de ma posture et de mon approche méthodologique et d'autre part à définir les outils conceptuels ayant émergé pour penser les résistances en maïeutique.

Elle s'inscrit dans la problématique générale de la thèse : *Comment les résistances — émotionnelles, discrètes ou collectives — des sages-femmes et des femmes-patientes face aux normes biomédicales globalisées émergent-elles, se manifestent-elles et transforment-elles la maïeutique contemporaine ?* Plus précisément, il s'agit ici de répondre à la question suivante : *Comment identifier et analyser les résistances invisibilisées en maïeutique sans les essentialiser, à partir d'une posture critique et située ?*

Cette partie suit une logique en quatre temps : posture, méthodologie, conceptualisation, historicisation.

Le **chapitre 1** retrace l'émergence d'une posture critique, à partir des tensions entre normes biomédicales et savoirs féminins invisibilisés. En mobilisant des notions telles que les savoirs

situés, la colonialité des savoirs, l'injustice épistémique ou la justice cognitive, il interroge les mécanismes d'exclusion et les formes de réaffirmation des savoirs subalternisés.

Le **chapitre 2** présente la méthodologie qualitative, inductive et multi-située sur cinq continents. Il explicite comment celle-ci triangule différentes méthodes afin de dégager des régularités et des récurrences. Il détaille les forces et limites de la méthodologie ainsi que du cadre théorique d'analyse des données.

Le **chapitre 3** explore les tensions entre normes biomédicales globales et besoins singuliers dans l'accompagnement de la naissance. Il définit deux concepts originaux ayant émergé de l'analyse des données : les « émotions de rébellion » et les « résistances à bas bruit ». Ils sont discutés à partir du matériau empirique et en dialogue avec la sociologie des émotions et les théories critiques et féministes.

Le **chapitre 4** replace les résistances observées dans une mémoire longue de dépossession, de luttes et de réappropriations des savoirs féminins autour de la naissance. Il articule dimensions historiques, politiques et épistémiques, refermant ainsi la boucle ouverte au premier chapitre.

Dans l'ensemble, cette première partie propose une posture de recherche et des outils conceptuels et méthodologiques pour explorer les résistances au sein de la maïeutique contemporaine. Elle met en évidence leur rôle dans la reconfiguration des pratiques, entre sécurité biomédicale, humanisation des soins et émancipation des femmes. En filigrane, elle ouvre la voie vers une possible justice cognitive, où les pratiques résistantes deviennent des espaces de réinvention de la maïeutique et de réhabilitation des savoirs émotionnels, expérientiels et endogènes, esquissant les fondements de ce que cette thèse proposera comme une « maïeutique émancipatrice ».

Chapitre 1. Justice cognitive et savoirs en maïeutique : déconstruction des hiérarchies épistémiques

Introduction du chapitre 1

Ma posture de recherche s'est construite depuis les frottements, au cœur même des pratiques de soin, entre les savoirs légitimés par l'histoire de la biomédicalisation de la naissance et les savoirs qui ont été marginalisés par ce processus. Ces dissonances — entre gestes hospitaliers et savoirs émotionnels, expérientiels et endogènes— ont fait émerger une manière d'habiter la recherche depuis les marges, en naviguant entre différents savoirs, disciplines et expériences pour recomposer un cadre critique en maïeutique. Cette posture s'est d'abord forgée dans l'expérience concrète vécue en tant que sage-femme à la fois clinicienne, enseignante et chercheure. Formée à appliquer et transmettre les cadres épistémiques biomédicaux, je suis pourtant souvent témoin, et actrice, de pratiques mobilisant d'autres savoirs. Par exemple, la collaboration avec des sages-femmes aux savoirs endogènes sur différents terrains subsahariens ou latino-américains m'a confrontée à des gestes, savoirs et récits absents des formations biomédicales en maïeutique, mais profondément ancrés dans les réalités vécues des femmes. De même, ma pratique de l'haptonomie prénatale en tant que sage-femme m'a amenée à explorer une relation au toucher et à la présence qui échappe aux logiques technico-scientifiques dominantes. L'approche haptonomique, fondée sur le ressenti, l'affectivité et le lien, m'a permis de saisir combien certains savoirs — sensoriels, relationnels, expérientiels — restent relégués aux périphéries de la reconnaissance institutionnelle, alors même qu'ils participent pleinement à l'accompagnement des naissances.

Ces expériences ont ébranlé mes certitudes et m'ont conduite à un travail de déconstruction critique : déconstruction de mes propres cadres de pensée, mais aussi de l'ordre épistémique dominant en maïeutique. La déconstruction, concept central en philosophie critique porté par

Jacques Derrida (Derrida, 1970), consiste à interroger les évidences sur lesquelles repose une structure de savoirs afin d'en révéler les présupposés implicites. Appliquée à la maïeutique, cette démarche invite à interroger les normes biomédicales qui encadrent les pratiques professionnelles, mais aussi à reconnaître les savoirs qui en sont exclus et qui s'expriment par des résistances aux normes dominantes. Ce travail de déconstruction rejoint ce que Linda Tuhiwai Smith nomme « a need to decolonize our minds », face à l'emprise des épistémologies dominantes jusque « into 'our heads' ». Cette chercheure maori montre comment l'histoire coloniale a façonné non seulement les structures politiques et sociales, mais aussi les manières de penser, de savoir, d'apprendre et de se raconter. Elle appelle à comprendre ces mécanismes de colonisation de la pensée « to recover ourselves, to claim a space in which to develop a sense of authentic humanity.» [5] (Smith, 1999, p. 23) Il ne s'agit pas ici de superposer les expériences, mais de reconnaître combien des logiques d'effacement et de hiérarchisation des savoirs peuvent se rejouer sous d'autres formes, dans d'autres contextes, y compris au sein de la formation et des pratiques en maïeutique.

Face à ce besoin de déconstruire mes propres cadres de pensée, des questions ont émergé : quelle posture épistémologique permet de reconnaître et valoriser les savoirs féminins subalternisés en maïeutique ? Comment penser les marges non comme des périphéries, mais comme des espaces fertiles de production de savoirs situés ? Pour y répondre, j'adopte ici une méthodologie critique, située et décoloniale, fondée sur un va-et-vient constant entre cadres théoriques et données empiriques issues de mon corpus[6]. Ce dialogue entre savoirs savants et expériences situées me permet d'élaborer une posture de recherche hybride qui interroge les rapports de pouvoir dans la production des savoirs.

Ce chapitre en vient ainsi à présenter la filiation théorique dans laquelle ma posture de recherche s'est peu à peu construite, s'appuyant sur des épistémologies féministes et décoloniales. J'explore ici comment la « justice cognitive » (De Sousa Santos, 2016; Visvanathan, 1997, 2009, 2016) peut ouvrir des perspectives critiques pour penser une reconfiguration de la maïeutique, que je nommerai plus tard « maïeutique émancipatrice »,

[5] Citation complete: « The reach of imperialism into 'our heads' challenges those who belong to colonized communities to understand how this occurred, partly because we perceive a need to decolonize our minds, to recover ourselves, to claim a space in which to develop a sense of authentic humanity. » (Smith, 1999, p. 23)

[6] Mon corpus comprend 55 récits de sages-femmes issus de 36 pays sur cinq continents, six enquêtes socio-anthropologiques menées dans cinq pays (Angola, Madagascar, Côte d'Ivoire, Bulgarie, Bolivie), des analyses de projets en Afrique de l'Ouest, une auto-ethnographie nourrie par trente ans de pratique dans 12 pays, ainsi que des analyses documentaires (cf. introduction générale). Il sera présenté en détail dans le chapitre 2.

conjuguant sécurité médicale et humanisation des soins, savoirs biomédicaux et savoirs féminins.

Dans la première partie de ce chapitre, je commencerai par examiner comment les savoirs en maïeutique sont hiérarchisés et comment certains, en particulier les savoirs féminins, émotionnels, expérientiels et endogènes, se trouvent marginalisés. Je présenterai plusieurs approches théoriques — « savoirs situés » (Haraway, 1988), « injustice épistémique » (Fricker, 2007), « colonialité des savoirs » (Escobar, 1994, 2018; Mignolo, 2009), « justice cognitive » (De Sousa Santos, 2016; Visvanathan, 1997, 2009, 2016) — pour éclairer ces mécanismes. La deuxième partie sera consacrée aux pistes de revalorisation de ces savoirs à travers l'écologie des savoirs et les notions de sociologie des absences et des émergences. Cela m'amènera à détailler la posture de recherche qui en découle, tournée vers l'hybridation des savoirs et une pratique de recherche engagée et située.

I - Hiérarchies épistémiques et subalternisation de savoirs en maïeutique

Ma recherche montre que les savoirs féminins émotionnels, expérientiels et endogènes, bien qu'invisibilisés dans les discours dominants, s'expriment dans le quotidien des pratiques en maïeutique, à travers différentes formes de résistances. Ces résistances peuvent être interprétées comme des formes de subversion des standards biomédicaux globalisés et une affirmation de savoirs féminins déconsidérés. Si ces résistances permettent à des sages-femmes et des femmes-patientes de préserver des savoirs invisibilisés, elles posent aussi la question de leur portée transformatrice. À quelles conditions ces ajustements discrets ou ces pratiques marginalisées peuvent-ils influencer durablement les normes institutionnelles ? Cette interrogation constitue un enjeu central pour intégrer pleinement ces savoirs dans des politiques de santé plus inclusives. Elle soulève aussi une question majeure pour ma recherche : quelle posture épistémologique permet d'accueillir ces dynamiques sans les essentialiser, c'est-à-dire sans les réduire à des caractéristiques figées et présentées comme naturelles pour un groupe donné ?

Pour répondre à ces interrogations, il a fallu penser une posture en adéquation avec ces résistances discrètes, avec ces pratiques aux marges, une posture qui permette d'interroger les hiérarchies épistémiques qui structurent les savoirs en maïeutique. Déconstruire, c'est

aussi résister : résister à l'invisibilisation des savoirs situés portés par les femmes et les sages-femmes, souvent relégués aux marges. Cette posture s'est construite dans un dialogue avec les concepts de savoirs situés de Donna Haraway (Haraway, 1988), d'injustice épistémique de Fricker (Fricker, 2007) et de justice cognitive de Visvanathan et De Sousa Santos (De Sousa Santos, 2016; Visvanathan, 1997, 2009, 2016). Ce dialogue permet de penser les mécanismes d'exclusion épistémique et d'envisager des formes de réhabilitation de ces savoirs.

Le concept de « savoirs situés » (Haraway, 1988)

Le concept de « savoirs situés », introduit par Donna Haraway (Haraway, 1988), critique la conception traditionnelle de l'objectivité scientifique, qui prétend à une neutralité absolue et universelle. Biologiste et philosophe féministe américaine, Haraway soutient que cette prétendue objectivité masque en réalité des positions spécifiques, souvent celles des groupes dominants. Elle affirme que toute connaissance est produite à partir d'une position particulière, influencée par des contextes sociaux, historiques et corporels, mettant ainsi en lumière la manière dont les savoirs issus de groupes marginalisés, tels que les femmes, sont souvent dévalorisés ou ignorés dans les discours scientifiques dominants.

Dans cette thèse, j'adopte cette approche des savoirs contextualisés et incarnés, en considérant que toutes les formes de savoir, y compris biomédicales, sont produites dans des contextes donnés et sont donc situées. Les savoirs scientifiques, y compris les savoirs biomédicaux, ne sont pas dénués de contexte : ils sont eux aussi situés, car ancrés dans des logiques institutionnelles et normatives précises. Cependant, je m'attache plus particulièrement aux savoirs situés marginalisés en maïeutique, c'est-à-dire aux savoirs émotionnels, expérientiels et endogènes mobilisés par les sages-femmes et les femmes-patientes, mais dont la reconnaissance institutionnelle demeure limitée. Ces savoirs, issus d'une relation fine aux corps, aux émotions et aux interactions entre les sages-femmes et les femmes, familles et communautés, ne s'opposent pas aux savoirs biomédicaux dominants mais les complètent. Ils offrent une compréhension plus contextuelle et incarnée des processus émotionnels, corporels et socio-culturels autour de la naissance. Dans la pratique, ils se manifestent par exemple par une capacité à interpréter des signaux subtils, à ajuster les gestes et la présence en fonction des besoins perçus, ou encore à intégrer des pratiques issues de transmissions non académiques.

Pourtant, ces savoirs restent largement absents des cadres normatifs. Or, l'effacement de ces savoirs a des conséquences directes sur la qualité et l'humanisation des soins. En privilégiant des approches standardisées et protocolaires, les institutions de santé risquent de méconnaître des ajustements essentiels à un expérience positive des femmes autour de la naissance. Ce déficit de reconnaissance contribue à la persistance de pratiques parfois déshumanisantes et à une médicalisation excessive de la naissance, au détriment d'une prise en charge respectueuse des singularités émotionnelles, corporelles et socio-culturelles des parturientes.

C'est aussi une certaine conception de la force des femmes qui s'efface dans ces modèles biomédicaux centrés sur la pathologie et le contrôle. Une sage-femme d'Eswatini témoigne ainsi de son engagement à rappeler la puissance des femmes au moment de l'enfantement :

> "Women are strong. You just have to watch them give birth. But the system forgets that. It treats them like passive bodies, not powerful beings. I want to remind them of that strength." (Eswatini SF)

Par cette affirmation, elle souligne combien les savoirs situés s'ancrent dans une reconnaissance profonde des capacités des femmes, à rebours d'un système qui tend à les réduire à des corps passifs. Ce type de savoir, émotionnel, expérientiel et relationnel, constitue une ressource épistémique majeure pour repenser la maïeutique dans une perspective davantage bientraitante et émancipatrice.

La reconnaissance de ces savoirs situés implique donc de dépasser les grilles d'évaluation classiques des savoirs scientifiques, trop souvent fondées sur des critères de validité issus des seules épistémologies dominantes. Pour comprendre les mécanismes de disqualification des savoirs féminins, émotionnels, expérientiels ou endogènes dans les institutions biomédicales, il est nécessaire de les resituer dans un cadre plus large d'injustice épistémique. C'est dans cette perspective que le concept de « justice cognitive », proposé par le chercheur indien Shiv Visvanathan[7], permet d'élargir l'analyse. Il offre une lecture critique des hiérarchies épistémiques mondiales et propose une voie pour repenser la co-existence des savoirs au-

[7] Nous verrons plus loin que le concept de justice cognitive a ensuite été redéveloppé par un sociologue portugais, Boaventura de Sousa Santos (De Sousa Santos, 2016), qui a élargi ce concept à l'ensemble des savoirs disqualifiés, qu'ils soient non occidentaux ou occidentaux.

delà de la domination de la science telle que définie par des critères historiquement nés en Europe.

La « justice cognitive » selon Shiv Visvanathan

Visvanathan, universitaire indien, spécialiste des études sur la science et la technologie, remet en question la manière dont les épistémologies dominantes disqualifient les savoirs non occidentaux. Nous allons explorer son approche à travers plusieurs dimensions critiques.

Si le livre de Visvanathan « A carnival for science : essays on science technology and development » (Visvanathan, 1997), publié en anglais en 1997, semble avoir été peu diffusé en France, la traduction française en 2016 d'une de ces communications datant de 2009 (Visvanathan, 2009, 2016) a participé à diffuser davantage sa pensée dans le monde francophone. Visvanathan y introduit le concept de « justice cognitive » après la narration d'échanges avec un groupe de militants endogènes/autochtones voulant promouvoir un dialogue des savoirs entre les différents systèmes médicaux et juridiques. Pour Visvanathan, les obstacles à ce dialogue sont liés à une hiérarchisation entre des savoirs produits à l'origine en Occident et dits scientifiques et des savoirs produits dans des périphéries et qui sont disqualifiés comme étant de « l'ethno-science, de la superstition ou plus brutalement, du non-savoir » (Visvanathan, 2016).

Visvanathan note que la science, telle que définie par les épistémologies occidentales, est considérée comme la principale source de connaissances. Il observe que, pour les théories du développement, le transfert de technologie est aussi envisagé comme une science voyageant dans un sens unique : du centre vers la périphérie, de la métropole vers les provinces, de l'Occident vers le reste du monde. Il remarque par ailleurs que si une bribe des savoirs disqualifiés produits dans la périphérie est néanmoins réappropriée de manière extractiviste par les savoirs hégémoniques (par exemple les propriétés des plantes médicinales) c'est « sans aucune reconnaissance des épistémologies autochtones, locales, indigènes qui l'ont généré » (Visvanathan, 2016). Shiv Visvanathan expliquera qu'à la suite de Lévi-Strauss appelant « bricolage » les savoirs autochtones, la science leur réfutera une reconnaissance de possibilités théoriques en ne reconnaissant que leurs possibilités pragmatiques. Rappelons effectivement que pour Levi Strauss (Lévi-Strauss, 1962), les savoirs autochtones sont produits par des « bricoleurs » au savoir hiérarchiquement inférieur à celui de « l'ingénieur » car

produit au moyen de signes et non de concepts[8]. Le philosophe Jacques Derrida déconstruira l'opposition entre ingénieur et bricoleur faite par Levi Strauss en affirmant que le discours de l'ingénieur ou du savant relève également d'un « certain bricolage » :

> « L'ingénieur, que Lévi-Strauss oppose au bricoleur, devrait, lui, construire la totalité de son langage, syntaxe et lexique. En ce sens l'ingénieur est un mythe : un sujet qui serait l'origine absolue de son propre discours et le construirait « de toutes pièces » serait le créateur du verbe, le verbe lui-même. [...]. Dès lors qu'on cesse de croire à un tel ingénieur et à un discours rompant avec la réception historique, dès lors qu'on admet que tout discours fini est astreint à un certain bricolage, que l'ingénieur ou le savant sont aussi des espèces de bricoleurs, alors l'idée même de bricolage est menacée, la différence dans laquelle elle prenait sens se décompose » (Derrida, 1997, p. 418)

La critique de Visvanathan quant à des concepts comme le « bricolage » construits par une anthropologie occidentalo-centrée ou asymétrique est retrouvée par ailleurs dans la pensée du sociologue, anthropologue et philosophe des sciences Bruno Latour :

> « Je n'ai jamais cru beaucoup à l'anthropologie comme conceptualisation adéquate du rapport aux autres (…) par exemple la notion de culture, de rituel, la notion de mythe, toutes ces notions sont complètement biaisées par le fait que ce n'était pas une anthropologie symétrique, qu'elle étudiait différemment, différentiellement en quelque sorte, nos sociétés contemporaines et les autres. » (Latour, 2002)

Pour Visvanathan, la disqualification des systèmes de savoirs autochtones par des épistémologies eurocentrées est susceptible d'entraîner leur muséification ou disparition (ce qu'il nommera « écocide » car incluant la disparition de la nature et des personnes qui font vivre ce système de savoirs), leur ghettoïsation (statut non officiel ou illégal), ou encore leur marginalisation (au sein d'un ensemble de savoirs locaux déconsidérés). Visvanathan questionne la reconnaissance de la validité universelle de la science occidentalo-centrée face à une « pluralité de savoirs co-existants » et évoque des « universalismes différents ». Pour Visvanathan, la reconnaissance de ces savoirs issus des périphéries nécessite

[8]« L'ingénieur cherche toujours à s'ouvrir un passage et à se situer au-delà, tandis que le bricoleur, de gré ou de force, demeure en deçà, ce qui est une autre façon de dire que le premier opère au moyen de concepts, le second au moyen de signes. » (Lévi-Strauss, 1962)

> « qu'ils soient vus non pas à travers les lunettes de la science ou de la mise à l'épreuve scientifique, mais comme des modes de vie qui avaient leur propre validité cognitive » (Visvanathan, 2016)

Mignolo et la « colonialité du savoir »

Rejoignant les analyses de Visvanathan, Walter Mignolo (Mignolo, 2009) problématise la question de l'exclusion des savoirs à travers ce qu'il appelle, quant à lui, la « colonialité du savoir ». Ce concept montre également que l'épistémologie moderne eurocentrée impose un monopole sur ce qui est considéré comme du savoir légitime. Il prolonge et complète celui de « colonialité du pouvoir » développée par Aníbal Quijano, pour qui :

> « (…) la race, à la fois mode et résultat de la domination coloniale moderne, a imprégné tous les champs du pouvoir capitaliste mondial. Autrement dit, la colonialité s'est constituée dans la matrice de ce pouvoir, capitaliste, colonial/moderne et eurocentré. Cette colonialité du pouvoir s'est avérée plus durable et plus enracinée que le colonialisme au sein duquel il[9] a été engendré, et qu'il a aidé à s'imposer mondialement » (Quijano, 2007)

Dans une perspective décoloniale, Mignolo (Mignolo, 2009) montre que les savoirs locaux, en particulier ceux des peuples endogènes/autochtones et des sociétés colonisées, sont disqualifiés sous le prisme d'une hiérarchie globale des connaissances. Il insiste sur le fait que la modernité occidentale a instauré un régime épistémique qui rend invisibles les rationalités non occidentales, et que cette colonialité du savoir persiste aujourd'hui dans les systèmes scientifiques et académiques. Tout comme l'approche par la « justice cognitive » de Visvanathan, l'approche par la « colonialité du savoir » éclaire la manière dont les pratiques biomédicales mondialisées ont relégué les savoirs endogènes autour de la naissance à des formes de « savoirs inférieurs » ou de « pratiques dépassées ».

Cette disqualification systémique n'est pas uniquement le fait de la sphère académique. Elle est également institutionnalisée dans les politiques de santé, les systèmes éducatifs et les normes de régulation professionnelle, comme l'a souligné la Confédération Internationale des Sages-Femmes (ICM) dans une prise de position explicite :

[9] Nous avons laissé le pronom « il » pour respecter exactement l'écrit de Quijano tel qu'il a été publié en français en 2007 (Quijano, 2007). On peut cependant se demander si le pronom « elle » ne serait pas plus approprié : Cette colonialité du pouvoir s'est avérée plus durable et plus enracinée que le colonialisme au sein duquel **elle** a été engendré, et qu'**elle** a aidé à s'imposer mondialement.

> « Indigenous midwives take a unique approach to health care that is culturally safe, located within the community, and accessible to marginalised populations, and results in improved outcomes for birther and baby.(…) Regulations, formalised education systems, and funding mechanisms continue to favour colonial knowledge systems. Unfortunately, the bio-medical model rarely, if ever, considers Indigenous realities and knowledge.» (International Confederation of Midwives, 2021)

Cette déclaration — notable parce qu'elle émane d'une organisation internationale de référence dans le champ de la maïeutique — renforce la critique décoloniale des épistémologies dominantes. Elle confirme que les cadres biomédicaux ne sont pas seulement exclusifs par omission, mais également structurés par des logiques de hiérarchisation épistémique, qui perpétuent l'héritage colonial. Ici encore, ce n'est pas l'efficacité ou la pertinence des savoirs autochtones/endogènes qui est en cause, mais leur non-reconnaissance institutionnelle, leur non-intelligibilité dans les termes imposés par les normes de légitimation eurocentrées.

L'appel de l'ICM rejoint ainsi les exigences formulées par Visvanathan et Mignolo : reconnaître que les savoirs autochtones ou non-occidentaux ne doivent pas être soumis à une validation externe imposée par la science dominante, mais qu'ils portent en eux leurs propres cadres de légitimité, ancrés dans des contextes, des communautés et des éthiques du soin situées. Visvanathan donne certains repères pour construire la justice cognitive. Selon Visvanathan, celle-ci reconnaît une écologie de savoirs divers et pluriels comme ancrage de la connaissance, une multiplicité des temporalités, réfute les « vieilles dichotomies tradition – modernité ou développement – sous-développement », encourage la traduction et le dialogue de savoirs (notamment entre les différents système médicaux), refuse l'idée de propriété intellectuelle et du « brevetage de la vie », et prône un accès libre et gratuit à la diversité des savoirs disponibles (Visvanathan, 2016).

Décentrer la justice cognitive : des Suds géographiques aux « Suds épistémologiques » (De Sousa Santos, 2016, 2018a)

Toutefois, la disqualification des savoirs ne concerne pas uniquement les peuples endogènes/autochtones ou les sociétés colonisées. Elle touche aussi des savoirs populaires et féminins situés au sein même des sociétés occidentales. C'est ici que Boaventoura De Sousa

Santos élargit l'analyse en proposant la notion de « Suds épistémologiques » (De Sousa Santos, 2016, 2018a). Contrairement à Visvanathan et Mignolo, qui inscrivent la colonialité du savoir dans une critique postcoloniale spécifique, De Sousa Santos montre que la marginalisation des savoirs n'est pas uniquement un enjeu entre le Sud géographique et le Nord géographique, mais qu'elle traverse toutes les sociétés. Les « Suds épistémologiques » regroupent ainsi tous les savoirs subalternisés, qu'ils soient issus des peuples autochtones du Sud géographique, des classes populaires occidentales, des pratiques féminines de soin ou encore des traditions médicales occidentales ou non-occidentales occultées par la biomédecine. Cette perspective permet de comprendre que les savoirs situés en maïeutique n'ont pas seulement été victimes d'un colonialisme géographique, mais aussi d'un colonialisme interne qui a fait des savoirs dominants (masculins, biomédicaux, universitaires) la norme, reléguant les autres au silence. Dans ce cadre, l'articulation entre reconnaissance des savoirs situés et justice cognitive servira d'horizon à ce que j'appellerai, en conclusion générale, une « maïeutique émancipatrice ».

Injustices épistémiques (Fricker, 2007)

Cette forme de disqualification de savoirs fait écho au concept d' « injustice épistémique » développé par la philosophe anglaise Miranda Fricker dans son livre « Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing » (Fricker, 2007). Cette injustice se manifeste lorsqu'un individu ou un groupe se voit dénier le droit d'être reconnu comme sujet capable de produire de la connaissance, ou lorsque ses savoirs, témoignages et perspectives sont minimisés, ignorés ou dévalorisés dans les discours et les pratiques dominantes.

Selon Fricker, l'injustice épistémique survient fréquemment lorsque des savoirs situés, notamment ceux des minorités ou des groupes subalternisés, sont exclus ou marginalisés dans les processus de production, de validation et de diffusion du savoir. L'injustice épistémique a des conséquences sur la reconnaissance sociale et politique des individus concernés, ainsi que sur la légitimité de leurs voix et de leurs expériences. Fricker distingue deux formes principales d'injustice épistémique :

- **L'injustice testimoniale** : lorsque la crédibilité d'un témoignage est injustement dévalorisée, souvent en raison du statut social de l'individu (genre, origine ethnique, classe, etc.). Dans le domaine de la maïeutique, cette injustice testimoniale s'est par

exemple manifestée par la délégitimation historique des femmes et sages-femmes en tant que sources valides de connaissances sur l'accouchement et la santé reproductive[10].

- **L'injustice herméneutique** : lorsque des groupes sont privés des outils nécessaires pour comprendre et interpréter leurs propres expériences, ce qui limite leur capacité à participer aux processus de production de savoirs. Cette injustice survient également lorsque le langage commun dominant ne fournit pas les concepts permettant aux membres de ces groupes de formuler et partager pleinement leurs vécus, les enfermant ainsi dans une forme de silence social et épistémique. Par exemple, la construction d'outils de compréhension de la physiologie de la naissance a été longtemps délaissée au profit d'une approche pathologisante de la naissance, limitant la capacité des femmes et des sages-femmes à faire reconnaître des approches démédicalisées de la naissance[11].

Pour Fricker, les conséquences de l'injustice épistémique sont d'un côté l' « arrogance épistémique » et de l'autre l'empêchement pour les individus à se réaliser pleinement.

Le témoignage d'une sage-femme kenyane illustre la coexistence de ces deux formes d'injustice épistémique. Son expérience montre d'une part l'injustice testimoniale, car la crédibilité de l'expertise des sages-femmes est dévalorisée face à l'autorité du corps des gynécologues obstétriciens qui sont reconnus comme experts en santé publique. Elle montre aussi l'injustice herméneutique, car le modèle de soins porté par les sages-femmes reste difficilement intelligible dans les cadres dominants centrés sur l'approche de la naissance par le risque. Elle dit ainsi :

> « (…) people don't understand the concept of home birth and even of having midwife-led care completely. It's still a big challenge. (…) Because in our country, the people at policy level mostly are obstetricians. So they will pin you down based on that one particular case. And they don't look at the other 100 or 1000 you've done successfully. (…) One time I started the conversation with an obstetrician. He told me: that's risky. And I said: Yes, I don't blame you,

[10] Elle a été largement documentée par les historiens tant au Nord qu'au Sud (Cesbron & Knibiehler, 2004; Gélis, 1988a; Hugon, 2016b; Quiroz, 2021), comme ce sera détaillé dans le chapitre 4 sur la généalogie de la maïeutique.

[11] On retrouve aujourd'hui une volonté de légitimer scientifiquement ces savoirs invisibilisés sur la physiologie de la naissance, à travers de nouveaux axes de recherche en obstétrique en salutogénèse (en opposition à la pathogénèse). Ceux-ci sont portés le plus souvent par des sages-femmes chercheures, par exemple à travers les études sur le suivi des accouchements physiologiques au sein des maisons de naissance (MDN), développées notamment par Anne Chantry pour la pratique en MDN en France ou encore Oliva Bazirete pour la pratique en MDN au Bangladesh, au Pakistan, en Afrique du Sud et en Ouganda (Bazirete et al., 2023; Chantry et al., 2019).

doc, because you look at this woman with risk, while I look at her in a physiological way. Can you imagine this woman can give birth without you doing anything? (…) Some private midwifery centers have been shut down because people don't understand the concept of private midwifery. They want it to be like a hospital setup. But this is a midwife-led setup, it cannot be like a hospital. » (Kenya SF)

Dispositifs du pouvoir savant

L'invisibilisation de certains savoirs découle également d'un processus de reconfiguration des problèmes à travers les dispositifs du pouvoir savant, comme l'analyse Escobar (Escobar, 1994, p. 45). En cela, Escobar prolonge la critique foucaldienne des régimes de vérité en soulignant que les « problèmes » ne sont jamais donnés mais socialement et politiquement construits dans les termes du savoir dominant. Le développement, comme la biomédecine, construit activement ses objets de connaissance en les façonnant selon ses propres catégories et cadres d'intelligibilité, ce qui a pour effet d'invisibiliser les rationalités qui ne s'y conforment pas. Dans le champ périnatal, les dispositifs d'évaluation des besoins sont ainsi conçus selon les cadres dominants, rendant invisibles ou illégitimes les savoirs subalternes qui deviennent alors inopérants, non parce qu'ils sont inefficaces, mais parce qu'ils sont épistémiquement inaudibles. Cette fabrique du pensable produit des formes d'ignorance organisée, qui participent à ce que Visvanathan qualifie d'« écocide » des savoirs, et que De Sousa Santos nomme « épistémicides » et qu'il explore à travers une « sociologie des absences ». Dans le champ de la santé reproductive, cela conduit à une désarticulation entre les systèmes biomédicaux standardisés et les savoirs situés portés par les sages-femmes ou les femmes elles-mêmes, dont l'épistémologie reste inaudible dans les cadres dominants de l'expertise.

Ce décalage est lucidement analysé par une sage-femme sénégalaise que j'ai interrogée lors de ma recherche. Elle dit ainsi :

> « on a eu plusieurs automatismes, hein, par rapport à cette approche santé publique-là qu'on a tous adoptée. (…) aujourd'hui on a un décès maternel, tu fais une séance d'audit. Qu'est-ce qui a provoqué ? Qu'est-ce que la femme a pris, pourquoi elle a tardé à faire ses CPN[12] ? (…) c'était plus cette approche-là de santé, qui n'est pas mal, hein, en soi, mais qui, excuse-moi, je me dis, qui a fait qu'on s'est plus éloigné de la pratique elle-même, de l'approche centrée sur l'individu (…). Parce qu'on a occulté le fait que c'est ça qui impactait même sur les indicateurs

[12] CPN : Consultation prénatale

qu'on est en train de traquer tout le temps. (…) je vois donc pour moi c'était ça, on a plus réfléchi sur, voilà, c'est à qui la faute ? Pourquoi cette femme-là est décédée ? Pourquoi maintenant elle a une fistule ? Pourquoi elle a perdu son bébé ? (…) On s'est plus focalisé sur les chiffres… Les communautés, les femmes ont pas… enfin on les a interrogées, mais c'était plus pour voir des causes de telle ou telle chose. Donc c'est comme ça qu'on sort en général certaines croyances, certains comportements qui ne sont pas positifs pour la grossesse : certaines décoctions, certaines croyances socio-culturelles. Et pas les aspects positifs, parce qu'effectivement, il y en a. (…) on n'a pas su interroger les bonnes pratiques des communautés qui pouvaient peut-être même appuyer le système de santé. Ça quand même, je me rends compte qu'on ne l'a pas trop questionné. (…) » (Sénégal SF)

Par cette critique, cette sage-femme met en lumière les limites des dispositifs savants qui traduisent les réalités vécues en catégories prédéfinies : la recherche de « causes » devient ainsi un acte de normalisation, où les « bonnes pratiques » communautaires ne sont ni interrogées ni intégrées en tant que pratiques protectrices en santé reproductive. Ce témoignage souligne combien les outils d'évaluation peuvent, sous couvert de neutralité, renforcer les logiques d'invisibilisation des savoirs situés, en reconduisant des diagnostics orientés par les cadres institutionnels dominants.

La « ligne abyssale » entre Suds épistémologiques et Nords épistémologiques

Les injustices épistémiques ne se limitent pas à une disqualification des savoirs subalternes : elles instaurent une frontière ontologique[13] entre des existences reconnues et des existences niées. De Sousa Santos nomme cette ligne de démarcation la « ligne abyssale », opposant des « Nords » et des « Suds » épistémologiques à travers des régimes de pouvoir, de vérité et de légitimité qui traversent les sociétés, au-delà de leur géographie. Les modes de production de savoirs nés dans des contextes d'injustice, d'oppression, de déni ou de silenciation épistémique[14] — entendue ici comme la mise sous silence ou l'invisibilisation des voix

[13] Par « ontologique », on entend ce qui relève de l'« être » : ici, la frontière ne porte pas seulement sur la validité des savoirs, mais sur la reconnaissance même de certaines existences comme pleinement humaines ou, au contraire, niées ou dévalorisées.

[14] Silenciation/Silenciation épistémique : Processus par lequel certains groupes (notamment les femmes, les peuples colonisés, les praticiennes subalternes…) sont empêchés de parler, d'être entendus ou de produire des savoirs reconnus comme légitimes. Inspiré des travaux de Kristie Dotson (Dotson, 2011) et de Miranda Fricker (Fricker, 2007) sur les injustices épistémiques, le terme désigne à la fois l'invisibilisation de certaines voix et l'absence de cadre pour les entendre. Il est mobilisé dans la suite du manuscrit pour analyser les formes d'effacement ou de disqualification de certains savoirs en maïeutique dans les espaces biomédicaux et académiques.

marginalisées — sont appelés par De Sousa Santos des « épistémologies du Sud ». Ils sont définis en opposition aux « épistémologies du Nord », faisant référence aux manières dominantes de « faire science » qui sont souvent naturalisées dans les institutions scientifiques. Dans le discours de De Sousa Santos, le Nord et le Sud ne sont ainsi pas géographiques ni même à penser au singulier. Ils sont par certains côtés proches, tout en ne leur étant pas superposables, des « zones d'être » et « zones de non être » décrits par Frantz Fanon comme étant de chaque côté de la ligne séparant l'humain du non-humain (Grosfoguel & Cohen, 2012). Frantz Fanon décrit les « zones d'être » et « zones de non être » séparées par une ligne érigée par la hiérarchie de supériorité et d'infériorité liée au racisme (Fanon, 1952).

Si Frantz Fanon décrit les « zones d'être » et « zones de non être » séparées par une ligne érigée par la hiérarchie de supériorité et d'infériorité liée au racisme (Fanon, 1952), De Sousa Santos envisage quant à lui d'emblée l'ensemble des hiérarchies capitalistes, coloniales et patriarcales, ce qui permet une lecture plus englobante des formes de domination. Ce cadre rejoint le concept d'intersectionnalité proposé par Kimberlé Williams Crenshaw (Crenshaw, 1989) (Grosfoguel & Cohen, 2012) qui décrit des « formes combinées de domination » (Jaunait & Chauvin, 2013, p. 286-297). Une sage-femme que j'ai entendue en entretien résume puissamment cette condition d'enchevêtrement des subalternisations vécues :

> « J'étais déjà femme et noire, et en plus je suis devenue sage-femme… Comme si j'avais pas compris que je cumulais déjà assez ! Franchement, plus en bas de l'échelle, tu fais pas. » (France-DROM SF1)

Ce témoignage, à la fois ironique et lucide, illustre concrètement ce que signifie occuper une position à l'intersection de plusieurs hiérarchies épistémiques, ici articulées autour de l'origine ethnique, du genre et du statut professionnel, et traduit avec acuité l'expérience incarnée de l'intersectionnalité (Crenshaw, 1989).

De Sousa Santos décrit ces hiérarchies comme pouvant être à l'origine de lignes abyssales entre des « Nords » épistémologiques où les êtres sont reconnus « pleinement humains méritant la vie » et des « Suds » épistémologiques où les êtres ne sont plus considérés que comme des « créatures sous-humaines jetables »[15] (De Sousa Santos, 2018b).

[15]« Historiquement, le capitalisme, le colonialisme et le patriarcat ont été les principales forces qui maintiennent la ligne abyssale entre les êtres pleinement humains méritant la vie et les créatures sous-humaines jetables. » (De Sousa Santos, 2018b)

Cette ligne n'est pas abstraite : elle traverse aussi les corps, les lieux de vie et de naissance et les récits de soin. En tant que praticienne-chercheure de terrain, j'ai observé dans ma pratique que cette ligne va parfois jusqu'à être érigée matériellement. Ainsi, pour entrer dans le quartier de la communauté endogène Ayoreode, dans la ville de Santa Cruz de la Sierra en Bolivie, il faut franchir une grille. Le secteur est entouré d'un mur de plus de deux mètres de hauteur, comme le montre la photo prise en 2013 lors d'une étude réalisée à la demande de la communauté, pour co-construire un projet en santé sexuelle et reproductive (Deneffe Dobrzynski, 2013a).



Figure 2: Entrée du quartier de la communauté Ayoreode en Bolivie. Photo prise par ML Deneffe Dobrzynski en 2013

Un autre exemple significatif se trouve en Bulgarie, où j'ai mené deux missions en 2018 dans le quartier Rom de Sliven. Ces missions mêlaient formation en santé sexuelle et reproductive des adolescents et accompagnement à la co-construction d'un projet avec les jeunes et les équipes locales. Ici, c'est l'entrée du quartier par un souterrain qui m'est apparue comme un puissant symbole d'enclavement et d'exclusion sociale. (Deneffe Dobrzynski, 2018b)



Figure 3: Entrée du quartier Rom de la ville de Sliven en Bulgarie. Photos prises par ML Deneffe Dobrzynski en 2018

Ce phénomène d'inscription physique de l'exclusion dans l'espace est bien documenté en sociologie urbaine. Loïc Wacquant (Wacquant, 2008) parle de territoires de relégation pour désigner ces espaces stigmatisés, socialement disqualifiés et isolés du reste de la ville, où s'accumulent les formes de marginalité. Teresa Caldeira (Caldeira, 1996, 2000) analyse également la montée des enclaves fortifiées dans les villes, où murs, grilles et dispositifs sécuritaires rendent visible la ségrégation socio-spatiale. Enfin, Oren Yiftachel (Yiftachel, 2009) propose la notion d'espace gris (*gray space*), qui désigne les zones urbaines tolérées mais non reconnues légalement ou politiquement, souvent habitées par des populations racialisées ou précarisées. Ces approches permettent de comprendre que les barrières matérielles observées dans certains quartiers traduisent une hiérarchisation de l'espace urbain, au croisement du racisme, du capitalisme et de la domination étatique.

Les limites de ces territoires où vivent les populations qui sont de l'autre côté de la ligne abyssale peuvent aussi être marquées par l'absence de routes ou ponts praticables, les priorités des Etats pour leur construction étant souvent interdépendantes du pouvoir de ceux que ces infrastructures desserviront. Ainsi, les photos ci-dessous prises en Angola montrent ce que cette absence d'infrastructures signifie pour l'accès de ces populations à leurs droits en termes d'éducation et santé : les obstacles géographiques pour accéder aux collèges et hôpitaux se surajoutent à l'ensemble des obstacles socio-économiques et aux discriminations leur en freinant l'accès. Dans le contexte angolais illustré par ces photos prises en 2004, les priorités gouvernementales et internationales pour rendre un territoire accessible se

ressentaient également dans les priorités données à déminer certaines routes rapidement ou non. La région de Mungo où j'exerçais alors comme sage-femme était la région la plus minée d'Angola et l'Angola le pays le plus miné du monde.



Figure 4: Obstacles géographiques entre des communautés Ovimbundu et le centre de santé de la municipalité de Mungo. Province de Huambo. Angola. Photos prises par ML Deneffe Dobrzynski en 2004

Cette géographie de l'exclusion, fondée sur l'inaccessibilité structurelle, était toujours prégnante en Angola quelques années plus tard, lors d'une enquête socio-anthropologique que j'ai menée en 2011 dans la province de Kwanza Norte, à l'ouverture d'un projet de santé sexuelle et reproductive (Deneffe Dobrzynski, 2012). En début de saison des pluies, plusieurs villages devenaient inaccessibles pendant des semaines, les crues de certains fleuves coupant tout lien avec les centres de santé disposant de plateaux techniques ou chirurgicaux. L'absence d'infrastructures suffisantes révélait là encore que la frontière n'est pas toujours matérialisée par un mur ou une grille : elle peut être faite de vide, d'oubli, de négligence politique – et se manifester par l'inaccessibilité des soins les plus élémentaires pour certaines populations.

De tels effets d'inaccessibilité ne sont pas propres aux Suds géographiques : en France, la fermeture et la raréfaction des maternités ont eu pour conséquence de contraindre le choix du lieu d'accouchement. Hugo Pilkington et al. (Pilkington et al., 2012) montrent ainsi que lorsque la distance entre deux maternités dépasse 30 km, plus de 85 % des femmes optent pour l'établissement le plus proche, particulièrement dans les catégories sociales les plus défavorisées. Ces résultats rappellent que la ligne abyssale se trace aussi dans les Nords, lorsque l'organisation spatiale des soins restreint l'autonomie des femmes en fonction de leur position sociale et géographique.

Si les exemples précédents montrent comment la ligne abyssale peut s'incarner dans l'espace par des barrières visibles (murs, souterrains, absence de routes ou de pont, éloignement

géographique), elle se manifeste aussi à travers des obstacles moins spectaculaires mais tout aussi exclusifs. Ainsi, en Côte d'Ivoire, lors d'une enquête que j'ai menée en 2016 (Deneffe Dobrzynski, 2016), plusieurs adolescentes exprimaient leur difficulté à accéder à la contraception en raison du manque d'argent, de la distance ou d'horaires inadaptés :

> « J'ai eu mon bébé en 3e, avec un élève de 2de. Le père de mon bébé veut toujours le sexe. Je refuse. Il se fâche. J'ai peur de prendre encore grossesse. Je lui dis qu'il doit m'emmener à l'hôpital pour payer pilule. Mais il n'a pas l'argent. Moi non plus. » Élève de 2de, mère d'un bébé de 14 mois (Côte d'Ivoire 2016)

> « C'est compliqué d'aller au médico… Avec le temps d'attente et les heures d'ouverture, tu peux rater une journée complète de cours ! » Collégienne (Côte d'Ivoire 2016)

> « Le médico, c'est loin du collège, dèh ! Et je loge à l'autre bout de la ville ! — Pendant les vacances… au campement, y a pas hôpital. Faut trouver et payer transport pour aller voir médecin. On fait indigéna[16]. » Collégiennes (Côte d'Ivoire 2016)

Ces témoignages illustrent des formes d'exclusion structurelle, où les jeunes se heurtent à l'impossibilité matérielle d'accéder aux services de santé, non par absence de volonté mais par défaut d'adaptation du système à leur réalité, qu'elle soit économique, géographique ou encore liée à leurs contraintes horaires en tant qu'élève.

Mais au-delà de ces obstacles structurels, dans certains contextes marqués par des vécus traumatiques autour de la naissance, cette « ligne abyssale » se manifeste également dans la peur viscérale qu'inspirent parfois les institutions de santé aux femmes. Une sage-femme argentine rencontrée lors de cette recherche témoigne que le choix de l'accouchement à domicile est parfois une stratégie de fuite face à la violence institutionnelle envers les femmes les plus vulnérables :

> « Y las personas en Argentina eligen parir en casa por varias cosas : por la epidemia, por necesidad, por la violencia obstétrica hospitalaria, por el robo de bebés… No, o sea, roban bebés y los venden. Y también eso quedó de la dictadura militar, porque en la época del gobierno militar también robaban bebés de gente que estaba en prisión[17]. Entonces hay gente

[16] Terme utilisé ici par les adolescents pour désigner les pratiques médicales endogènes, notamment via l'utilisation des plantes médicinales contraceptives et abortives.

[17] Pendant la dictature militaire en Argentine (1976-1983), il est aujourd'hui reconnu qu'environ 500 bébés ont été volés à leurs mères détenues, souvent disparues ensuite, et confiés illégalement à des familles proches du pouvoir militaire. Ces pratiques, désormais qualifiées de crimes contre l'humanité, ont été documentées par la CONADEP

> que elige parir en casa, pero no porque quieren o porque son sus costumbres. No es su filosofía. (…) Es « estoy escapándome ». Entonces por default eligen el parto en casa, pero no porque va alineado. Entonces paren con miedo : la familia, los abuelos, la pareja… miedo, miedo, miedo. Entonces hay procesos que son como… trabajos de parto largos, ¿no? como dolorosos. A veces la dilatación cuesta. Bueno, no siempre es así. »[18] (Argentine SF)

Ce témoignage donne à entendre la représentation du système de soins comme un lieu où les femmes subalternisées peuvent basculer de l'autre côté de la ligné abyssale, dans cette zone de non-être, où l'on cesse d'être protégé, cru ou soigné. Le choix d'accoucher chez soi devient, dans ce contexte, une stratégie de survie dans un environnement où les violences obstétricales, les héritages dictatoriaux et la peur collective ont effacé la confiance dans les institutions. Ce n'est pas un refus des savoirs biomédicaux, mais un refus de leur incarnation institutionnelle dans un dispositif perçu comme dangereux.

Cette crainte des institutions et cette défiance face à leur pouvoir de définir qui est autorisé à exister, socialement et épistémiquement, se retrouvent dans d'autres contextes. Ainsi, une sage-femme kenyane témoigne comment cette crainte et cette défiance des institutions ont participé au décès de son petit frère :

> « My mother gave birth to a child who was to follow me when I was about nine years. And remember, I'm the 10th born in my home, so that was the 11th baby and she struggled quite a bit in because she was not young cause myself I was born with my mother was 40s so she wasn't young at the time. She was trying to give birth to this last one. And I witnessed because she really was ashamed of going to the hospital because of her age. So she labored in the house for quite a long time before she went to the hospital, which complicated. She was taken for cesarean section. And unfortunately, now, I lost my brother. Yeah. So yeah, so I kept on wondering what could have caused the death of that baby because he was big. He was 4.5 kilos at birth. So I was young at the time, but it kept on wondering why. Why did my mother fear going to hospital at the time? Now, over time, I've realized it's about shame, and not

(*Nunca Más*, 1984) et dénoncées par les *Abuelas de Plaza de Mayo*. Elles ont laissé un traumatisme collectif profond, en particulier dans les classes populaires et militantes, générant une méfiance durable envers les institutions (Arditti, 2009).

[18] Traduction : « Et les gens, en Argentine, beaucoup choisissent d'accoucher à la maison pour plusieurs raisons : à cause de l'épidémie, par nécessité, à cause de la violence obstétricale à l'hôpital, à cause du vol de bébés… Non, enfin, ils volent des bébés et les vendent. Et ça, ça vient aussi de la dictature militaire, parce qu'à l'époque du gouvernement militaire aussi, ils volaient des bébés à des personnes qui étaient en prison. Alors il y a des gens qui choisissent d'accoucher à la maison, mais pas parce qu'ils le veulent ou parce que ce sont leurs coutumes. Ce n'est pas leur philosophie. C'est : "je suis en train de fuir". Donc par défaut, ils choisissent l'accouchement à domicile, mais pas parce que ça correspond à leurs convictions. Du coup, elles accouchent dans la peur : la famille, les grands-parents, le partenaire… peur, peur, peur. Et alors il y a des processus qui sont comme… des accouchements longs, non ? comme douloureux. Parfois la dilatation prend du temps. Bon, ce n'est pas toujours comme ça. »

> shame because her she's feeling shameful. But it's because in the hospital, when you go to the maternity ward, the midwives put the shame on you. Like, why are you giving birth at this age? Why do you need a child? » (Kenya SF)

Dans la même perspective, une enquête socio-anthropologique que j'ai menée en 2018 dans les quartiers les plus défavorisés d'Antananarivo, à Madagascar (Deneffe Dobrzynski, 2018a, 2022) montre comment le comportement de soignants exclue des populations de l'accès aux soins et à la santé. Là, des adolescents vivant dans les « bas quartiers » décrivaient leur sentiment d'exclusion des espaces de soin et d'accès à l'information en santé sexuelle et reproductive. Leurs témoignages illustrent à la fois une invisibilisation de leur besoin d'apprentissage et une disqualification implicite de leur droit à savoir :

> « Bon, si on arrive comme ça, mal habillés et pas mariés encore… On va pas être bien reçus. On va nous critiquer, pas nous donner les condoms… » Garçons adolescents 14-18 ans (Madagascar 2018)

> « Non, j'aurais trop honte, moi déjà… Et aussi trop peur qu'on m'fasse encore plus honte… On va me refuser parce que je suis trop jeune et pas mariée. Je voudrais juste y aller pour qu'on m'explique comment compter les jours[19]. J'ose pas. » Adolescente 17 ans (Madagascar 2018)

Ces paroles ne relèvent pas simplement de l'exclusion sociale ; elles traduisent une forme de non-autorisation épistémique, où la légitimité de vouloir savoir est déniée. La demande de savoir — légitime, située, contextuelle — n'est pas entendue, car elle ne répond pas aux normes dominantes de respectabilité, d'âge ou de genre. Elle devient inaudible, dans un cadre où seuls certains sujets, au statut social et moral validé, sont autorisés à « savoir », à « demander » ou à « comprendre ».

Ces expériences incarnées de la ligne abyssale dans les espaces de naissance, de soin et de savoir montrent que la production de savoirs en maïeutique ne peut être dissociée d'une lutte pour la reconnaissance des voix situées. Dans ces contextes, faire acte de savoir devient en soi un acte de résistance : une manière de refuser l'invisibilisation, de réclamer un droit à comprendre, à transmettre, à exister.

[19] « Compter les jours » : connaître la période du cycle menstruel féminin où les rapports sexuels sont à risque de grossesse

Une ligne abyssale jusque dans le champ académique ?

Ces expériences situées invitent désormais à déplacer la focale vers l'atelier de production scientifique lui-même : comment l'histoire et l'internationalisation des sciences sociales au Nord ont-elles contribué à stabiliser ces hiérarchies épistémiques ? Les travaux de Dufoix et Macé (Dufoix & Macé, 2019) mettent en lumière les asymétries épistémiques structurelles qui traversent encore le champ des sciences sociales et donnent des éléments permettant de la comprendre. Ainsi, la discipline socio-anthropologique, née en Europe occidentale, s'est internationalisée à la fin du XIXe, notamment avec la création de l'Institut international de sociologie en 1893. Toutefois, cette internationalisation s'est majoritairement construite par l'exportation d'épistémologies occidentales, considérées comme universelles, tandis que les perspectives non-occidentales étaient reléguées au statut de points de vue locaux. Par ailleurs, malgré une volonté affichée d'internationalisation, l'Occident a gardé une mainmise sur les publications internationales et a fait peu d'effort pour asseoir la légitimité universitaire des chercheurs issus d'autres continents. Quelques actions, symboliques et insuffisantes, ont été posées dès les années 1970 face à ces disparités d'opportunités données aux chercheurs non-occidentaux. Ainsi, les 10ème et 11ème congrès de l'Association Internationale de Sociologie ont été organisés successivement dans des pays non-occidentaux, à Mexico en 1982 et à New Delhi en 1986. Les retombées de ce genre d'initiatives restent cependant assez quelconques quant à un réel impact pour une ouverture structurelle de la discipline hors Occident. (Dufoix & Macé, 2019) A la fin du XXe et début du XXIe, 88 % des périodiques de sciences sociales sont encore publiés en Europe (51,5 %) ou en Amérique du Nord (36,5 %) (Mosbah-Natanson & Gingras, 2013, p. 632). On peut également noter que les références théoriques occidentales restent prédominantes dans les articles et ouvrages, et que les sociologues occidentaux restent les plus cités[20] et les plus enseignés (Bourdieu, Touraine, Weber, Habermas, Foucault, Giddens…). (Dufoix & Macé, 2019)

Les barrières linguistiques accentuent cette asymétrie : les langues de communication et de publication restent acquises aux « langues coloniales » telles que l'anglais, le français,

[20] « Un décompte des dix auteurs les plus cités sur la décennie 1998-2009 dans la Revista Brasileira de Ciências Sociais et dans la Revista Mexicana de Sociología montre que, dans le premier cas, seuls deux auteurs non occidentaux – en l'occurrence brésiliens : Florestan Fernandes et Gilberto Freyre – en font partie, respectivement en septième et dixième position, loin derrière Bourdieu, Weber, Habermas, Giddens et Foucault. Dans le cas mexicain, aucun chercheur mexicain ou latino-américain n'entre dans les 22 premières positions, le haut de la liste étant là aussi occupé par Bourdieu, Touraine, Weber, Habermas et Foucault. D'autres études réalisées sur d'autres pays indiquent des résultats similaires. » (Dufoix & Macé, 2019, p. 97)

l'allemand et l'espagnol (Dufoix & Macé, 2019, p. 97)[21]. L'accès aux colloques et congrès internationaux pour les chercheurs des pays à PIB/ habitant faible reste quant à lui problématique et est un handicap de plus donné à la diffusion de points de vue non occidentaux de la discipline socio-anthropologique. (Dufoix & Macé, 2019). Ainsi, en 2014, si le Congrès mondial de sociologie qui eut lieu à Yokohama au Japon met en avant que 103 pays y étaient représentés, en croisant diverses sources en ligne de l'International Sociological Association, il faut noter que seulement 10 % des étudiants ou chercheurs présents venaient de pays à PIB/ habitant faible et 70 % de pays à PIB/habitant élevé. Lors de ce congrès mondial, on constate que la recherche en sociologie était représentée pour la France, le Royaume-Uni et l'Allemagne par respectivement 266, 317 et 408 participants tandis que 11 pays d'Afrique sub-saharienne étaient représentés quant à eux par 1 à 3 participants / pays. (Burawoy, 2015, p. 4,12,14) (ISA, 2014)[22].

Cela participe à ce que les épistémologies eurocentrées poursuivent leur domination sur le monde intellectuel et que soit réduite la capacité d'ouverture de la recherche à d'autres épistémologies c'est-à-dire à d'autres formes de construction des savoirs scientifiques. Le sociologue asiatique Syed Hussein Alatas dénoncera ainsi un « impérialisme méthodologique » (Alatas, 1974, p. 695) tandis que le sociologue colombien Orlando Fals Borda militera pour « décoloniser les sciences sociales » (Fals Borda, 2020). (Dufoix & Macé, 2019)

II – Revaloriser les savoirs subalternisés : pour une justice cognitive en maïeutique

Ecologie des savoirs

Pour De Sousa Santos, les lignes abyssales sont tracées par la pensée dominante : l'hégémonie des modèles eurocentrés de construction des savoirs a pour effet de disqualifier toute autre forme de construction de savoirs. Du côté de la ligne abyssale des « dominés » ou « subalternes », les réalités et les savoirs se trouvent ainsi invisibilisés, marginalisés ou niés.

[21] « En 1980, la World List of Social Science Periodicals de l'UNESCO indiquait que 75 % étaient publiés dans une langue européenne, soit 44 % en anglais, 13 % en français, 10,7 % en espagnol et 7,5 % en allemand. (…) tandis que, sur la période 1998-2007, 94,45 % des articles de sciences sociales relevés dans le Social Science Citation Index étaient rédigés en anglais » (Dufoix & Macé, 2019, p. 97)

[22] En complément à cette source secondaire (Burawoy, 2015, p. 4,12,14), le détail des statistiques des participants a été consulté et relevé sur le site internet de l'International Sociological Association (isa-sociology.org/en/conferences/world-congress/yokohama-2014/statistic.)

Cette négation d'autres formes de savoirs conduit à ce que De Sousa Santos nomme des « épistémicides » (De Sousa Santos, 2016), en résonnance aux « écocides » décrits par Visvanathan (Visvanathan, 2016) et lui fera évoquer « la nature sacrificielle des Lumières européennes » se manifestant dans

> « la façon dont elles présentent les options qu'elles ont écartées ou les routes qu'elles n'ont pas prises comme preuve qu'aucune autre option, aucun autre chemin n'était possible. »[23] (De Sousa Santos, 2018b)

En réponse à ces injustices épistémiques, De Sousa Santos développe la notion d' « écologie des savoirs », une approche qui vise à reconnaître les savoirs subalternisés et favoriser le dialogue entre différentes formes de rationalité (De Sousa Santos, 2016)[24]. S'inscrire dans une écologie des savoirs suppose de reconnaître pleinement la validité ontologique des rationalités autres, qu'elles soient ancrées dans des cosmologies endogènes/autochtones, des pratiques de soin féminines ou des formes populaires de résistance. Cette perspective permet de repenser la maïeutique non pas uniquement à travers le seul savoir biomédical, mais comme un espace où faire dialoguer savoirs scientifiques et savoirs émotionnels, expérientiels ou endogènes.

Épistémologies du Sud et justice cognitive : vers une reconnaissance des savoirs subalternisés

Tout comme Visvanathan, De Sousa Santos construit ses théories dans une relation serrée (Recherches-Actions Participatives) avec les pratiques issues des mouvements citoyens émancipateurs. Il définit ceux-ci comme luttant contre les diverses formes d'oppression patriarcales, colonialistes et capitalistes. Pour De Sousa Santos, la justice sociale ne peut advenir sans une justice cognitive construite avec les « épistémologies du Sud » :

[23] « La nature sacrificielle des Lumières européennes se manifeste dans sa manière de raisonner sans raison ; la façon dont elles présentent les options qu'elles ont écartées ou les routes qu'elles n'ont pas prises comme preuve qu'aucune autre option, aucun autre chemin n'était possible ; la façon dont elles justifient les résultats catastrophiques comme des dommages collatéraux inévitables.» (De Sousa Santos, 2018b).

[24] Cela fait écho à la notion de « plurivers » developpée par Escobar, pour qui les marges permettent de penser la pluralité des mondes possibles à condition d'entrer dans un projet de transformation épistémique et politique :

> "Today, difference is embodied for me most powerfully in the concept of the pluriverse, a world where many worlds fit, as the Zapatistas put it with stunning clarity"(Escobar, 2018, p. XVI)

Appliquée à la maïeutique, cette notion de plurivers invite à penser une écologie des savoirs où les rationalités subalternes trouvent leur pleine place, au lieu d'être tolérées en périphérie des cadres biomédicaux hégémoniques.

> « Pour arriver au genre de pensée post-abyssale qui dépasse complètement le binaire métropolitain/colonial, il est nécessaire de mener une bataille qui dépasse les paramètres épistémiques. Le pouvoir hégémonique ne peut être affronté que par les luttes de ces groupes sociaux qui ont été systématiquement blessés et privés de représenter le monde comme le leur. Leurs savoirs, nés des luttes anticapitalistes, anticoloniales et antipatriarcales, constituent ce que j'appelle les épistémologies du Sud et mettent en lumière d'autres manières de savoir et de bien vivre (buen vivir). » (De Sousa Santos, 2018b)

Cette perspective permet de repenser la maïeutique non pas uniquement à travers le seul savoir biomédical, mais comme un espace où faire dialoguer savoirs scientifiques et savoirs émotionnels, expérientiels ou endogènes. Elle permet également d'éclairer les résistances des sages-femmes comme une tentative de justice cognitive : en réintroduisant des savoirs invisibilisés dans leurs pratiques, elles participent à un mouvement de réhabilitation des connaissances subalternisées. Ainsi, pendant la pandémie de Covid, une sage-femme équatorienne mobilisant les savoirs endogènes de sa communauté quechua a continué à accompagner les femmes de manière autonome :

> « En el Covid sí, ya nos tocó ir a cada casa para dar parto porque ya tenían miedo (…) ya teníamos plantitas medicinales para Covid, para fumigar, así trabajábamos (…) nos decían, por favor, ayúdennos con parto (…) con eso ya les fumigábamos y había agüitas le dábamos agüitas de remedio (…) en el hospital había full de Covid, ahí full en hospitales mestizos más que todo. (…) las mujeres embarazaditas ahí ya decidieron dar partos en la casa, no ir en el hospital.[25] » (Equateur SF 1)

Ce récit éclaire une écologie des savoirs en acte, où la santé périnatale repose sur une rationalité collective ancrée dans des pratiques culturelles spécifiques. Loin de l'imaginaire biomédical dominant, il s'agit ici d'un mode de soin opérant, et reconnu par sa communauté. Cette sage-femme incarne une figure de résistance épistémique au sens de De Sousa Santos, à la croisée des luttes pour la vie, la dignité, et la reconnaissance cognitive.

Si reconnaître les épistémologies du Sud vise à revaloriser les savoirs subalternisés et à penser une justice cognitive, encore faut-il comprendre comment ces savoirs ont été produits comme

[25] Traduction : « Pendant le Covid, oui, il a fallu que nous allions dans chaque maison pour faire les accouchements parce qu'elles avaient déjà peur […] nous avions déjà des petites plantes médicinales pour le Covid, pour faire des fumigations, c'est comme ça que nous travaillions […] elles nous disaient : s'il vous plaît, aidez-nous pour l'accouchement […] avec ça, nous les fumigions déjà, et il y avait des petites eaux, nous leur donnions des petites eaux de remède […] à l'hôpital, il y avait plein de Covid, là-bas plein, surtout dans les hôpitaux des métis. (…) les petites femmes enceintes là, elles ont alors décidé d'accoucher à la maison, de ne pas aller à l'hôpital […]. »

illégitimes, inexistants ou non scientifiques. C'est précisément l'enjeu de la « sociologie des absences », concept proposé par De Sousa Santos pour analyser les mécanismes actifs d'invisibilisation et de disqualification des savoirs dans les régimes de vérité dominants. En prolongeant cette réflexion, il devient possible de dévoiler les logiques par lesquelles les savoirs féminins, émotionnels, expérientiels ou endogènes sont systématiquement rendus absents dans le champ de la santé, et en particulier en maïeutique.

Sociologie des absences

La « sociologie des absences » est pour De Sousa Santos

> « une recherche qui vise à montrer que ce qui n'existe pas est en fait activement produit comme non existant, c'est-à-dire comme une alternative non crédible à ce qui est supposé exister. (…) Je distinguerai ici cinq logiques, qui sont aussi cinq façons de produire de l'absence ou de la non-existence : « ignorer » ; tenir pour « rétrograde », « inférieur », « local » ou « particulier », « improductif » ou « stérile ». » (De Sousa Santos, 2011)

Il s'agit pour la recherche en « sociologie des absences » de montrer comment l'hégémonie de certaines épistémologies, en refusant la confrontation « à des formes alternatives de rationalité » participe à disqualifier des pans de savoirs et à les invisibiliser. La « sociologie des absences » révèle les exclusions abyssales produites par les différentes formes de colonialisme, de patriarcat et de capitalisme. (De Sousa Santos, 2011, 2016) La « sociologie des absences » s'inscrit pour De Sousa Santos dans un souci de justice cognitive s'inscrivant au sein même d'une auto-critique du monde académique, ce qui n'est pas sans évoquer Jacques Derrida pour qui par ailleurs « la déconstruction est la justice » (Derrida, 1989) (M. del C. Chapela et al., 2008)[26].

Sociologie des émergences

La sociologie des absences s'inscrit pour De Sousa Santos au sein d'un double mouvement épistémologique : la « sociologie des absences et des émergences ». Là où la sociologie des absences visibilise les exclusions abyssales, la « sociologie des émergences » vise à

[26] La « sociologie des absences » fait par ailleurs écho à la méthodologie généalogique (Foucault, 1976; Nietzsche, 1887) telle qu'elle sera présentée et déployée dans le chapitre sur la généalogie de la maïeutique.

> « une science post-abyssale construisant des connaissances scientifiques en coopération avec d'autres types de connaissances, pour que la connaissance scientifique comme la connaissance artisanale puissent bénéficier de cette coopération. »[27] (De Sousa Santos, 2018a, p. 248)

La « sociologie des émergences » est une sociologie d'un potentiel futur émancipateur, « une enquête sur les alternatives contenues dans l'horizon des possibilités » (De Sousa Santos, 2011). Elle prend appui sur la mise en lumière de ce qui est produit comme connaissances au-delà de la ligne abyssale. Il s'agit ainsi ici de dépasser la mise en évidence des exclusions abyssales permise par la « sociologie des absences ». Grâce notamment à la reconnaissance d'une écologie des savoirs et à la traduction interculturelle (De Sousa Santos, 2016; Visvanathan, 1997, 2016), il s'agit de promouvoir la possibilité de nouvelles alternatives d'émancipation sociale :

> « Pour les opprimés, une épistémologie des conséquences rend l'expérience lisible et la justice possible. Et un tel mode de connaissance n'a pas de fondement - il peut s'élaborer à l'infini, une structure baroque dont les énergies turbulentes se déplacent de la marge vers le centre, la non-linéarité de la figure et la subversion de la hiérarchie. Ce n'est qu'ainsi que les ruines peuvent être transformées en graines. » (De Sousa Santos, 2018b)

Ces savoirs émergents prennent corps dans des pratiques situées, à la frontière entre les marges sociales, les contraintes systémiques et les engagements éthiques des praticiennes. La sociologie des émergences permet ainsi de reconnaître ces actes ordinaires mais puissants comme des formes de connaissance en acte, forgées dans l'urgence, l'adaptation et la solidarité. Ainsi, une sage-femme américaine témoigne d'une épistémologie du terrain, relationnelle, plurielle, souvent invisibilisée par les normes dominantes, mais porteuse de savoirs réhumanisant les soins. Dans un contexte de marginalité, cette praticienne mobilise ses compétences multiples, son intuition et sa créativité pour réinventer le soin hors des cadres hospitaliers, loin des protocoles standardisés :

> « They're both deaf. (…) And they came to me and she likes it so much because she can talk to me [the midwife is also a sign language interpreter. Usually at the clinic or hospital, staff don't speak sign language, and because of the masks during Covid, they couldn't even read lips.] This one day she's in labor and she calls, but I am busy, so I didn't see it. And I see it a few minutes later and I called back right away on video, of course, because they're deaf (…) And I

[27] Citation traduite librement du portugais au français

got in my car and I called the student and I said come to my house, pick up the birth tub, put it in your big SUV and take it to the birth. (…) Not a nice area, but it's OK. I'm always safe and protected. (…) Little tiny apartment, not so nice and two big pit bulls. You know. Don't worry. They put them in the car with the window down a little bit outside the apartment (…) We have to make everything. There's no table. We use the box from the crib mattress to make a table so that we can put our stuff out and then my student takes the plastic from the mattress to make a cover on the bed because we didn't have anything. She sat on the edge of the couch. Really. We are getting the tub filled and within 15 minutes she gets in and pushes the baby out. No tear. Beautiful, 10 Apgar. The baby is so easy. No problem. First baby. […] I have to explain everything as I'm going, plus do it. It's hard to do both and I know it, but I'm... You know, there's a peace inside me that thinks I could do both. Why not? (…) And they took their little ear pods and they put them on the baby to see if they can tell if the baby can hear. It's so cute. It's so magical and it's just like, so new. It's just to tell you it gives me chills still. » (USA-Arizona SF)

Dans cet instant improvisé, fait de gestes bricolés, de créativité partagée, de traduction linguistique et émotionnelle, se manifeste une épistémologie du terrain[28]. Elle exprime une forme de savoir pratique et relationnel, capable de produire du soin, de la sécurité et de la confiance dans l'urgence et les contraintes sociales, humaines et matérielles. Il s'agit d'un savoir non valorisé par les institutions, mais fondamental dans la perspective d'une maïeutique humanisée. Cette scène donne à voir la capacité subalterne à faire advenir un monde habitable, une maïeutique humanisée, et constitue un exemple de la sociologie des émergences en acte. Ce récit croise plusieurs lignes de subalternisation tant du côté du couple que de la sage-femme : statut socio-économique précaire, quartier stigmatisé, surdité, accouchement à domicile en contexte de pandémie. Il constitue un exemple paradigmatique de savoir situé émergeant au-delà de la « ligne abyssale », selon la terminologie de De Sousa Santos et s'inscrit pleinement dans les « épistémologies du Sud ». Il participe de cette sociologie des émergences qui reconnaît, dans les pratiques de soin alternatives et marginalisées, des formes vivantes et légitimes de production de savoirs.

Pour cette thèse, la sociologie des émergences est ainsi l'étude des alternatives qui prennent forme à partir des marges du modèle dominant de l'accouchement hospitalier. Un autre exemple concerne l'émergence du modèle des maisons de naissance (MDN). Au Québec,

[28] Etude de la construction des savoirs nés sur le terrain

celles-ci sont nées de l'expérience de l'accouchement accompagné à domicile (AAD). Ce modèle québécois des MDN a été imaginé et porté par des collectifs de femmes et de sages-femmes ayant cette expérience de l'AAD, et inscrites dans des luttes féministes pour l'autodétermination et l'autonomie autour de l'accouchement. En témoigne une sage-femme entendue en entretien. Ayant participé à la légitimation de la pratique AAD et à l'émergence des premières MDN au Québec, elle leur relie directement l'autonomie professionnelle des sages-femmes, l'autodétermination des femmes, et les mobilisations collectives :

> « Pourquoi les sages-femmes ont besoin d'une autonomie ? C'est pour permettre aux femmes d'avoir un accouchement en toute autonomie comme elles le souhaitent. Si t'es obligée de suivre les protocoles des autres médicaux, suivre strictement je veux dire, puis que la femme veut pas ce type d'intervention-là, ben t'es un peu mal foutue. Puis si t'as pas l'autonomie pour être capable de dessiner comme professionnelle l'autonomie des femmes, t'es déjà plus au service des femmes (…) moi personnellement je travaillais plus pour une cause, là, qui était de contribuer à mettre en place des conditions pour que les accouchements puissent bien se passer (…) Pour l'accouchement à domicile ou en maison de naissance, il y a eu une forte mobilisation de groupes de femmes (…) il y a eu des marches, des manifestations, des lettres. » (Canada-Québec SF)

Les émergences en maïeutique ne naissent cependant pas uniquement des luttes visibles, ou de pratiques hors du milieu hospitalier. Elles relèvent aussi de gestes discrets qui se déploient au quotidien dans les hôpitaux, en tension avec les protocoles biomédicaux. Ainsi, certaines sages-femmes décrivent comment, malgré des règles strictes, elles trouvent des marges de manœuvre pour réinventer une pratique tenant compte à la fois de leurs savoirs biomédicaux et de savoirs féminins émotionnels, expérientiels ou endogènes. L'une d'elles raconte par exemple avoir tenu compte de ses savoirs expérientiels et émotionnels pour contourner des normes biomédicales :

> « (…) les maris déposaient les femmes devant l'hôpital (…) C'était… (silence)…ça m'a fait beaucoup de peine pour les mamans… (…) Je me rappelle avoir un peu triché certaines fois (…) On se regarde et on se dit : bon, on va le laisser rentrer, on n'en parle à personne. » (France-DROM SF1)

Une autre témoigne que des sages-femmes tiennent compte de savoirs féminins endogènes, quitte à enfreindre les règlements :

> « Sur le plan culturel, sur le plan traditionnel, le placenta a une signification énorme. (…) Officiellement, c'est interdit de remettre le placenta aux familles à l'hôpital… Mais clandestinement des sages-femmes le remettent… (…) » (Cameroun SF)

Encore une autre réinvente des pratiques faisant dialoguer savoirs biomédicaux et savoirs féminins endogènes, en enfreignant l'interdiction de l'introduction des savoirs féminins endogènes dans les salles de naissance :

> « Ma da pena ver las mamás solitas. A veces las enfermeras nos dicen que molestamos, que no seguimos el protocolo. Pero la mamá nos pide que nos quedemos, entonces nosotras encontramos la forma. Nos ponemos a un lado, no hablamos mucho, pero seguimos ahí con ella, con nuestras plantitas, con los masajes quechua…. A veces los doctores no se dan cuenta, y nosotras seguimos haciendo nuestro trabajo. (…)[29] » (Equateur SF1)

Ces gestes modestes, souvent invisibles aux institutions, témoignent d'une maïeutique en acte, souterraine, qui se réinvente dans l'interstice des normes, qui réhabilite des savoirs expérientiels, émotionnels et endogènes et réinvente une écologie des savoirs en maïeutique. Ces gestes ordinaires de résistance et ces émergences collectives montrent que la production de savoirs en maïeutique ne peut être pensée uniquement depuis l'académie ou les institutions biomédicales. Elles invitent aussi la chercheure à interroger sa propre manière de faire de la recherche : comment rendre visibles ces savoirs situés, comment les reconnaître comme légitimes, et comment construire un cadre méthodologique capable de dialoguer avec eux ? C'est dans cette perspective qu'il est nécessaire de penser une praxis de recherche.

Praxis de recherche

Les résistances peu visibles aux institutions, tout comme les émergences appuyées par des mobilisations collectives, mettent en évidence que la production de savoirs en maïeutique se construit dans les interstices : dans les pratiques discrètes du quotidien hospitalier, dans des mobilisations féministes locales, ou encore dans des formes alternatives d'accompagnement de la naissance. Reconnaître ces savoirs situés oblige la chercheure à déplacer sa propre

[29] Traduction : « Parfois les infirmières nous disent que nous dérangeons, que nous ne suivons pas le protocole. Mais la maman nous demande de rester, alors nous trouvons la façon. Nous nous mettons sur le côté, nous ne parlons pas beaucoup, mais nous restons là avec elle, avec nos petites plantes avec les massages quechua... Parfois les docteurs ne se rendent pas compte, et nous continuons à faire notre travail. (…) »

posture : il ne s'agit pas seulement d'analyser les résistances, mais aussi de concevoir une manière de faire de la recherche qui soit elle-même en dialogue avec elles.

Ce positionnement méthodologique, consistant à penser l'émancipation depuis les marges et avec les populations subalternisées, s'inscrit dans une tradition intellectuelle latino-américaine portée notamment par Paulo Freire. Il articulait déjà en 1968, dans « La pédagogie des opprimés », un projet éducatif et un projet politique d'émancipation fondé sur la reconnaissance des savoirs populaires et la co-construction des apprentissages (Freire, 2021). Il écrit ainsi à propos de la praxis[30], en tant que réflexion-action dirigée sur le monde afin de le transformer :

> « En insistant sur l'effort permanent de réflexion des opprimés sur leurs conditions concrètes, nous ne pensons pas à un jeu amusant sur un plan purement intellectuel. Nous sommes convaincus, au contraire, que la réflexion, si elle est réelle, mène à la pratique.
> Par ailleurs, si l'action est déjà lancée, elle deviendra une praxis authentique dans la mesure où le savoir qui en résulte fait l'objet d'une réflexion critique. (…)
> Ainsi, il s'agit de ne tomber ni dans l'action pour l'action, ni dans un jeu de mots creux pour amateurs – un casse-tête intellectuel – qui, n'étant pas une véritable réflexion, ne conduit pas à l'action. Il faut à l'inverse envisager l'action et la réflexion ensemble, comme unité qui ne doit pas être scindée.
> Mais pour ce faire, il nous faut croire aux opprimés. Les considérer comme capables de penser correctement aussi.
> Sans cette conviction, toute idée de dialogue, de réflexion, de communication est inexistante ou abandonnée, et nous sombrons dans les *slogans*, les communiqués et les « dépôts », le dirigisme. C'est une menace inhérente aux fausses adhésions à la cause de la libération des êtres humains. » (Freire, 2021, p. 49-50)

Dans le sillage de Freire, ce lien indissociable entre production de savoirs, action transformatrice et engagement aux côtés des populations subalternisées — considérées comme actrices épistémiques à part entière — a été prolongé et systématisé par Orlando Fals Borda (Fals Borda, 2020). Ce dernier est pionnier de la recherche-action participative en Amérique latine. Il insiste, dès les années 1970, sur la nécessité pour le chercheur de

[30] « Nous appelons praxis ce faire dans lequel l'autre ou les autres sont visés comme êtres autonomes et considérés comme l'agent essentiel du développement de leur propre autonomie. La vraie politique, la vraie pédagogie, la vraie médecine, pour autant qu'elles ont jamais existé, appartiennent à la praxis » (Castoriadis Cornelius, 1975, p. 303)

décloisonner la production des savoirs et de reconnaître les communautés comme co-chercheures à part entière :

> "Ne monopolisez pas vos connaissances ni n'imposez avec arrogance votre technique, mais respectez et combinez vos compétences avec les connaissances des communautés de recherche ou de base, en les prenant comme partenaires à part entière et co-chercheurs. Ne faites pas confiance aux versions élitistes de l'histoire et de la science qui répondent aux intérêts dominants, mais soyez réceptif aux contre-récits et essayez de les reprendre. Ne comptez pas uniquement sur votre culture pour interpréter les faits, mais récupérez les valeurs, les traits, les croyances et les arts locaux pour l'action par et avec les organismes de recherche. Imposez votre propre style scientifique pesant pour communiquer les résultats, mais diffusez et partagez ce que vous avez appris avec les gens, d'une manière tout à fait compréhensible et même littéraire et agréable, car la science ne doit pas nécessairement être un mystère ni le monopole d'experts et intellectuels." (Fals Borda, 2020)

Dans cette continuité, De Sousa Santos pense la sociologie des absences et des émergences comme reposant sur une praxis de recherche décoloniale, qui engage le chercheur dans un positionnement épistémologique, éthique et méthodologique spécifique. Il formule des orientations pour ce qu'il nomme le « chercheur post-abyssal », pensé non comme un expert détaché, mais comme un artisan de savoirs situés, en lien avec les communautés concernées. Il invite ce chercheur à :

- être humble, avoir le respect du matériel et des techniques, ne pas être obsédé par l'originalité ou la paternité des connaissances produites avec (et non sur) la communauté, dans une recherche impliquée et non surplombante,
- ne pas s'enfermer dans des méthodologies appliquées mécaniquement, être créatif dans son appropriation de méthodologies de recherche, tout en veillant à éviter l'anarchie méthodologique,
- déterminer les objets de recherche et les modèles méthodologiques non à partir de leur importance pour les disciplines académiques mais à partir de leur importance du point de vue du contexte social, de l'époque historique et de leur intégration dans un artisanat de pratiques au sein des luttes sociales,
- s'autoriser la création et l'expérimentation de nouvelles méthodologies, lorsque les méthodologies existantes, même réappropriées avec créativité, ne sont pas adaptées au défi de la recherche, comme cela peut se rencontrer dans la sociologie des émergences.

De Sousa Santos invite le « chercheur post-abyssal » à désapprendre, sans pour autant oublier ni ne plus utiliser, lorsque cela est pertinent, les méthodologies apprises durant un cursus d'apprentissage de la recherche. Il précise que ce cursus est le plus souvent inscrit dans une hégémonie épistémologique eurocentrée, qu'il se soit déroulé dans le Nord ou le Sud géographique. Il invite ainsi ce chercheur à se réapproprier ces méthodologies avec créativité, ou à en créer de nouvelles si aucune réappropriation ne permet de les adapter aux défis de sa recherche. (De Sousa Santos, 2018a, p. 251-254)

Dans une perspective proche, mais depuis les luttes féministes, plusieurs autrices insistent sur la nécessité de créer des outils analytiques propres, ancrés dans les réalités vécues et les dynamiques de résistance. Ainsi, Elsa Dorlin rappelle que l'enjeu épistémologique du féminisme contemporain ne réside pas uniquement dans la critique des savoirs dominants, mais aussi dans la capacité à produire des outils théoriques opérants pour transformer le réel (Dorlin, 2005).

Dans l'ensemble, ces approches convergent vers une même exigence : celle d'une praxis de recherche impliquée, critique et située, capable d'articuler rigueur intellectuelle, responsabilité sociale et engagement transformateur.

Vers une hybridation critique des savoirs et des disciplines

Les propositions théoriques sur la justice cognitive (De Sousa Santos, 2016; Visvanathan, 1997, 2009, 2016) permettent de questionner les hiérarchies épistémiques qui traversent les pratiques biomédicales, y compris en maïeutique. En portant l'attention sur les savoirs situés, les subjectivités incarnées et les épistémologies marginalisées, elles ouvrent la voie à une revalorisation des expériences longtemps disqualifiées par les formes dominantes de scientificité. Cette démarche s'inscrit dans une dynamique plus large d'hybridation des savoirs, dans laquelle les frontières disciplinaires deviennent poreuses pour mieux saisir la complexité des pratiques de soin.

Elle rejoint plusieurs orientations épistémologiques critiques, telles que l'indiscipline des savoirs de Vinciane Despret (Despret, 2009, 2015) ou encore la pensée rhizomatique de Gilles Deleuze et Félix Guattari (Deleuze & Guattari, 1980). Refusant les cloisonnements disciplinaires, Despret (Despret, 2009, 2015) propose une science plus fluide, qui ne sépare

pas rigidement les savoirs savants des savoirs situés, mais qui les fait dialoguer. Son approche invite à penser que la production de connaissances est toujours relationnelle, incarnée et imprégnée de subjectivité, ce qui résonne profondément avec ma posture de praticienne-chercheure. En valorisant les savoirs des sages-femmes et des femmes, leurs intuitions et émotions comme des ressources épistémiques, je rejoins cette vision d'une science en mouvement, qui refuse les hiérarchies figées et cherche à rendre justice aux savoirs invisibilisés. Dans cette optique, ma démarche s'inscrit également dans une logique rhizomatique, au sens où l'entendent Deleuze et Guattari (Deleuze & Guattari, 1980). Les savoirs mobilisés par les sages-femmes rencontrées se développent non de manière linéaire ou hiérarchique, mais à travers des agencements multiples, souples et parfois souterrains. À l'image du rhizome, ces savoirs forment un tissu de connexions entre expériences, contextes et résistances, au sein duquel émergent des lignes de fuite face aux normes dominantes. Comme dans le modèle du rhizome, ces savoirs marginalisés ne sont pas passifs : ils cohabitent, se recomposent, et participent à des dynamiques invisibles de transformation des pratiques.

L'hybridation des savoirs n'est pas un relativisme : l'épreuve du terrain comme exigence épistémique

Valoriser les savoirs subalternisés et promouvoir une écologie des savoirs ne revient pas à considérer que toutes les formes de savoir se valent, indépendamment de leurs effets concrets. Comme le rappellent Haraway (Haraway, 1988) et Despret (Despret, 2009, 2015), la reconnaissance des savoirs situés ne consiste pas à effacer les critères de validité, mais à les redéfinir en lien avec des contextes, des pratiques, et surtout des vies concrètes. En maïeutique, la confrontation aux réalités de terrain constitue une ligne de résistance puissante face à toute tentation de relativisme. Une sage-femme confrontée à une hémorragie de la délivrance ou à une dystocie (accouchement compliqué) est face à une exigence de responsabilité face aux conséquences pratiques des choix épistémiques. L'urgence vitale appelle des moyens techniques et logistiques précis. La confrontation des sages-femmes aux décès de mères et d'enfants leur enseigne une exigence épistémique ancrée dans une relation réaliste, voire pragmatique, aux savoirs et pratiques.

Au fil des terrains, j'ai rencontré cette exigence épistémique aussi bien chez les sages-femmes aux savoirs biomédicaux que chez les sages-femmes aux savoirs endogènes. Si les unes comme

les autres peuvent interroger parfois les normes biomédicales autour de la naissance, toutes les sages-femmes rencontrées au cours de ma pratique de 30 ans dans 12 pays m'ont partagée une conscience aigüe de la nécessité d'avoir accès à des plateaux techniques biomédicaux et chirurgicaux en cas de complications lors d'une naissance, ainsi qu'à des banques de sang. Ainsi, une sage-femme sierra-léonaise témoigne de cette exigence concrète face aux urgences vitales :

> « And this woman was lying down… and gradually her speech became sluggish: "help me… help me…" until finally, silence. (…) The doctors said they could not transfuse her — there was no blood available. (…) That is a preventable death, an unacceptable death. This experience (…) has given me the conviction never to quit training midwives. I want to remain in this work of midwifery, to save the lives of women and newborns, and to ensure that the voices of midwives are also heard in the decisions of the hospital. » (Sierra Leone SF)

Dans la même perspective, lors d'un atelier d'échange de savoirs mené en Angola en 2004, alors que j'exerçais comme sage-femme, des consœurs aux savoirs endogènes ont partagé leurs inquiétudes sur les difficultés d'accès à des structures de santé biomédicales lors des accouchements compliqués. À l'initiative de ces sages-femmes aux savoirs endogènes, une mise en scène théâtrale a été créée pour sensibiliser les chefs de village (sobas) à user de leur autorité pour améliorer la mobilisation des communautés en cas d'urgence obstétricale, afin de diminuer le temps de transfert. Cette préoccupation est partagée par les communautés elles-mêmes. Lors d'une concertation communautaire en 2011 dans une autre région d'Angola, dans le cadre d'une étude socio-anthropologique que j'y ai menée (Deneffe Dobrzynski, 2012), un chef traditionnel (soba) déclarait ainsi : « Ce dont on a besoin pour que les femmes meurent moins, c'est de routes et d'hôpitaux. » De façon similaire, dans le nord de la Côte d'Ivoire, en 2001, une collègue aux savoirs endogènes est venue me voir dans le centre de santé où je travaillais pour me demander d'organiser ensemble une session de sensibilisation des conjoints à l'importance d'agir sans attendre : « Sinon, ils attendent trop, parce qu'ils doivent chercher l'argent pour payer le taxi et l'hôpital. Et quand ils arrivent, c'est trop tard… ».

Ces vécus de terrain mettent en lumière un paradoxe historique. Avant la promotion internationale de l'« accoucheur qualifié » en biomédecine en 2005 (OMS et al., 2005), de nombreux bailleurs ou institutions finançaient des programmes de sages-femmes aux savoirs endogènes en milieu rural, sans investir suffisamment dans les infrastructures de santé et la

formation de sages-femmes aux savoirs biomédicaux et sans garantir les transferts d'urgence. Comme si la seule mobilisation des savoirs dits locaux pouvait suffire à faire reculer la mortalité maternelle, en niant les déterminants structurels et matériels que sont notamment la qualité des infrastructures, la formation technique du personnel et les capacités de transfert en cas d'urgence obstétricale (Freedman, 2005). Ces politiques ont souvent traduit un relativisme implicite : sous couvert de respect des savoirs locaux, on a laissé les femmes du Sud avec des standards de soins moindres, sans leur offrir les moyens d'un véritable choix (Tamale, 2020). Ce relativisme n'était pas épistémologique mais politique, inscrit dans une asymétrie des droits à la vie, au soin et à la sécurité obstétricale (V. Adams et al., 2016; Framer, 2004). Refuser cette posture ne signifie pas pour autant nier la valeur des savoirs endogènes des communautés, bien au contraire. Leurs savoirs jouent un rôle crucial dans l'humanisation de la naissance, dans le lien social, dans la transmission générationnelle du soin. Ils sont porteurs d'une attention au corps, au rythme, à l'émotion, à la parole, au contexte socio-culturel qui fait souvent défaut aux soins biomédicaux. Mais la reconnaissance de leur valeur ne peut ignorer les limites inhérentes à toute pratique confrontée à l'absence d'alternatives techniques en cas de complication obstétricale.

L'hybridation des savoirs n'est donc pas une confusion, mais une articulation responsable, consciente des zones d'efficacité respectives de chaque registre de savoir. Défendre une écologie des savoirs en maïeutique ne revient pas à réactiver un débat académique stérile entre Socrate et Protagoras[31]. Il s'agit d'outrepasser ces binarismes en ancrant la réflexion dans une visée éthique et politique : comment produire du soin, de la sécurité, de la justice reproductive et cognitive dans des contextes marqués par des inégalités structurelles ? En ce sens, l'exigence n'est pas de tout valider, mais de tout situer — pour faire dialoguer les savoirs sans les hiérarchiser a priori. Comme le propose Sandra Harding (Harding, 1991, 1993) il ne s'agit pas d'un relativisme épistémique, et encore moins d'un culturalisme, mais d'un réalisme critique féministe, où les savoirs sont évalués non selon leur conformité à un idéal universel de scientificité, mais selon leur capacité à répondre aux besoins concrets des groupes

[31] Le débat classique entre Socrate et Protagoras, tel que présenté par Platon (428 av JC - 348 av JC) cristallise deux conceptions opposées du savoir. Protagoras, figure centrale du courant sophistique, affirme que « l'homme est la mesure de toute chose » (homo mensura), défendant ainsi une forme de relativisme : chaque perception ou opinion individuelle peut faire autorité dans son propre contexte. Socrate, tel que présenté par Platon, conteste cette position en appelant à la recherche d'une vérité plus universelle, accessible par le dialogue critique et la raison partagée. Ce débat, toujours vivant dans les sciences sociales contemporaines, illustre les tensions entre pluralité des perspectives et quête de critères communs d'évaluation du savoir. (Platon, 2023)

subalternisés, et à transformer les rapports de pouvoir[32]. En somme, l'exigence épistémique mise en évidence par le terrain — évaluer les savoirs à l'aune de leurs effets concrets sur la sécurité, la dignité et l'autodétermination — invite à assumer une posture de recherche située.

Une posture située pour penser la maïeutique depuis les marges

Adopter une posture située, ici, signifie prendre les marges comme point de départ analytique : gestes discrets du quotidien hospitalier, savoirs relationnels, pratiques endogènes ou émotionnelles qui, bien que souvent invisibilisés, participent à reconfigurer la maïeutique. Assumer une telle posture implique de concevoir la recherche non seulement comme analyse, mais aussi comme praxis : une manière d'habiter l'enquête au plus près des vies et des pratiques situées, en dialogue constant avec elles. Dans cette posture, expérimenter des manières alternatives d'articuler les savoirs devient à la fois une démarche épistémologique et un geste politique. Cette posture n'est pas théorique mais forgée dans l'expérience de terrain et dans le matériau rassemblé pour cette thèse (récits de sages-femmes, enquêtes multi-situées, auto-ethnographie, analyses de projets). Elle permet de rendre lisibles des résistances modestes mais transformatrices, qui échappent aux regards institutionnels et qui m'ont conduit à formuler deux concepts analytiques originaux — les « résistances à bas bruit » et les « émotions de rébellion ». Leur élaboration théorique et empirique fera l'objet d'un développement spécifique plus loin dans ce manuscrit. Ainsi, cette recherche développe une grille d'analyse originale qui dépasse la seule dénonciation des injustices épistémiques (sociologie des absences) pour interroger les processus concrets de réinvention des savoirs en

[32] « The standpoint epistemologists – and especially the feminists who have most fully articulated this kind of theory of knowledge – have claimed to provide a fundamental map or "logic" for how to do this: "start thought from marginalized lives" and "take everyday life as problematics". (…) Critics of standpoint writings have tended to refuse the invitation to "have it both ways" by accepting the idea of real knowledge that is socially situated. (…) it is reasonable to think that the socially situated grounds and subjects of standpoint epistemologies require and generate stronger standards for objectivity than do those that turn away from providing systematic methods for locating knowledge in history. The problem with the conventional conception of objectivity is not that it is too rigorous or too "objectifying," (…) but that it is not rigorous or objectifying enough (…) Standpoint theories argue for "starting off thought" from the lives of marginalized peoples; beginning in those determinate, objective locations in any social order will generate illuminating critical questions that do not arise in thought that begins from dominant group lives. (…) Standpoint theory does not advocate—nor is it doomed to—relativism. It argues against the idea that all social situations provide equally useful resources for learning about the world and against the idea that they all set equally strong limits on knowledge. (...) Standpoint theory provides arguments for the claim that some social situations are scientifically better than others as places from which to start off knowledge projects. (...) Judgmental (or epistemological) relativism is anathema to any scientific project, and feminist ones are no exception. (...) Relativism is not fundamentally a problem that emerges from feminist or any other thought that starts in marginalized lives; it is one that emerges from the thought of the dominant groups. (…) Recognizing the importance of thinking about who such a problem belongs to—identifying its social location—is one of the advantages of standpoint theory. » (Harding, 1993, p. 50-62)

maïeutique (sociologie des émergences). Comme le suggère Elsa Dorlin, il ne s'agit pas seulement de comprendre le monde, mais de forger des outils capables d'en modifier les rapports de force :

> « L'un des enjeux majeurs du féminisme contemporain pourrait bien être sa capacité à produire des outils de compréhension du monde social capables d'en modifier le rapport de force : comprendre un monde dans lequel il pourra rester à même d'agir politiquement et de résister de façon solidaire. Pour ce faire, il a tout intérêt à perpétuer une certaine tradition de pensée qui a choisi de fabriquer ses propres outils d'analyse pour saisir la domination, mais aussi, et surtout, pour saisir les chemins de traverses, les espaces de rencontre des luttes, les coalitions solidaires comme les utopies. » (Dorlin, 2005)

C'est dans cet espace méthodologique, éthique et politique que s'inscrit cette thèse, en proposant une lecture critique et située des tensions contemporaines en maïeutique, à la croisée des savoirs subalternisés et des transformations silencieuses qui traversent les pratiques de soin. Il s'agit ainsi non seulement de critiquer les exclusions produites par les régimes de vérité institués, mais aussi de documenter les formes de réinvention en maïeutique. Certains savoirs et pratiques marginalisés peuvent être lus comme des formes contemporaines d'« épistémologies du Sud », où le Sud n'est pas géographique mais désignant le côté subalternisé de la « ligne abyssale ». Ces pratiques forgées à la fois par la contrainte et par le choix, dans des contextes de violence symbolique, de disqualification institutionnelle ou d'injonctions contradictoires, portent une charge critique et transformatrice. Elles interrogent les épistémologies dominantes – souvent naturalisées dans les institutions biomédicales – et y opposent des savoirs incarnés, contextuels, réflexifs. Une sage-femme québécoise illustre la dimension épistémique et politique de ces pratiques de résistance, en insistant sur la portée existentielle du soin à la naissance :

> « Tu sais que la façon dont un enfant est accueilli va teinter toute sa vie. C'est une lutte sans relâche dans notre système de santé pour pouvoir offrir un accompagnement qui respecte ça. » (Canada-Québec SF)

Ce propos révèle combien l'humanisation des naissances constitue à la fois une exigence éthique et un acte de résistance.

Conclusion du chapitre 1

Ce chapitre a tracé un chemin critique à travers les cadres épistémiques qui façonnent, marginalisent et hiérarchisent les savoirs en maïeutique. Il a montré que penser la justice cognitive en maïeutique permet d'ouvrir un espace méthodologique et épistémologique alternatif : un espace où les savoirs dominés ne sont pas seulement dénoncés comme absences, mais reconnus comme émergences possibles. En naviguant entre les disciplines, en hybridant concepts et terrains, cette posture propose une écologie des savoirs attentive aux tensions, aux résistances discrètes, aux ajustements invisibles et aux potentialités transformatrices que recèlent les pratiques marginalisées de la naissance. Dans cette perspective, la justice cognitive apparaît non seulement comme un horizon éthique, mais comme une exigence épistémologique pour repenser la maïeutique contemporaine. Ce chapitre a esquissé les contours d'une épistémologie plurielle, capable de reconnaître et d'articuler des rationalités multiples. Les apports conceptuels de justice cognitive déployés ici ouvrent ainsi la voie à une réflexion plus large : penser l'émancipation à travers la pratique en maïeutique, perspective que cette thèse développera progressivement jusqu'à formuler l'idée d'une « maïeutique émancipatrice ».

Cette posture appelle une méthodologie en cohérence avec ses principes : une méthodologie capable non seulement de saisir les tensions normatives et les résistances discrètes, mais aussi d'épouser les dynamiques de réinventions situées au sein des pratiques professionnelles. C'est précisément l'objet du chapitre suivant. En détaillant les choix méthodologiques de la thèse, il précisera comment la démarche inductive, réflexive et critique élaborée ici se traduit concrètement dans les outils de collecte et d'analyse des données, afin d'ouvrir un espace de reconnaissance pour ces formes de savoirs discrets et souvent invisibilisés qui redessinent les marges de la maïeutique contemporaine.

Chapitre 2. Méthodologie inductive et multi-située : récits de sages-femmes de 36 pays, études socio-anthropologiques dans 5 pays, analyses critiques de projet dans 2 pays, 30 ans de pratique dans 12 pays

Introduction du chapitre 2

La posture esquissée dans le chapitre précédent appelle une méthodologie en cohérence avec ses principes : une méthodologie capable de reconnaître les voix subalternisées et de saisir les résistances discrètes dans leurs contextes situés. C'est dans cette perspective que s'inscrit le présent chapitre, consacré à l'explicitation de la démarche méthodologique.

Afin de répondre à ces enjeux, la recherche s'appuie sur une approche inductive et multi-située, mobilisant une pluralité de terrains, de voix et de pratiques. Elle repose sur un ensemble de matériaux hétérogènes : cinquante-cinq entretiens menés auprès de sages-femmes dans trente-six pays, six études socio-anthropologiques conduites dans cinq contextes nationaux, deux analyses critiques de projet menées dans deux pays, ainsi que des données issues d'un parcours professionnel et de recherches de terrain cumulés sur trois décennies. Cette pluralité ne relève pas d'un simple assemblage mais constitue une stratégie visant à restituer la complexité des contextes et à mettre en lumière des formes situées de savoirs et de résistances.

Le chapitre se déploie en trois temps. La première section présente le cadre méthodologique et l'articulation des différentes méthodes mobilisées. La deuxième détaille la mise en œuvre concrète des enquêtes, depuis la collecte des récits de pratiques jusqu'aux études socio-anthropologiques menées dans divers contextes nationaux. Enfin, la troisième propose une

discussion réflexive sur les forces et les limites de cette démarche, ainsi que sur les cadres théoriques qui orientent leur analyse.

I - Cadre méthodologique

Cette recherche mobilise une méthodologie qualitative, réflexive et critique, adaptée à l'analyse des dynamiques de normes, de résistances et de savoirs en maïeutique. S'appuyant sur une démarche inductive, elle vise à faire émerger les thématiques centrales directement à partir des données empiriques tout en les replaçant dans leur contexte institutionnel et socioculturel. Cette démarche s'inscrit dans une tradition de sociologie critique, féministe et décoloniale, où l'objectif est de redonner voix aux premiers concernés par la recherche, tout en laissant les récits du terrain amener la recherche vers une analyse théorique guidée par leurs voix. Ce choix méthodologique permet d'éviter un cadrage trop rigide qui pourrait masquer des résistances discrètes ou informelles difficilement saisissables dans des approches plus standardisées. Elle s'appuie aussi sur une perspective phénoménologique permettant de saisir les expériences vécues et d'explorer les tensions émotionnelles, structurelles et normatives qui traversent la pratique des sages-femmes. L'approche méthodologique combine plusieurs outils complémentaires afin d'offrir une analyse systémique des interactions entre savoirs, pouvoirs et résistances. En croisant des méthodes complémentaires et en articulant les échelles d'analyse individuelle, institutionnelle et globale, cette recherche vise ainsi à révéler les tensions normatives et les stratégies de résistance sous-jacentes aux pratiques en maïeutique, tout en proposant des perspectives critiques sur l'évolution des cadres professionnels et épistémiques.

Typologie des méthodes

Cette recherche s'appuie sur l'alliance de cinq grands axes méthodologiques : la collecte de récits de pratiques, l'analyse croisée d'études socio-anthropologiques, l'analyse critique de projets spécifiques, l'analyse documentaire et critique, et l'auto-ethnographie.

La collecte de récits de pratiques

La collecte des récits de pratiques de 55 sages-femmes issues de 36 pays constitue un pilier central de cette recherche inductive. Réalisée entre fin 2023 et début 2024, cette démarche repose sur des entretiens ouverts, sans hypothèses préalablement définies, afin de laisser

émerger librement les expériences vécues. Ces récits ont permis de mettre au jour des thématiques inattendues, rendant visibles des tensions souvent invisibilisées par les cadres normatifs ainsi que des formes discrètes de résistance. Leur diversité géographique et culturelle offre une perspective comparative riche, tout en inscrivant la recherche dans une logique de pluralité épistémologique et de reconnaissance des savoirs situés.

L'analyse croisée d'études socio-anthropologiques

Cette méthode s'appuie sur six enquêtes socio-anthropologiques conduites entre 2011 et 2018 dans cinq pays (Angola, Bolivie, Bulgarie, Côte d'Ivoire, Madagascar), ayant donné lieu à des publications ou rapports scientifiques (Deneffe Dobrzynski, 2012, 2013b, 2013a, 2016, 2018a, 2018b, 2022). Ces matériaux ont été remobilisés et ré-analysés de manière transversale afin de documenter les mécanismes d'injustice sociale et épistémique touchant les femmes et communautés marginalisées, ainsi que les processus de récupération institutionnelle des pratiques résistantes. Les études elles-mêmes reposent sur la triangulation d'entretiens multi-acteurs, d'observations sur sites et d'analyses de documents collectés sur le terrain, appuyée par des co-analyses avec des médiateurs communautaires. La remobilisation de ces enquêtes menées sur des terrains variés met en lumière la manière dont les savoirs endogènes s'articulent aux dispositifs biomédicaux globalisés, souvent dans une logique d'adaptation, de contournement ou de réinvention critique. Elle permet également d'interroger les dynamiques de récupérations institutionnelles des pratiques résistantes portées par des communautés.

L'analyse critique croisée de projets spécifiques

Deux projets récents en santé sexuelle et reproductive ont fait l'objet d'une analyse critique entre fin 2023 et début 2024, à partir d'un corpus combinant entretiens, observations et analyses de documents. Le premier concerne l'introduction d'une approche d'*humanisation de la naissance* dans une maternité universitaire au Bénin, soutenue par la coopération japonaise ; le second porte sur la mise en œuvre d'ateliers d'*auto-gynécologie* en Côte d'Ivoire dans le cadre d'un projet coordonné par une ONG biomédicale française. Cette analyse vise à comprendre les dynamiques de transfert de savoirs entre contextes locaux et normes biomédicales globalisées, en mettant au jour les tensions qui en découlent et les résistances qui émergent face à ces transferts. Elle constitue un observatoire privilégié des circulations

normatives entre Nord et Sud épistémologiques, tout en permettant d'interroger les effets concrets de ces projets sur les pratiques professionnelles et communautaires.

L'analyse documentaire et critique

Un corpus varié de documents a été mobilisé afin d'éclairer les dispositifs de la naissance et leurs reconfigurations en contexte de pandémie et dans différents terrains internationaux. En France, l'analyse a porté sur des recommandations émanant de collèges professionnels, des protocoles hospitaliers, des publications associatives, des articles de presse, des forums de parents ainsi que des enquêtes institutionnelles concernant la période du Covid-19. Sur les terrains internationaux, d'autres corpus documentaires ont été collectés et systématiquement croisés avec les observations et entretiens réalisés sur place. Cette méthode a permis de situer les récits et pratiques recueillis dans leurs cadres institutionnels et politiques, tout en mettant en évidence les écarts entre normes prescrites et pratiques effectives. Elle contribue ainsi à documenter la fabrique institutionnelle des normes biomédicales et leurs réappropriations critiques dans des contextes localisés.

L'auto-ethnographie réflexive

L'auto-ethnographie, méthodologie qualitative reconnue dans diverses disciplines (Dubé, 2016; Ellis & Bochner, 2000; Wall, 2006), constitue ici un outil de dévoilement des tensions invisibles dans les pratiques professionnelles. Elle s'inscrit dans une triangulation avec d'autres matériaux empiriques (entretiens, enquêtes socio-anthropologiques, analyses documentaires, analyses critiques de projets) afin d'élargir les perspectives. Concrètement, elle s'appuie sur des carnets personnels tenus au fil de trente années de pratique dans douze pays. Ces récits offrent un matériau privilégié pour explorer les tensions entre subjectivité et objectivité. Ils permettent plus particulièrement d'explorer le travail émotionnel des sages-femmes face aux normes institutionnelles, mais aussi dans les processus de production et de légitimation des savoirs. Bien qu'encore marginale en sciences maïeutiques, l'auto-ethnographie s'est progressivement imposée au fil de la recherche comme un outil heuristique[33] complémentaire, apte à saisir la dimension émotionnelle de la naissance et à interroger la place des savoirs expérientiels dans la recherche académique

[33] Heuristique : ce terme recoupe à la fois les approches pour répondre à une question de recherche et celles permettant de déployer de nouvelles questions de recherche. « Ce terme, du grec « heuristikê tekhnê » (…) peut se traduire, en fait, par « l'art de trouver » ou par « l'art de découvrir ». Ce terme qualifierait ainsi tous les outils

Articulation des méthodes

Cette articulation méthodologique permet de mettre en dialogue les différentes échelles d'analyse – individuelle, institutionnelle et globale – tout en établissant des liens entre les données empiriques et les cadres analytiques retenus. Elle repose sur une logique de triangulation systématique, garantissant que chaque méthode contribue à éclairer les tensions normatives et les résistances en maïeutique sous des angles complémentaires.

- **L'auto-ethnographie** explore les tensions émotionnelles et épistémiques ainsi que les résistances à partir d'une expérience incarnée, révélant des dynamiques subjectives complexes souvent invisibles.
- **La collecte de récits de sages-femmes** offre une diversité de perspectives situées, en mettant en évidence des vécus émotionnels et des résistances dans des contextes géographiques et institutionnels variés.
- **Les études socio-anthropologiques** documentent de manière contextualisée les injustices sociales et épistémiques auxquelles sont confrontées les femmes et les communautés marginalisées, ainsi que les formes de résistances locales et leur éventuelle récupération institutionnelle.
- **L'analyse critique de projets internationaux** permet d'interroger plus finement les circulations normatives et les rapports de pouvoir Nord-Sud en santé reproductive, en mettant en évidence les tensions liées au transfert de savoirs.
- **L'analyse documentaire et critique** participe à la contextualisation de ces dynamiques en poursuivant l'analyse des discours normatifs et de leurs déclinaisons, tout en participant à révéler les écarts entre prescriptions officielles et pratiques effectives.

Cette approche intégrative permet non seulement de cartographier les résistances et subversions, mais aussi d'identifier les leviers de transformation des pratiques en maïeutique. L'objectif est de dépasser une simple description des tensions normatives pour analyser les dynamiques de réinvention et de réappropriation des savoirs féminins situés, en croisant différents niveaux d'analyse : individuel, institutionnel et transnational.

intellectuels, tous les processus, tous les procédés, mais aussi toutes les approches destinées à favoriser « l'invention dans les sciences ». Cette définition explique les recouvrements (…) avec les différentes déclinaisons structurantes du champ heuristique : Création, Intuition, Créativité et Stratégie d'Innovation. » (Vincent, 2012, p. 32)

Le tableau récapitulatif ci-dessous vise à rendre lisible la diversité des matériaux mobilisés dans une recherche qui s'est construite progressivement, par ajustements successifs, en écho aux voix recueillies et aux tensions rencontrées sur le terrain.

Tableau 1 : Dispositifs méthodologiques en résonance avec une posture inductive et située

Type de matériau	Mode de recueil	Volume indicatif	Ancrages géographiques	Ce qui a émergé du terrain
Entretiens avec des sages-femmes	Entretiens semi-directifs	55 entretiens	36 pays sur 5 continents	Ont surgi des récits intimes, des tensions émotionnelles vécues, des moments marquants et des résistances discrètes inscrites dans les pratiques quotidiennes.
Auto-ethnographie	Journaux de bord, retours d'expérience, écritures réflexives	Pratique sur 30 ans	12 pays	L'expérience vécue sur la durée a révélé des brèches, des intuitions et des tensions inattendues, devenues points d'appui pour l'analyse.
Enquêtes socio-anthropologiques	Observations, entretiens, collecte et analyse documentaire, journaux de bord, co-analyse avec médiateurs communautaires, restitution aux participants et acteurs et validation collective.	6 enquêtes	Angola, Bolivie, Bulgarie, Côte d'Ivoire, Madagascar	Se sont manifestées des voix souvent peu audibles, des négociations silencieuses avec les normes et des formes d'appropriation institutionnelle des résistances.
Analyse critique de projets internationaux	Entretiens, observations, collecte et analyse de documents de projet, validation collective	2 projets	Bénin, Côte d'Ivoire	Ont émergé en situation des dynamiques de circulation normative et de rapports de pouvoir Nord-Sud, ainsi que les résistances

Type de matériau	Mode de recueil	Volume indicatif	Ancrages géographiques	Ce qui a émergé du terrain
				qu'elles suscitaient.
Enquête pendant la pandémie	Entretiens avec recueil de récits de pratique, analyse de recommandations, de communiqués, d'articles journalistiques et de forums en ligne	41 entretiens + corpus documentaire	29 pays sur 5 continents	Les matériaux ont fait apparaître des vécus émotionnels et des ajustements en contexte de crise : résistances, contournements, réinventions.
Corpus documentaire international	Lectures critiques de textes politiques, cliniques, normatifs	Sélection évolutive	OMS, associations professionnelles, gouvernements	La lecture critique a fait ressortir des dissonances entre normes prescrites et expériences vécues.
Glossaire critique	Construction inductive à partir de l'écriture et des échanges	65 entrées	Transversal	L'écriture et les échanges ont progressivement fait émerger les choix terminologiques et leurs ancrages conceptuels situés.

Un deuxième tableau récapitule les principales méthodologies qualitatives mobilisées en regard des différentes parties de la thèse, dans une logique de triangulation des données. Chaque partie s'appuie sur une combinaison spécifique d'approches qui permettent de croiser les perspectives individuelles, institutionnelles, locales et mondiales.

Tableau 2 : Méthodologies principales mobilisées par partie de la thèse

Parties	Méthodologies principales	Visuels
Partie I	- Revue de littérature : histoire de la biomédicalisation de la maïeutique, sociologie de la maïeutique, épistémologies critiques, féministes et décoloniales[34]	

[34] La revue de littérature a été réalisée de manière systématique et critique entre 2019 et 2025 à partir de bases académiques (PubMed, Cairn, Google Scholar…) et de ressources institutionnelles (OMS, ICM, Collèges nationaux des sages-femmes…). Les recherches, menées en français, anglais, espagnol et portugais, ont mobilisé des mots-clés combinant maïeutique, humanisation de la naissance, injustices épistémiques, résistances, émotions et travail du care… Les critères de sélection reposaient sur la pertinence thématique, la diversité géographique et disciplinaire et l'articulation possible avec les données empiriques. L'approche, construite de manière itérative, s'est nourrie en continu du va-et-vient entre terrain et cadre théorique.

Parties	Méthodologies principales	Visuels
	- Entretiens semi-directifs sur les pratiques en maïeutique : 55 sages-femmes issues de 36 pays (5 continents) - Mobilisation complémentaire d'extraits d'observations ou d'entretiens collectés lors d'études socio-anthropologiques en santé sexuelle et reproductive menées dans des contextes variés (Angola, Madagascar, Côte d'Ivoire, Bulgarie et Bolivie) - Mobilisation complémentaire d'extraits de carnets auto-ethnographiques	
Partie II	- Auto-ethnographie : exploitation des carnets personnels relatant des observations participantes et des résurgences émotionnelles liées à une pratique en maïeutique dans 12 pays. - Mobilisation complémentaire d'extraits d'entretiens issus des 55 récits de pratique des sages-femmes sur 5 continents - Mobilisation complémentaire d'extraits d'observations ou d'entretiens collectés lors d'études socio-anthropologiques en santé sexuelle et reproductive menées dans des contextes variés (Angola, Madagascar, Côte d'Ivoire, Bulgarie et Bolivie) - Revue de résultats d'études en sociologie des émotions des soignants - Revue de littérature : travail émotionnel, partage social des émotions, travail du care	
Partie III	- Entretiens semi-directifs sur les pratiques autour de la naissance pendant la pandémie : 41 sages-femmes (5 continents) - Analyse documentaire pendant le premier confinement : protocoles, communiqués, publications, forums, enquêtes - Revue de résultats d'études internationales sur les changements de pratique autour de la naissance pendant la pandémie - Analyse critique d'un projet d'humanisation de la naissance au Bénin et d'un projet d'auto-gynécologie en Côte d'Ivoire : observations, entretiens, documents projets, revue de littérature pour contextualiser les projets - Mobilisation complémentaire d'extraits de carnets auto-ethnographiques	
Légende	**:** Observation ; **:** Entretiens semi-directifs ; **:** Revue de littérature ; **:** Analyse documentaire	

Cartographie des terrains de recherche : diversité géographique et méthodes de collecte

Afin de croiser les dynamiques individuelles, institutionnelles et transnationales des pratiques en maïeutique, cette recherche s'appuie sur une approche multi-située, fondée sur une

pluralité de terrains de collecte. Le tableau ci-dessous met en regard les territoires de collecte avec les méthodes de recueil mobilisées. Le chiffre entre parenthèses indique les cas où un même type de collecte a été réalisé à plusieurs reprises dans un pays donné (ex. : trois sages-femmes du Bénin ont partagé leurs récits de pratiques et deux enquêtes socio-anthropologiques ont été menées à Madagascar).

Tableau 3 : Liste des terrains investigués par la collecte des données en fonction du mode de recueil

	Afrique	**Amérique du Nord**	**Amérique centrale, latine et Caraïbes**	**Asie**	**Europe**	**Océanie**
Récits de pratique de sages-femmes	Bénin (3) Cameroun Côte d'Ivoire Eswatini Ethiopie Kenya Malawi Mozambique Rwanda Sénégal (2) Sierra Leone Togo Zambie	Canada-Colombie Britannique Canada-Québec USA-Arizona USA-New York USA-Rhode Island USA-Washington	Argentine Chili (2) Equateur (2) France -DROM (2) Pérou Uruguay	Cambodge Hong Kong Indonésie-Bali (2) Indonésie-Java Central Iran Pakistan Népal Timor Leste	Allemagne (2) Belgique France (4) Italie Suède Suisse Royaume-Uni	Australie (2) Nouvelle-Zélande
Auto-ethnographie	Angola Cameroun Côte d'Ivoire Madagascar Sénégal	Canada - Québec	Bolivie Nicaragua	Indonésie-Bali	Belgique Bulgarie France	
Enquêtes socio-anthropologiques (comprenant les 6 enquêtes menées entre 2011 et 2018 et les 2 études critiques de projet menées fin 2023-début 2024)	Angola Bénin Côte d'Ivoire Madagascar (2)		Bolivie		Bulgarie	

En complémentarité de ce tableau, la carte du monde ci-après donne une vision d'ensemble de la diversité des pays de collecte de données ainsi que de la diversité des méthodes.

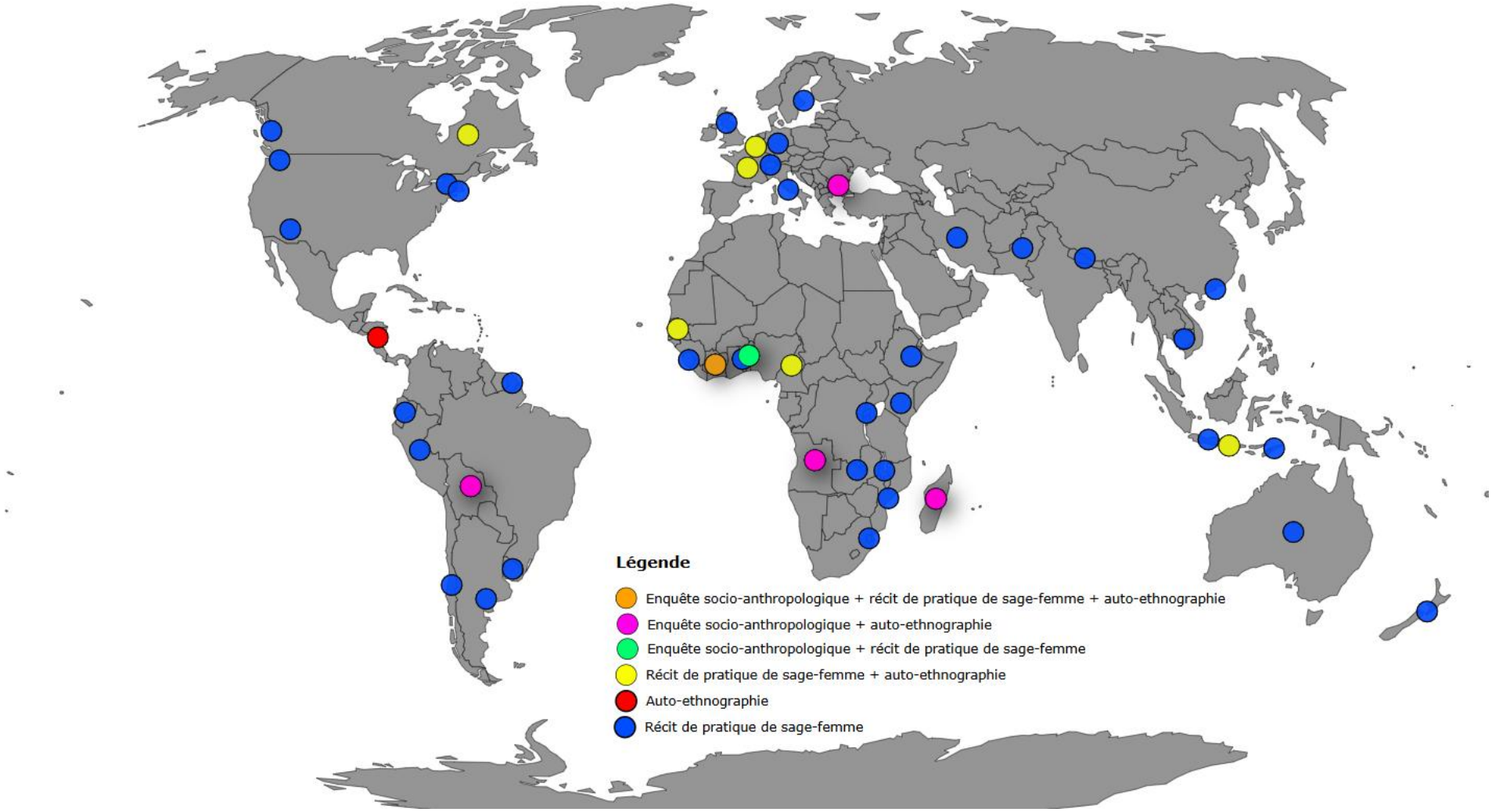

Figure 5 : Carte des zones géographiques de collecte des données dans le cadre de la recherche doctorale

II – Détail des méthodes

La collecte de récits de pratique

Choix de la méthode

Les entretiens semi-directifs ont été retenus pour leur souplesse : ils permettent de structurer l'échange autour de grandes thématiques pour explorer les vécus et perceptions des sages-femmes dans leurs pratiques tout en laissant émerger librement des éléments inattendus et des nuances émotionnelles. Il permet aux participantes de raconter à leur manière ce qu'elles vivent et ressentent dans le quotidien de l'accompagnement des femmes. Des guides d'entretiens souples ont été conçus et traduits dans les quatre langues dans lesquels se sont tenus les entretiens. Le guide d'entretien est consultable en annexe.

Corpus

Le corpus est constitué d'entretiens réalisés avec 55 sages-femmes issues de 36 pays répartis sur cinq continents et qui sont détaillés dans le tableau présenté plus haut listant les terrains investigués par mode de recueil. La carte ci-dessous représente la répartition des sages-femmes par pays, avec un disque dont la taille est proportionnelle au nombre des sages-femmes interrogées tel que documenté dans le tableau 3.

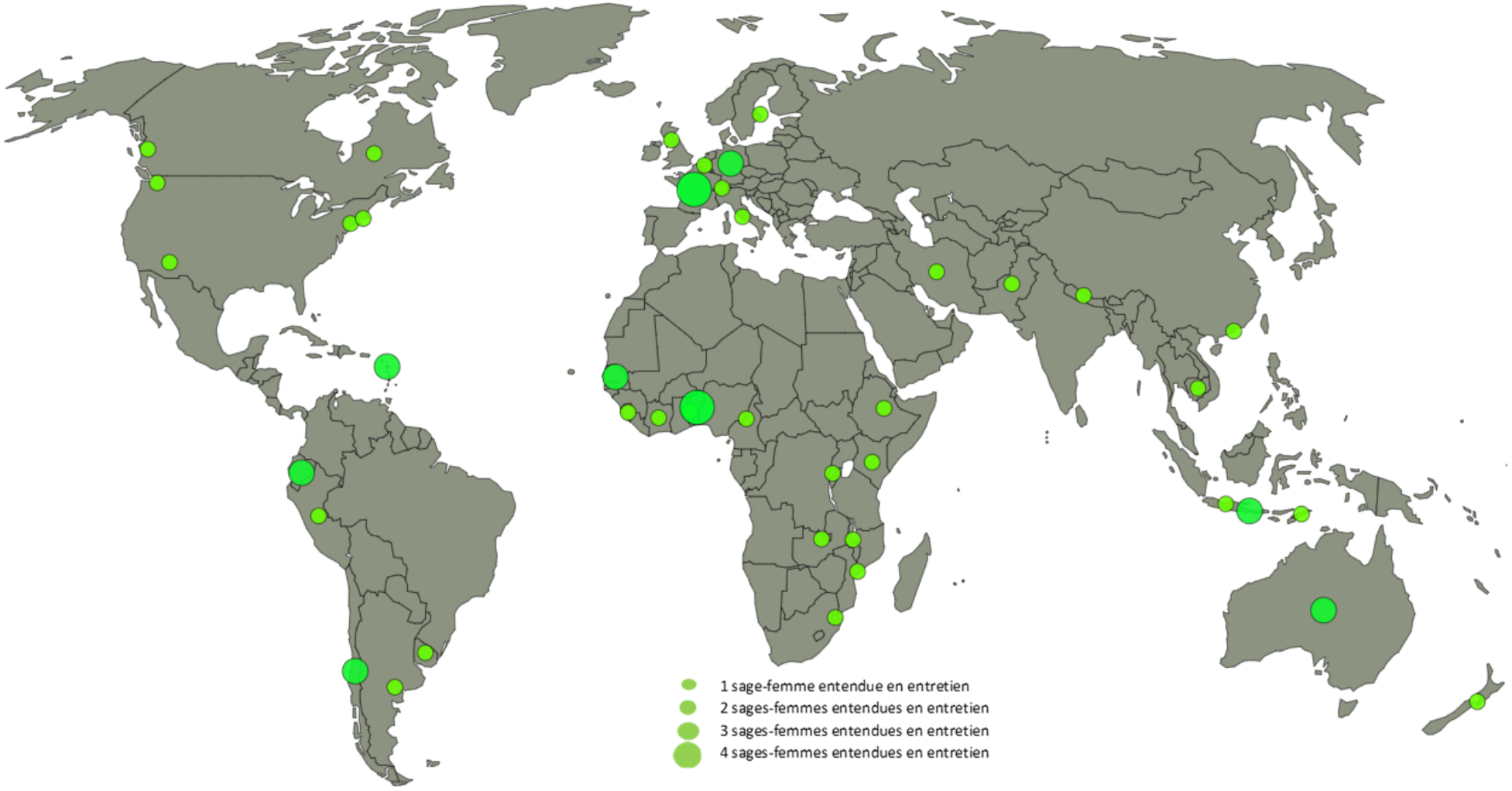

Figure 6 : Cartographie des lieux d'exercice des sages-femmes entendues en entretiens dans le cadre du recueil des récits de pratique

Profil des sages-femmes

La grande majorité des sages-femmes entendues en entretien ont essentiellement une formation biomédicale. Cependant, l'une a une formation principalement endogène, transmise de génération en génération dans sa famille. Au moins deux autres ont exercé comme doulas[35] avant d'obtenir une formation biomédicale de sage-femme. Certaines ont été formées à utiliser les savoirs féminins endogènes en complémentarité des savoirs biomédicaux. Sur les 55 sages-femmes, 53 sont des femmes, 2 sont des hommes[36].

Les sages-femmes étaient âgées d'une vingtaine d'années pour les plus jeunes à une soixantaine d'années pour les plus âgées. La majorité d'entre elles avaient entre 30 et 49 ans, comme en témoigne le tableau ci-dessous.

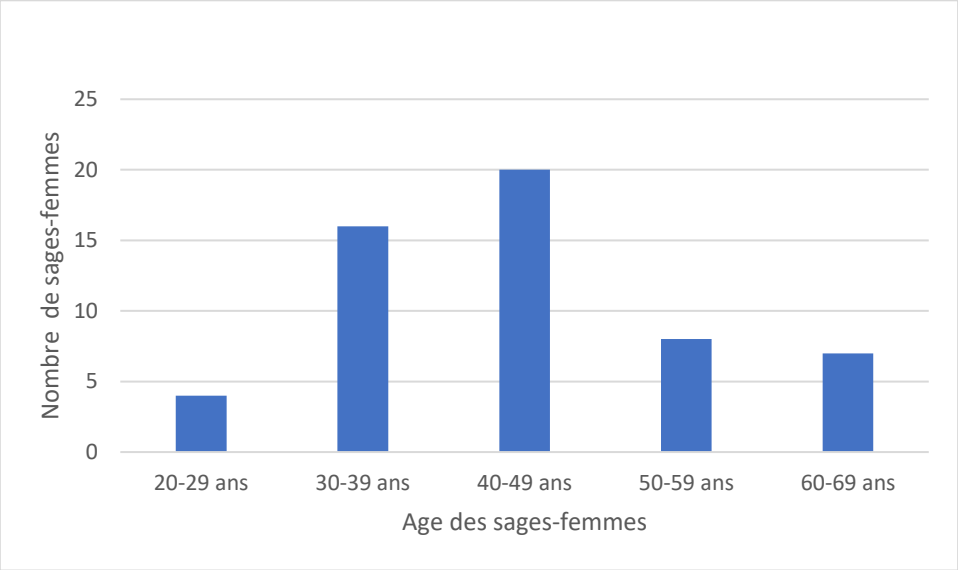

Figure 7 : Tranche d'âge des 55 sages-femmes entendues en entretien dans le cadre du recueil de récits de pratique

Les sages-femmes interrogées avaient en général une expérience de pratique longue. Seules deux des cinquante-cinq sages-femmes avaient moins de six années d'expérience professionnelle et plus de la moitié de ces cinquante-cinq sages-femmes avait au moins 20 ans d'expérience professionnelle.

[35] La doula propose un soutien physique, social et émotionnel pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et la période postnatale. Elle n'a pas de compétences biomédicales et n'est pas habilitée légalement à la pratique de l'accouchement mais peut être présente lors de l'accouchement, en complémentarité de la sage-femme. Le profil de la doula est très varié à travers le monde : compétences acquises via ses propres expériences maternelles ou via une formation, offre de soins contre rémunération ou bénévolement… Dans certains pays, les doulas sont rattachées à des organisations professionnelles incluant des programmes de doula en milieu hospitalier ou communautaire. (Steel et al., 2015)

[36] Comme indiqué dans la note liminaire, dans l'ensemble de ce manuscrit, je choisis d'utiliser systématiquement la norme genrée féminine pour désigner les sages-femmes.

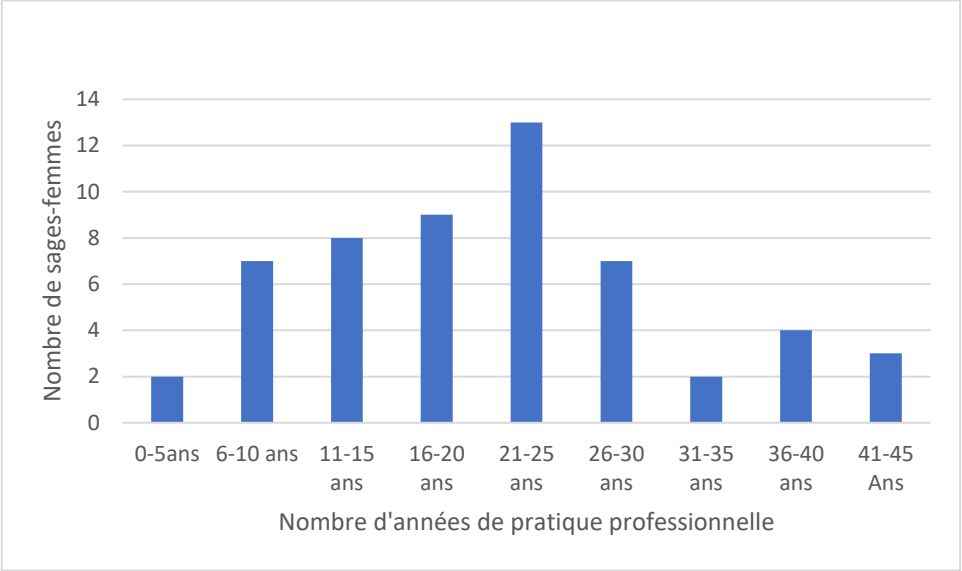

Figure 8 : Nombre d'années d'exercice des sages-femmes entendues en entretien dans le cadre du recueil de récits de pratique

Le tableau suivant précise la typologie de leur expérience professionnelle liée à l'accompagnement des accouchements. Toutes ont accompagné des naissances au sein d'hôpitaux, cliniques, centres ou postes de santé. Vingt des cinquante-cinq sages-femmes ont aussi une expérience d'accompagnement d'accouchements à domicile ou en maison de naissance dirigée par des sages-femmes. Enfin, la majorité d'entre elles ont en plus une expérience d'enseignement ou de recherché en maïeutique.

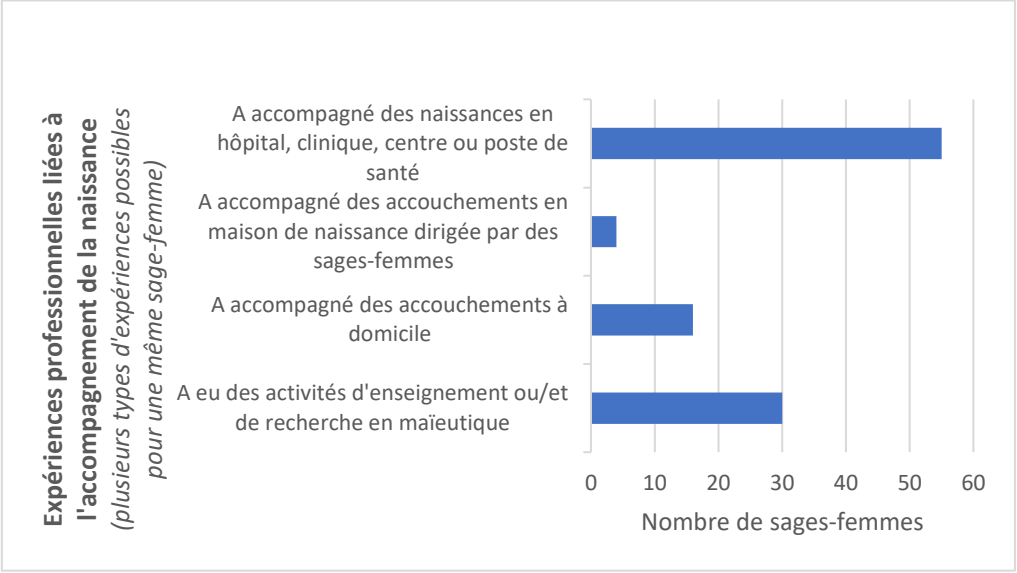

Figure 9 : Types d'expérience professionnelle liée à l'accompagnement de la naissance pour les sages-femmes entendues en entretien dans le cadre du recueil de récits de pratique

Codage des noms des sages-femmes

Les sages-femmes sont désignées par les initiales SF précédées par le nom de leur pays (ex. : Bénin SF). Est précisé le nom de l'Etat pour le Canada et les Etats Unis d'Amérique (ex. : USA-Arizona SF) et le nom de la province pour l'Indonésie (ex. : Indonésie-Bali SF). Les initiales DROM suivent le nom du pays pour les sages-femmes de ces territoires (France-DROM SF). Pour les territoires représentés par plusieurs sages-femmes, celles-ci sont différenciées par un numéro ajouté en fin de codage (ex. : Australie SF1 et Australie SF2).

Afin de mieux garantir l'anonymat de chacune des sages-femmes, il n'est pas donné de tableau de corrélation entre le nom de code de chaque sage-femme, leur âge, leur nombre d'années d'expérience professionnelle et les types d'activités exercées.

Recrutement des 55 sages-femmes

Le recrutement des sages-femmes s'est fait de différentes façons. Dans le cadre d'un projet vidéaste, j'avais abordé de manière aléatoire 29 sages-femmes en marge du 33ème congrès triennal de la confédération internationale de sages-femmes, qui a eu lieu en juin 2023 en Indonésie. Ce congrès rassemblait plusieurs milliers de sages-femmes issues des cinq continents. Lors de pauses entre deux conférences, j'abordais des sages-femmes au hasard, veillant uniquement à regarder le nom du pays affiché sur leur badge afin de varier les pays et continents représentés. Je tournais alors immédiatement une capsule vidéo avec la sage-femme abordée qui me donnait son accord de participation. Ayant gardé leurs contacts, je les ai recontactées individuellement par la suite pour leur proposer de participer à cette recherche. J'avais également rapidement échangé sur mon projet de recherche avec d'autres sages-femmes lors de ce même congrès, à la suite de leurs présentations ou lors de rencontres fortuites. Elles m'avaient donné un accord de principe pour participer à un entretien et laissé leurs coordonnées pour les recontacter après le congrès. Par ailleurs, lors de webinaires internationaux pour les sages-femmes, auxquels je participais comme auditrice, je présentais en quelques mots ma recherche dans la discussion en ligne (« online chat »), et invitais les sages-femmes intéressées à me contacter. J'ai enfin pu également solliciter des membres de mes autres réseaux internationaux pour obtenir des contacts complémentaires. Enfin, un effet

boule de neige s'est produit, les sages-femmes entendues en entretien me partageant des contacts d'autres sages-femmes susceptibles d'être intéressées de vivre cet entretien.

Conditions de réalisation des 55 entretiens

J'ai réalisé les 55 entretiens par visioconférence zoom, d'octobre 2023 à avril 2024. Ils ont été menés dans quatre langues différentes : 26 entretiens en anglais, 22 entretiens en français, 6 entretiens en espagnol et 1 entretien en portugais.

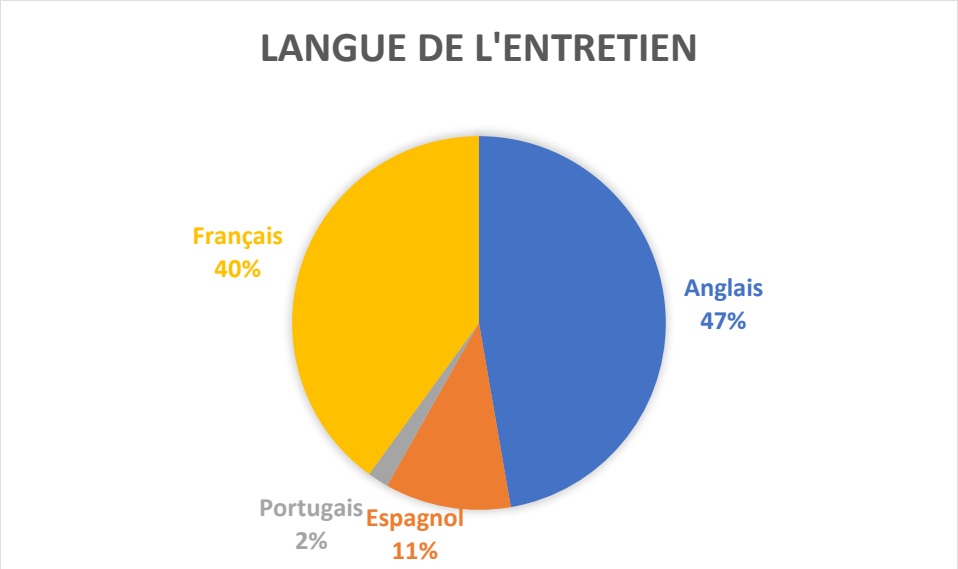

Figure 10 : Langues dans lesquelles les entretiens ont été menés pour recueillir les récits de pratique de sages-femmes

Ces entretiens ont eu une durée moyenne de 65 minutes. Chaque entretien a été enregistré puis entièrement retranscrit.

Posture réflexive

En tant que praticienne-chercheure me présentant comme sage-femme et doctorante, ma position dans le cadre des entretiens était située, engagée et en partie reconnue comme familière. Dès les premiers instants des échanges, je me présentais comme collègue sage-femme, ce qui a sans doute facilité la relation de confiance et permis un accès direct à des récits empreints d'émotions, d'intimité professionnelle et de réflexions critiques. Mon appartenance au monde de la maïeutique m'a permis de mobiliser un langage partagé, de reconnaître certains implicites ou silences signifiants, et d'orienter l'écoute avec une sensibilité issue de l'expérience.

Cette proximité constituait une force (langage partagé, reconnaissance des implicites, engagement dans un réseau informel de sages-femmes), et a nourri la dimension dialogique de l'enquête, certaines sages-femmes exprimant le sentiment de rareté et de fierté d'avoir pu partager leurs vécus dans cet espace. Plusieurs ont aussi proposé de rester en lien ou de contribuer à un réseau coopératif informel entre praticiennes.

Mais elle appelait également une vigilance réflexive constante pour limiter les biais de projection et pour reconnaître mes propres réactions émotionnelles dans l'analyse. L'adoption d'une posture réflexive tout au long de la recherche, renforcée par l'effort auto-ethnographique, permet d'atténuer les biais liés à la subjectivité du chercheur. Cette posture critique contribue aussi à une meilleure compréhension des tensions entre subjectivité et objectivité dans les pratiques des sages-femmes.

Méthode d'analyse des données issues des 55 entretiens

L'analyse thématique a été menée selon une démarche inductive, en combinant une lecture fine entretien par entretien avec un travail transversal d'identification des récurrences, tensions et lignes de fracture. Chaque entretien a d'abord été relu dans son intégralité, avec un surlignage manuel des passages significatifs en lien avec les vécus, perceptions et stratégies évoqués par les sages-femmes. Un premier codage libre a été réalisé à partir de ces extraits, en relevant les thèmes émergents directement issus du discours des participantes. Ce codage initial a été consigné dans des tableaux Excel, où chaque segment de discours était associé à des mots-clés, à des verbatims, à des annotations réflexives et à un début de catégorisation.

Dans un second temps, un aller-retour a été effectué entre Excel et le logiciel NVivo : Excel a servi d'outil de consolidation et de comparaison transversale, tandis que NVivo a permis un repérage plus systématique des co-occurrences et la visualisation des relations entre thèmes. L'usage de NVivo a toutefois été partiel et adapté, du fait de la diversité linguistique du corpus (quatre langues différentes). Le choix a été fait de ne pas fournir de traduction des verbatims au logiciel, afin de préserver la fidélité aux formulations originales. Cette contrainte a limité les potentialités techniques de NVivo, mais a renforcé le rôle central de l'analyse manuelle sur

tableaux Excel et permis de maintenir une attention fine aux nuances culturelles et linguistiques.

Le codage a été réalisé seule, sans recours à un second codeur. Pour compenser cette absence de double codage, plusieurs garde-fous ont été mis en place : un journal de codage retraçant les choix effectués, une relecture différée de certains entretiens afin de vérifier la cohérence interne, et la comparaison systématique entre les sorties NVivo et les tableaux Excel. Ces stratégies relèvent d'une posture réflexive assumée, dans le sillage des épistémologies situées, et visent à garantir la transparence et la rigueur malgré le caractère solitaire du codage.

L'ensemble de l'analyse a ainsi été nourri d'allers-retours constants entre l'empirie et la théorisation progressive, afin de produire une grille thématique robuste, ancrée dans les récits situés des sages-femmes et attentive aux nuances émotionnelles et politiques exprimées dans leurs pratiques.

Considérations éthiques

Toutes les participantes étaient des sages-femmes adultes interrogées dans le cadre de leur activité professionnelle. La participation était volontaire, un consentement éclairé verbal ou écrit a été obtenu, les participantes étaient anonymisées et pouvaient se retirer à tout moment de l'étude. Cette recherche a été menée conformément aux principes éthiques de la Déclaration d'Helsinki (World Medical Association, 2013) et aux lignes directrices de l'Université Paris 8 et du laboratoire Ladyss (UMR 7533). Conformément à la réglementation française sur les recherches non interventionnelles en sciences sociales, notamment dans le cadre de la loi Jardé, catégorie RIPH3 (LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, 2012), cette étude ne nécessitait pas l'approbation d'un comité d'éthique, dès lors qu'elle ne portait pas atteinte à l'intégrité des personnes ni à leur prise en charge, et qu'aucune donnée de santé sensible n'était recueillie. L'étude a reçu un accord institutionnel dans le cadre du processus de recherche doctorale à l'Université Paris 8, via l'approbation de la direction de thèse, la validation annuelle du projet par le comité de

suivi individuel (CSI), et l'accord de l'école doctorale donné à chaque réinscription annuelle sur la base de la présentation du projet de recherche.

L'analyse croisée d'études socio-anthropologiques

Justification et place dans le dispositif méthodologique

Dans le cadre de cette recherche, l'analyse croisée d'études socio-anthropologiques constitue un levier méthodologique pour ancrer les récits contemporains dans des contextes socio-historiques et structurels plus larges. Elle enrichit la compréhension des résistances identifiées dans les pratiques actuelles en maïeutique, en les mettant en dialogue avec d'autres formes de savoirs et de résistances documentées sur des terrains antérieurs. Ce croisement répond à une triple intention :

- dépasser le déclaratif des 55 entretiens de sages-femmes pour accéder à des pratiques observées dans leur complexité ;
- articuler les échelles micro et macro en mettant en regard subjectivités professionnelles et dynamiques structurelles ;
- identifier des résonances transversales afin de faire émerger des invariants structurels dans les formes de domination et de résistance.

Corpus mobilisé et critères de (ré)analyse

Six enquêtes socio-anthropologiques menées entre 2011 et 2018 dans cinq pays (Angola, Bolivie, Bulgarie, Côte d'Ivoire, Madagascar), et ayant fait l'objet de rapports scientifiques ou publications (Deneffe Dobrzynski, 2012, 2013b, 2013a, 2016, 2018a, 2018b, 2022), ont été ré-analysées à cette fin. Initialement conduites dans le cadre de recherches appliquées en santé sexuelle et reproductive (SSR), elles sont mobilisées ici de manière ciblée : seuls les résultats éclairant directement la problématique (tensions normatives, violences structurelles, rapports de savoirs, résistances communautaires aux normes globalisées et récupération institutionnelle de ces résistances) sont intégrés à l'argumentation. Cette sélection garantit la pertinence analytique tout en évitant l'effet d'empilement.

Méthodes et garanties de qualité

Ces enquêtes reposaient sur des méthodologies qualitatives rigoureuses : entretiens multi-acteurs, observations in situ, co-analyse avec médiateurs communautaires, validation participative et restitutions locales. Elles ont été menées dans des contextes marqués par de fortes inégalités sociales et de genre, et ont documenté des résistances silencieuses, des contournements, des ajustements ou des réinventions face aux normes biomédicales et aux dispositifs institutionnels. La qualité est assurée par la triangulation interne à chaque étude (diversité d'interlocuteurs et de méthodes), par des validations locales, et par une posture analytique distanciée. Le décalage temporel de quelques années avec les 55 entretiens menés en 2023–2024 ne semble pas constituer un biais : les structures profondes étudiées (rapports entre savoirs communautaires et pouvoirs institutionnels) sont des dynamiques qui évoluent sur un temps relativement long.

Articulation avec les autres matériaux

La méthode de ré-analyse des enquêtes socio-anthropologiques dialogue avec les autres méthodes (recueil de récits de sages-femmes, analyse critique de projets de santé, auto-ethnographie réflexive, analyse documentaire). Ce choix s'inscrit dans une triangulation épistémique assumée, cohérente avec la posture située et critique de la thèse.

Tableau de synthèse des six enquêtes (2011–2018)

Le tableau ci-dessous propose une synthèse des six enquêtes mobilisées, en précisant leurs objectifs initiaux, les méthodes employées et, surtout, les apports spécifiques que leur réanalyse fournit dans le cadre de cette recherche doctorale, par contraste et en résonance avec les autres matériaux recueillis.

Tableau 4 : Présentation synthétique des six enquêtes socio-anthropologiques (2011–2018) et de leurs apports spécifiques à cette recherche

Pays / Année	Objectifs principaux de l'enquête	Méthodes mobilisées	Acteurs rencontrés	Particularités / Apports spécifiques pour cette recherche doctorale
Angola (2011)	Explorer les itinéraires thérapeutiques en SSR et les tensions entre	Entretiens individuels et collectifs, observations, revue	Adolescents, femmes et hommes de différents âges, soignants aux	Révèle l'enchevêtrement des logiques thérapeutiques (endogènes/biomédicales) et les stratégies discrètes des accoucheuses

Pays / Année	Objectifs principaux de l'enquête	Méthodes mobilisées	Acteurs rencontrés	Particularités / Apports spécifiques pour cette recherche doctorale
	soins endogènes/autochtones et biomédicaux	documentaire, journaux de bord, restitutions	savoirs endogènes et soignants aux savoirs biomédicaux, leaders communautaires, représentants associatifs et institutionnels	communautaires pour préserver leur rôle malgré les tentatives d'intégration institutionnelle. Ce terrain éclaire les résistances silencieuses et les négociations locales autour des savoirs de soins, en résonance avec l'analyse doctorale sur les ajustements invisibilisés et la récupération institutionnelle des savoirs endogènes.
Madagascar (2013, 2018)	Comprendre les besoins en SSR des adolescents et les obstacles d'accès à la prévention et aux soins en lien, parcours en lien avec les grossesses non désirées et les avortements	Entretiens individuels et collectifs, observations, revue documentaire, journaux de bord, co-analyse avec pairs éducateurs, validation participative, restitution aux participants et acteurs.	Adolescents (marginalisés, travailleurs du sexe, déscolarisés), enseignants et travailleurs sociaux, femmes et hommes de différents âges, éducateurs pairs, soignants aux savoirs endogènes et soignants aux savoirs biomédicaux, acteurs associatifs représentants institutionnels.	Montre l'imbrication des rapports de genre, pauvreté et normes sexuelles dans les parcours d'adolescents face aux grossesses non désirées et aux avortements. Documente les formes d'agentivité contrainte et les récupérations institutionnelles des leaders jeunes. Ces résultats nourrissent la réflexion doctorale sur la justice cognitive et sur la place ambivalente des adolescents comme porteurs de savoirs à la fois mobilisés et instrumentalisés.
Côte d'Ivoire (2016)	Étudier les normes sociales et comportements sexuels des adolescents en lien avec les grossesses non désirées et les avortements.	Entretiens individuels et collectifs, observations, revue documentaire, journaux de bord, validation participative restitution aux participants et acteurs.	Adolescents collégiens et lycéens, parents et familles des adolescents, leaders communautaires, enseignants et travailleurs sociaux, éducateurs pairs, soignants aux savoirs	Met en évidence la vulnérabilité structurelle des adolescentes face aux normes et violences sexuelles, et leurs arbitrages contraints entre survie économique et protection de soi. Les allers-retours des adolescents entre soins contraceptifs et abortifs issus de savoirs endogènes ou de savoirs biomédicaux illustrent la reconfiguration

Pays / Année	Objectifs principaux de l'enquête	Méthodes mobilisées	Acteurs rencontrés	Particularités / Apports spécifiques pour cette recherche doctorale
			endogènes et soignants aux savoirs biomédicaux, acteurs associatifs représentants institutionnels.	des normes de soins à partir des contraintes contextuelles.
Bulgarie (2018)	Identifier les discriminations structurelles dans l'accès à la SSR des jeunes filles Roms	Entretiens individuels et collectifs, observations, revue documentaire, journaux de bord, co-analyse avec médiateurs communautaires, validation participative, restitution aux participants et acteurs.	Adolescents Roms, médiateurs communautaires, personnels soignants, éducateurs sociaux, représentants associatifs et institutionnels.	Documente la stigmatisation et marginalisation institutionnelle des jeunes filles roms, tout en montrant le rôle des médiateurs communautaires comme acteurs de résistance et de traduction interculturelle. Ces données contribuent à la thèse en éclairant les formes de justice cognitive situées, où certains intermédiaires créent des espaces de légitimité face à l'exclusion structurelle.
Bolivie (2013)	Étudier l'accès à la SSR chez les adolescents Ayoreode et Guarani dans les zones périurbaines	Entretiens individuels et collectifs, observations, revue documentaire, journaux de bord, co-analyse avec médiateurs communautaires, restitution aux participants et acteurs.	Adolescents et adultes de communautés endogènes Ayoreode et Guarani, soignants aux savoirs endogènes et soignants aux savoirs biomédicaux, acteurs socio-éducatifs, acteurs associatifs, représentants institutionnels	Met en lumière les logiques de survie en contexte d'exclusion et les arbitrages des adolescentes entre violences sexuelles, prostitution de survie et recours limité aux soins. Le rôle des médiations locales entre communautés endogènes et centres de santé illustre des résistances pragmatiques et des ajustements invisibles. Ce terrain nourrit l'analyse doctorale de la fabrique quotidienne de résistances silencieuses.
(Rappel de cadrage global)	Ces 6 enquêtes ont été conduites dans une logique de recherche-action, avec	—	—	La réanalyse transversale de ces six enquêtes, bien qu'originellement conduites dans une logique de recherche-action appliquée, permet de dégager des

Pays / Année	Objectifs principaux de l'enquête	Méthodes mobilisées	Acteurs rencontrés	Particularités / Apports spécifiques pour cette recherche doctorale
	triangulation systématique, posture distanciée et validations locales			structures communes de domination et de résistance (injustice épistémique, récupérations institutionnelles, résistances silencieuses). Leur mobilisation comparative renforce la triangulation méthodologique et l'assise critique de la recherche doctorale, tout en soulignant l'importance des émotions et ajustements invisibilisés dans les pratiques de soin et de sexualité.

Considérations éthiques et redevabilité

Les enquêtes menées sur les terrains ont intégré des dispositifs de restitution et de validation participative auprès des groupes rencontrés, inscrivant la démarche dans une logique de redevabilité vis-à-vis des acteurs de terrain. Elles ont respecté les principes éthiques de participation volontaire, de consentement éclairé, de garanties de confidentialité et de conformité aux principes éthiques de la Déclaration d'Helsinki (World Medical Association, 2013). L'une d'entre elles (Madagascar 2018) a en outre fait l'objet d'une validation par un comité d'éthique national. Leur réanalyse dans le cadre de cette recherche doctorale a reçu un accord institutionnel dans le cadre du processus de recherche doctorale inscrit dans les lignes directrices de l'Université Paris 8 et du laboratoire Ladyss (UMR 7533), via l'approbation de la direction de thèse, la validation annuelle du projet par le comité de suivi individuel (CSI), et l'accord de l'école doctorale donné à chaque réinscription annuelle sur la base de la présentation du projet de recherche.

Apport spécifique à l'analyse

En croisant ces enquêtes avec les récits contemporains des 55 sages-femmes et les autres méthodes, la recherche dépasse les limites d'une analyse purement déclarative ou introspective. Elle met ainsi au jour des résonances structurelles fortes tout en respectant les

spécificités contextuelles, et renforce la robustesse des résultats par triangulation méthodologique constante.

Autres méthodes : auto-ethnographie, analyses critiques de deux projets de santé, corpus documentaire spécifique

Au-delà des 55 récits de pratiques auprès de sages-femmes de 36 pays et des six enquêtes socio-anthropologiques menées entre 2011 et 2018 (Angola, Bolivie, Bulgarie, Côte d'Ivoire, Madagascar), trois autres ensembles méthodologiques participent à la construction de l'analyse :

- L'auto-ethnographie réflexive, nourrie de trente années d'expérience de terrain dans douze pays. Sa spécificité justifie une présentation et une discussion approfondies qui sont présentées dans le chapitre 5.
- Deux projets contemporains de santé sexuelle et reproductive (projet *d'humanisation de la naissance* au Bénin et projet d'*auto-gynécologie* en Côte d'Ivoire), qui offrent un terrain privilégié d'observation des circulations normatives entre institutions et acteurs locaux. Le chapitre 10 leur est consacré, tant pour exposer leur méthodologie que pour analyser leurs résultats.
- Une analyse documentaire spécifique, consacrée aux transformations des pratiques professionnelles en France pendant la pandémie de Covid-19. Le chapitre 8 en présente la méthodologie et les résultats.

Ces corpus – récits de sages-femmes (2023–2024), enquêtes socio-anthropologiques (2011–2018), auto-ethnographie, projets Bénin/Côte d'Ivoire et corpus documentaire – sont pensés comme parties prenantes d'une triangulation méthodologique et épistémologique. Chacun éclaire les autres, en permettant d'articuler subjectivités, dynamiques collectives et structures normatives, et en renforçant la validité des analyses par la diversité des méthodes.

III - Forces et limites des choix méthodologiques et des cadres théoriques

Forces

La méthodologie et le cadre théorique adoptés dans cette recherche présentent plusieurs forces complémentaires, qui contribuent à offrir une analyse systémique et critique des pratiques en maïeutique.

Approche multi-située

Un premier atout réside dans la diversité géographique et culturelle des données recueillies. En mobilisant des données collectées dans plusieurs dizaines de pays répartis sur cinq continents, cette recherche s'inscrit dans une perspective multi-située (Marcus, 1995). Ce choix permet d'explorer les circulations normatives et les formes de résistance en tenant compte de leur ancrage local, tout en révélant leurs résonances transnationales. Par exemple, la confrontation des expériences de sages-femmes de 36 pays met en lumière des enjeux partagés autour des normes biomédicales, tout en respectant les spécificités contextuelles. Cette pluralité renforce la robustesse analytique de l'étude et ancre l'élaboration de concepts originaux dans une diversité de mondes sociaux.

Complémentarité méthodologique et pluridisciplinarité théorique

La recherche s'appuie sur une combinaison d'outils variés : recueil de récits de pratique, enquêtes socio-anthropologiques, analyses critiques de projets, auto-ethnographie réflexive, et analyses documentaires. Cette complémentarité permet une triangulation des données et un croisement des niveaux d'analyse individuel, institutionnel et global. Elle s'articule à un cadre théorique pluridisciplinaire (sciences sociales, études critiques, philosophie). Ensemble, cette diversité méthodologique et conceptuelle renforce la capacité de la recherche à analyser les dynamiques de savoirs, de pouvoirs et de résistances en maïeutique, tout en permettant une solide triangulation.

Un cadre théorique critique

Cette recherche s'appuie notamment sur les concepts de savoirs situés (Haraway, 1988), d' injustice épistémique (Fricker, 2007), de colonialité des savoirs (Escobar, 1994, 2018; Mignolo, 2009), et de justice cognitive (De Sousa Santos, 2016; Visvanathan, 1997, 2009, 2016). A ces cadres établis s'ajoutent deux notions originales — les « émotions de rébellion » et les « résistances à bas bruit » — dont l'élaboration conceptuelle sera développée au chapitre 3. Ensemble, et mises en dialogue avec les données empiriques collectées, ces perspectives donnent un cadre théorique solide pour mettre en lumière les savoirs subalternisés en maïeutique. Elles ouvrent également des pistes pour revaloriser ces savoirs invisibilisés comme ressources critiques dans les cadres normatifs de la maïeutique.

Limites et stratégies d'atténuation

Malgré leurs forces, les choix méthodologiques et théoriques participent aussi des limites de la recherche.

Asymétries épistémiques Nord/Sud

Cette recherche n'échappe pas aux asymétries épistémiques qui structurent le champ académique global, comme développé dans le chapitre 1 (chapitre 1. Partie I. Sous-partie : « Une ligne abyssale jusque dans le champ académique ? »). Malgré la mobilisation de certains auteurs du Sud, l'accès inégal à la diffusion des savoirs et la prédominance des références théoriques produites dans le Nord demeurent des limites. Ces déséquilibres ont pu influencer les choix bibliographiques, linguistiques ou institutionnels opérés au fil de cette recherche. Pour atténuer cette limite, la recherche a mobilisé des auteurs ancrés dans des contextes géographiques non européens et porteurs d'une critique épistémologique, comme l'indien Shiv Visvanathan (Visvanathan, 1997, 2009, 2016), l'argentin Walter Mignolo (Mignolo, 2009), les colombiens Arturo Escobar (Escobar, 1994, 2018) et Orlando Fals Borda (Fals Borda, 2020), le brésilien Paulo Freire (Freire, 2021), la sénégalaise Fatou Sow (Sow et al., 2023) ou encore la chercheure maori néo-zélandaise Linda Tuhiwai Smith (Smith, 1999). Cette mobilisation permet d'ouvrir un dialogue entre géographies intellectuelles et de réduire la dépendance aux canons eurocentrés, même si elle ne suffit pas à corriger les inégalités persistantes de reconnaissance académique. D'autres auteurs mobilisés, bien qu'inscrits dans des institutions

du Nord géographique, adoptent également une posture décentrée qui participe de la critique des hégémonies épistémiques, qu'elle soit féministe, postcoloniale ou décoloniale, comme le portugais Boaventoura De Sousa Santos (De Sousa Santos, 2016, 2018a) ou les féministes américaines Sandra Harding (Harding, 1991, 1993) et Alison Jaggar (Jaggar, 1989) ou encore l'anglaise Miranda Fricker (Fricker, 2007). Ainsi, la diversité des références convoquées témoigne d'un dialogue fécond entre géographies intellectuelles, tout en soulignant les limites structurelles qui influencent encore les choix théoriques, la disponibilité des références et la visibilité des productions issues des périphéries académiques.

Approche qualitative et portée des résultats

Face aux standards quantitatifs qui dominent le champ biomédical et institutionnel, le choix assumé d'une approche qualitative peut réduire la portée politique et opérationnelle des résultats, malgré leur profondeur analytique. Cette limite a été atténuée par la triangulation de plusieurs méthodes. En perspective (voir conclusion générale et annexes), la thèse propose l'exploration future d'approches mixtes, pour renforcer la portée institutionnelle des résultats tout en maintenant une attention fine aux savoirs situés.

Biais liés à la collecte de récits de pratiques

Les entretiens avec les sages-femmes ont présenté plusieurs limites spécifiques. Ils ont été réalisés à distance, ce qui, malgré la richesse des échanges, limite parfois l'observation fine des dynamiques relationnelles et du langage corporel. Le mode de recrutement des participantes, bien que diversifié, a pu introduire un biais de sélection : les sages-femmes ayant participé à des congrès internationaux ou à des webinaires étant plus susceptibles d'être familiarisées avec les débats critiques sur les droits des femmes et les pratiques de soins périnataux. Ce biais peut avoir privilégié des discours déjà ancrés dans une réflexion critique, au détriment de points de vue plus conformistes ou distants des débats académiques. La question linguistique constitue une autre limite importante. Les entretiens ont été menés en français, anglais, espagnol ou portugais. Si, dans la majorité des cas, ces langues correspondaient à la langue maternelle ou officielle du pays des sages-femmes, il est arrivé que l'anglais soit choisi par défaut alors qu'il n'était pas pleinement maîtrisé. Cette situation a pu freiner l'expression de nuances, amenant certaines participantes à bricoler des solutions pour contourner la difficulté : solliciter l'aide ponctuelle d'un proche, utiliser un traducteur en

ligne, ou encore basculer vers un échange écrit en parallèle (via WhatsApp) pour mieux formuler leur pensée. Ma propre position linguistique – le français comme langue maternelle, l'espagnol et l'anglais appris à l'adolescence, le portugais à l'âge adulte – a également pu limiter ma capacité à saisir toutes les subtilités linguistiques et culturelles des échanges.

Pour atténuer ces biais, la recherche a privilégié la triangulation des entretiens avec d'autres sources (enquêtes socio-anthropologiques, études critiques de projet, analyses documentaires, auto-ethnographie).

Limites liées à l'auto-ethnographie

Bien que l'auto-ethnographie offre une perspective incarnée et réflexive, elle présente un risque de biais personnel qui peut influencer les conclusions. Pour atténuer cette limite, elle a été circonscrite essentiellement à la deuxième partie de la thèse où elle a été triangulée avec des concepts théoriques, des résultats d'études sur les émotions des soignants et des extraits de résultats d'autres méthodologies telles que les entretiens avec 55 sages-femmes et les six études socio-anthropologiques. Le chapitre 5 développera plus en détail les forces, limites et garde-fous en auto-ethnographie.

Données documentaires et projets internationaux

Les données documentaires collectées pour l'analyse critique de projets (Bénin et Côte d'Ivoire) reflètent parfois les narratifs institutionnels, limitant la prise en compte des dynamiques locales. Cette vision partielle a été en partie compensée par l'exploitation d'entretiens et d'observations réalisés sur le terrain, mais ces ajustements ne peuvent éliminer totalement ce biais institutionnel. De plus, certaines données ont été collectées par des partenaires locaux ou via des méthodes participatives (cas de l'analyse critique du projet d'*auto-gynécologie* en Côte d'Ivoire), enrichissant les perspectives mais introduisant aussi leurs propres biais. La validation des résultats par un collectif d'acteurs de terrain et de chercheurs a permis cependant de limiter ces biais.

Temporalité spécifique des données

La pandémie de Covid-19 a agi comme un révélateur des tensions normatives et des résistances dans le domaine de la santé périnatale. Cette période exceptionnelle a permis

d'observer des pratiques critiques émergentes. Une collecte spécifique de données s'est ainsi intéressée aux changements de pratiques durant la pandémie et est analysée dans une partie spécifique de cette thèse (chapitres 8 et 9). Cependant, ces données collectées pendant la pandémie de Covid-19 reflètent une temporalité particulière, marquée par des tensions institutionnelles et sociétales exacerbées. Leur interprétation doit donc tenir compte de cette temporalité unique, qui peut limiter la généralisation des résultats à d'autres contextes. Ces résultats doivent être interprétés dans le cadre d'une réflexion plus large sur les effets des crises sur les normes et les résistances.

Des régions du monde sous-représentées

Bien que la recherche couvre cinq continents, elle les couvre de manière inégale. Certains terrains ont été choisis en fonction d'opportunités (ré-analyse d'enquêtes déjà réalisées, inscription personnelle dans des réseaux plus présents dans certaines parties du monde…). Cela a généré une meilleure couverture de certaines régions du monde par rapport à d'autres. Ainsi, tant dans les recueils de récits de pratique, que dans les enquêtes socio-anthropologiques ou les projets analysés, on note d'une part une sous-représentation de l'Europe de l'Est, de l'Afrique du Nord et de certaines parties de l'Asie et d'autre part une surreprésentation des contextes subsahariens.

Complexité de l'articulation des niveaux d'analyse

Croiser des niveaux d'analyse individuel, institutionnel et global présente un défi méthodologique. Cette ambition peut entraîner une dilution de certains résultats spécifiques au profit d'une vision systémique.

Orientation critique du cadre théorique

Le cadre critique proposé met essentiellement l'accent sur les rapports de domination, les inégalités et les résistances. Cette posture critique, bien que nécessaire pour interroger les asymétries de pouvoir, peut biaiser certaines analyses en amplifiant l'importance des résistances au détriment des ajustements consensuels. Elle pourrait sous-estimer les dynamiques de collaboration ou d'ajustement entre acteurs, par exemple entre sages-femmes et institutions. Pour atténuer cette limite, la recherche a privilégié un dialogue constant entre concepts et données empiriques, afin d'éviter la sur-interprétation théorique

et de maintenir l'ancrage dans les récits et observations de terrain. Cette mise en dialogue s'est accompagnée d'une posture réflexive explicite, rendant visibles les choix analytiques et leurs implications. Au-delà, de futures recherches pourraient approfondir plus systématiquement les dynamiques de collaboration, afin de compléter l'éclairage critique par une analyse des ajustements et coopérations professionnelles.

Conclusion du chapitre 2

L'approche méthodologique adoptée dans cette recherche s'inscrit dans une démarche qualitative, réflexive et critique, visant à interroger les dynamiques de savoirs, de normes et de résistances en maïeutique. En mobilisant une approche multi-située sur cinq continents et une combinaison d'outils complémentaires – collecte de récits, croisement d'études socio-anthropologiques, analyse critique de projets, analyse documentaire, et auto-ethnographie – cette méthodologie permet d'articuler plusieurs niveaux d'analyse (individuel, institutionnel, global) et de rendre compte de la complexité des interactions entre subjectivité, pratiques professionnelles, cadres institutionnels et normes mondialisées. Elle repose sur une logique inductive et une triangulation rigoureuse, garantissant une mise en dialogue constante entre les données empiriques et les cadres théoriques critiques mobilisés.

Toutefois, cette approche n'est pas exempte de limites. La prédominance des cadres méthodologiques issus du Nord et les contraintes inhérentes aux enquêtes qualitatives imposent une vigilance particulière quant à l'interprétation des données. La réflexivité critique, la triangulation méthodologique et l'approche multi-située adoptés dans cette recherche permettent d'atténuer certains de ces biais, mais elle ne saurait totalement les éliminer. Par ailleurs, l'ampleur géographique des terrains explorés – couvrant cinq continents – constitue à la fois une richesse et un défi méthodologique, nécessitant une analyse fine des dynamiques locales sans perdre de vue les tendances transversales qui traversent la maïeutique.

En définitive, le cadre méthodologique de cette recherche repose sur une articulation fine entre ancrage empirique et élaboration théorique. Il permet d'ouvrir des perspectives nouvelles sur les résistances en maïeutique et sur les savoirs subalternisés, en mettant en évidence les ajustements critiques et les réinventions discrètes qui se déploient au sein des pratiques professionnelles. Cette approche contribue ainsi à enrichir la réflexion sur les formes

d’émancipation en maïeutique et sur l’humanisation des pratiques, en valorisant les résistances, visibles comme discrètes, et les pratiques aux marges, comme espaces de réinvention critique.

Autrement dit, ce chapitre ouvre un chemin critique et méthodologique. Structuré en trois temps – présentation du cadre méthodologique, mise en œuvre des enquêtes et discussion réflexive –, il a posé les bases d’une approche capable de restituer la complexité des voix subalternisées et des résistances situées. Cette méthodologie invite à écouter ce que les savoirs disqualifiés ont à nous dire.

Pour approfondir cette écoute, il convient désormais d’examiner comment ces voix s’incarnent dans des expériences concrètes, et quels outils conceptuels peuvent émerger d’une telle analyse inductive. Le chapitre qui suit s’appuie ainsi sur les données de terrain pour forger deux concepts centraux – les « émotions de rébellion » et les « résistances à bas bruit ». Ces notions, construites à partir de récits et d’observations, permettront d’éclairer les ajustements critiques et les subversions discrètes qui traversent la pratique en maïeutique, et d’en proposer une lecture située et novatrice.

Chapitre 3. Forger deux outils conceptuels à partir du terrain : émotions de rébellion et résistances à bas bruit

Introduction du chapitre 3

Parmi les entretiens menés entre fin 2023 et début 2024 dans le cadre de cette recherche, celui d'une sage-femme quechua d'Equateur illustre certaines tensions au cœur des savoirs et pratiques en maïeutique. Héritière d'un savoir endogène transmis par sa mère et sa grand-mère[37], elle raconte comment, au fil des années, la préférence des femmes quechua pour un accompagnement par une sage-femme issue de leur culture a permis une forme d'acceptation de la part des pouvoirs publics envers les sages-femmes aux savoirs endogènes. Ces dernières peuvent ainsi dispenser officiellement des soins endogènes pendant la grossesse et le post-partum, au sein d'espaces de soins communautaires, appelés « *consultorios ancestrales* »[38]. Par ailleurs, les salles de naissance des structures de santé biomédicales se sont progressivement ouvertes à la présence de ces sages-femmes quechua en tant qu'accompagnantes de leurs patientes. La sage-femme que j'ai entendue en entretien

[37] Je nomme dans cette thèse « sage-femme » aussi bien les sages-femmes aux savoirs biomédicaux que les sages-femmes aux savoirs endogènes. Je précise cependant, comme ici, lorsque leur pratique relève principalement de savoirs endogènes. L'OMS nommerait quant à elle « accoucheuse traditionnelle » cette sage-femme n'ayant pas reçu une formation biomédicale complète en maïeutique. Elle la nommerait même plus précisément « accoucheuse traditionnelle formée » car celle-ci a témoigné durant l'entretien avoir eu une courte session (moins d'un mois) de formation donnée par des médecins dans le cadre d'un programme centré sur l'intégration partielle des accoucheuses traditionnelles dans l'organigramme de santé au sein des communautés endogènes quechua. L'OMS définit ainsi une accoucheuse traditionnelle (AT) ou, en anglais, *« traditional birth attendant (TBA) »* :

> « A traditional birth attendant (TBA) is a person who assists the mother childbirth and initially acquired her skills by delivering babies herself or through apprenticeship to other traditional birth attendants.
> A family TBA is a TBA who has been designated by an extended family to attend births in that family.
> A trained TBA is a TBA who has received a short course of training through the modern health care sector to upgrade her skills. The period of actual training is normally not more than one month, although this may be spread over a longer time.
> Some persons, including family members, may have attended births on occasion but are neither regularly called upon nor expected to assist a birth. These people are not TBAs, although they may become TBAs.
> TBAs who undergo extensive training (six months to one year) are then often employed as primary health care workers. They may continue to function as TBAs, delivering babies in their community when asked." (OMS et al., 1992)

[38] Les *consultorios ancestrales* sont des espaces de soin communautaire reconnus dans le cadre des politiques de santé interculturelle mises en place notamment en Équateur depuis les années 2000. Ils permettent à des praticiennes et praticiens aux savoirs endogènes d'exercer à partir de savoirs médicaux locaux transmis oralement, incluant l'usage des plantes, des massages, ou des rituels culturels. Ces dispositifs ont été institutionnalisés à travers le Plan national de santé interculturelle (2006). Leur reconnaissance reste cependant partielle : les savoirs qui y sont mobilisés sont souvent cantonnés à des espaces périphériques du système de santé, et leur application par les femmes peut être limitée par des protocoles biomédicaux. (Quisaguana Mora, 2012)

explique ainsi être maintenant tolérée dans l'hôpital le plus proche de sa communauté. Elle explicite cependant qu'elle l'est au même titre qu'un proche de la parturiente et non réellement en tant que sage-femme[39]. Elle précise que sa présence et celle de ses consœurs restent strictement encadrée en salles de naissance. Ainsi, les médecins leur rappellent régulièrement que leurs pratiques doivent rester confinées aux *consultorios ancestrales* et que seul le personnel hospitalier est habilité à prendre en charge l'accouchement. La sage-femme interviewée témoigne alors ressentir de la tristesse face à la solitude des femmes de sa communauté lorsqu'elles accouchent dans un système de soins qui leur est étranger. Dans le même temps, elle explique comment elle-même et ses consœurs, malgré les limites posées par les infirmières et les médecins, introduisent discrètement certaines pratiques endogènes (massages, plantes médicinales, rituels…) dans l'accompagnement des parturientes. Elle décrit ainsi des gestes discrets mais signifiants, et une adaptation stratégique face à un environnement institutionnel contraint. Elle dit par exemple :

> « Ma da pena ver a las mamás solitas. A veces las enfermeras nos dicen que molestamos, que no seguimos el protocolo. Pero la mamá nos pide que nos quedemos, entonces nosotras encontramos la forma. Nos ponemos a un lado, no hablamos mucho, pero seguimos ahí con ella, con nuestras plantitas, con los masajes quechua…. A veces los doctores no se dan cuenta, y nosotras seguimos haciendo nuestro trabajo. (…)[40] » (Equateur SF1)

Cette déclaration illustre un double mouvement, à la fois émotionnel et politique : d'une part, une révolte silencieuse face à l'isolement imposé aux femmes dans un espace de soin normatif éloigné de leur culture ; d'autre part, l'élaboration de stratégies discrètes de présence et de continuité du soin communautaire, à la lisière du visible. Ces ajustements quotidiens incarnent une forme de résistance silencieuse, sans confrontation directe, mais néanmoins porteuse d'un potentiel critique.

[39] Cette acceptation de la présence des sages-femmes aux savoirs endogènes en salles de naissance s'inscrit dans des contextes marqués par des indicateurs de santé plus faibles pour les populations endogènes que ceux de la population générale équatorienne. Cet état de fait est lié à des obstacles structurels multiples (géographiques, socio-économiques, institutionnels…), comprenant notamment les discriminations subies dans les centres de santé. Face à cela, une des réponses du ministère de la santé publique d'Equateur a été de publier, en 2008, un « Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado » (Guide technique pour la prise en charge de l'accouchement culturellement adapté) (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2008). Mais, comme le souligne Quisaguano Mora (Quisaguana Mora, 2012), cette politique, sous couvert d'ouverture interculturelle, tend à folkloriser les pratiques endogènes, en les maintenant aux marges des normes hospitalières.

[40] Traduction : « Ça me fait de la peine de voir les mamans toutes seules. Parfois les infirmières nous disent que nous dérangeons, que nous ne suivons pas le protocole. Mais la maman nous demande de rester, alors nous trouvons une manière de le faire. . Nous nous mettons sur le côté, nous ne parlons pas beaucoup, mais nous restons là avec elle, avec nos petites plantes avec les massages quechua... Parfois les docteurs ne se rendent pas compte, et nous continuons à faire notre travail. (…) »

À travers ce témoignage s'esquisse la problématique centrale du chapitre :

Comment sages-femmes et femmes-patientes négocient-elles les normes dominantes autour de la naissance dans un système contraint ?

Ce récit de pratique d'une sage-femme quechua est emblématique des dynamiques observées au fil du travail de terrain. Il ouvre ainsi le chapitre en posant les tensions fondamentales explorées dans les pages suivantes. Comme d'autres entretiens ou observations menés au fil de cette recherche, il met en lumière des formes de résistance qui s'expriment par des ajustements discrets, guidés par des vécus émotionnels et ancrés dans un contexte. Ces dynamiques témoignent d'un art de composer avec les normes, sans les affronter ouvertement, mais en les infléchissant de l'intérieur.

Ce chapitre adopte une démarche inductive fondée sur le terrain, tout en s'inscrivant dans une perspective épistémologique située, inspirée des approches féministes et critiques de la santé. Cette posture inductive n'exclut pas l'usage de cadres théoriques préexistants : elle suppose un aller-retour constant entre données de terrain et concepts théoriques. On retiendra ici que les concepts proposés émergent de manière inductive à partir d'un matériau riche et varié (présenté dans le chapitre précédent), analysé à l'intersection de la sociologie des émotions, des résistances infra-politiques et des savoirs subalternisés.

La structure du chapitre s'organise en trois temps complémentaires.

Une première partie, à travers une revue de littérature, présente les tensions critiques qui traversent aujourd'hui la maïeutique contemporaine.

Une deuxième partie, croisant revue de littérature et données de terrain, s'intéresse aux émotions des sages-femmes en réponse à ces tensions. Elle explicite comment a émergé le concept d'« émotions de rébellion » à partir de l'observation de récurrences dans les données recueillies. Ces récurrences témoignent de phénomènes peu documentés dans la littérature existante en maïeutique. Le concept d' « émotions de rébellion » que je propose pour en témoigner est mis en dialogue avec les approches en sociologie des émotions de Crapanzano (Crapanzano, 1994) et Jaggar (Jaggar, 1989).

Enfin, la dernière partie montre comment l'analyse des données dévoile que ces « émotions de rébellion » se traduisent concrètement en actes de résistance face aux normes

dominantes. Les données donnent à voir des résistances discrètes ou plus affirmées. C'est dans ce prolongement qu'est proposé le concept de « résistances à bas bruit », dans la filiation des travaux de Foucault (Foucault, 1976, p. 125-126) et de Scott (Scott, 2019).

En articulant trois dimensions – les « émotions de rébellion » comme moteur, les « résistances à bas bruit » comme modalité d'agir, et les marges du soin comme terrain d'expression –, ce chapitre propose de reconsidérer les espaces invisibilisés de la reconfiguration de la maïeutique.

I- Les tensions critiques de la maïeutique contemporaine

La maïeutique contemporaine est traversée par des recommandations normatives internationales. Parmi ces cadres normatifs, les Objectifs de Développement Durable (ODD), adoptés à l'unanimité par les 193 États membres des Nations Unies en 2015, occupent une place centrale.[41] Ces objectifs s'accompagnent d'indicateurs internationaux permettant de mesurer les progrès réalisés. L'un des indicateurs porte sur le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié selon les standards biomédicaux. (OMS, 2024) Dans cette perspective, les accouchements sont de plus en plus centralisés dans des structures médicalisées (hôpitaux, cliniques, centres et postes de santé…). Par exemple, au Cambodge, alors qu'au début des années 2000, neuf femmes sur dix accouchent à domicile, elles ne sont plus qu'une sur dix en 2014. Ce transfert de la naissance du cadre communautaire vers les institutions médicalisées a participé à une réduction significative de la mortalité maternelle, cette diminution étant estimée au Cambodge à 75 % entre 1990 et 2015. (Schantz, 2021, p. 95)

Si cette évolution vers des politiques biomédicales mondialisées a contribué à améliorer les indicateurs de sécurité périnatale (OMS, 2024), elle interroge les effets secondaires des dynamiques de standardisation. Comment celles-ci influencent-elles les tensions entre savoirs biomédicaux et savoirs féminins émotionnels, expérientiels et endogènes ? Comment impactent-elles les droits des femmes ou leur accès à l'autonomie et à l'autodétermination ?

[41] Ces ODD viennent renforcer plusieurs décennies de recommandations visant à réduire les taux de mortalité maternelle et périnatale. Le troisième objectif (ODD 3), centré sur « la santé et le bien-être de tous », rappelle l'importance de garantir à toutes les femmes un accès équitable aux soins de santé sexuelle et reproductive. (ONU, 2020) L'item 3.1 fixe pour objectif de réduire, d'ici 2030, le taux mondial de mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes. Parallèlement, l'ODD 3.2 vise une réduction à 12 pour 1 000 naissances vivantes de la mortalité néonatale (celle intervenant entre le 1er et le 28ème jour après la naissance). (OMS, 2024)

Standardisation biomédicale et contrôle des corps

La standardisation biomédicale produit des effets tangibles sur les corps et les droits reproductifs — comme l'illustrent des travaux conduits dans divers contextes nationaux.

En Équateur, comme nous l'avons vu dans l'exemple cité en introduction, la naissance en institution biomédicale exacerbe les tensions entre savoirs biomédicaux et savoirs féminins quechua. Ces derniers sont cantonnés à une place subalterne dans la hiérarchie des savoirs en maïeutique. La standardisation biomédicale en obstétrique relègue ainsi les sages-femmes aux savoirs endogènes à des rôles périphériques. Cependant, face à l'incidence de cette marginalisation des savoirs quechua sur la fréquentation des structures de santé, la mise en œuvre du programme national de "parto culturalmente adecuado[42]" (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2008) affiche une volonté d'intégration des préférences culturelles des femmes de communautés endogènes. (Quisaguana Mora, 2012) Mais, différentes études telles celle de Mora Quisaguana (Quisaguana Mora, 2012) rejoignent le témoignage cité en introduction. Elles mettent en évidence la manière dont la reconnaissance symbolique des savoirs féminins endogènes peut coexister avec leur marginalisation concrète dans les actes médicaux.

Au Cambodge, des recherches montrent que le transfert de la naissance de la communauté vers l'institution biomédicale s'est accompagné d'une transformation des pratiques entourant la naissance avec notamment l'apparition de la systématisation des épisiotomies lors de l'accouchement. Celles-ci sont souvent associées à une périnéorraphie visant à resserrer fortement le vagin lors de la suture, sans indication médicale et dans une visée esthétique ou sexuelle. Des chercheurs et institutions internationales, dont l'OMS, ont souligné que lorsque cette périnéorraphie est pratiquée sans consentement éclairé ou dans une finalité non médicale, elle peut être rapprochée des pratiques de mutilations génitales féminines, violant ainsi les droits des femmes. (Schantz, 2021, p. 86, 97)

En Iran, une étude a mis en évidence que la systématisation des accouchements en centres de santé peut s'accompagner de pratiques perçues comme coercitives, en particulier à l'encontre de femmes afghanes migrantes. Des observations montrent notamment qu'une stérilisation est proposée à ces femmes dès leur arrivée à la maternité, alors qu'elles sont en

[42] Traduction libre : accouchement culturellement adapté

situation de travail obstétrical. En cas de refus, des dispositifs intra-utérins (stérilets) ont été observés être posés à leur insu, au moment d'examens gynécologiques réalisés avant leur sortie. (Sestito, 2023)

Les exemples équatoriens, cambodgiens et iraniens cités donnent à voir comment certaines politiques de santé visant à réduire la mortalité (ici le transfert de la naissance des espaces communautaires vers des institutions biomédicales) peuvent en même temps se transformer en pratiques de gestion disciplinaire et de normalisation. Ainsi, la standardisation biomédicale de la naissance renforce des logiques de contrôle du corps des femmes. Ces quelques exemples ainsi que d'autres études (Deneffe Dobrzynski, 2016, 2022; El Kotni & Quagliariello, 2021) montrent que ces logiques sont exacerbées dans les contextes marqués par de fortes asymétries sociales ou de domination intersectionnelle liée au genre, au statut migratoire, à l'origine ethnique, au niveau socio-économique, au statut marital, à l'âge... Il est ainsi essentiel de ne pas naturaliser les exemples donnés ci-dessus comme des dérives locales, c'est-à-dire ne questionnant pas le dispositif même de la mondialisation de la biomédicalisation de la naissance. À l'échelle mondiale, au sein des institutions biomédicale, un nombre croissant d'études documentent des expériences de soins obstétricaux décrites comme inappropriées, délétères, intrusives et peu respectueuses de l'autonomie et de l'autodétermination des femmes. Ces situations sont décrites comme internationalisées, fréquentes, multidimensionnelles, banalisées dans les contextes hospitaliers contemporains, et touchant tant aux dimensions techniques qu'à la qualité relationnelle du soin. Elles sont qualifiées de maltraitances institutionnelles et de violences obstétricales dans la littérature. (M. A. Bohren et al., 2015; Castañeda (dir.) et al., 2022).

Le contrôle du corps des femmes à la lumière du biopouvoir

Relues à la lumière des travaux de Foucault (Foucault, 1976), ces situations illustrent des dynamiques de biopouvoir, où la médicalisation s'accompagne d'un contrôle accru sur les corps et les choix reproductifs. Le biopouvoir, selon Michel Foucault (Foucault, 1976), désigne un mode de pouvoir qui régule et normalise la vie des individus et des populations, en influençant non seulement la santé, la reproduction et le bien-être, mais aussi les comportements et les pratiques sociales. Ce pouvoir ne se limite pas à la répression, il cherche à contrôler les corps à travers des techniques de surveillance, d'évaluation et d'intervention.

Le biopouvoir s'incarne dans des institutions et des politiques publiques qui façonnent le quotidien des individus, en normalisant leur existence et en modifiant leur rapport à leur propre corps et à la société. Il se distingue ainsi par son rôle dans la gestion des populations et la gouvernance des comportements au-delà de la simple contrainte[43], marquant une transformation de la subjectivité des individus. Cette transformation se manifeste par l'intériorisation des normes imposées, où les individus, tout en semblant exercer leur liberté, agissent en conformité avec des attentes sociales et institutionnelles qu'ils adoptent comme propres, redéfinissant ainsi leurs choix, valeurs et aspirations à travers le prisme des impératifs normatifs.

Médicalisation croissante de la naissance

Les dynamiques de normalisation et de contrôle décrites plus haut se matérialisent aussi dans l'intensification des pratiques médicales autour de l'accouchement. La littérature internationale parle alors de « surmédicalisation » ou de « médicalisation abusive ». Cette tendance se manifeste notamment par la multiplication des actes techniques, au premier rang desquels la césarienne, dont les taux dépassent fréquemment les seuils de 10 à 15 % recommandés par l'Organisation mondiale de la santé. Ces seuils de 10 à 15 % sont utilisés comme indicateurs de suivi global pour identifier deux types de déséquilibres potentiels : d'un côté, un accès insuffisant à la césarienne dans certains pays où les taux restent inférieurs à 10 %, ce qui peut signaler un manque de prise en charge des situations obstétricales à risque; de l'autre, des taux supérieurs à 15 %, qui peuvent suggérer un recours accru à cette intervention en dehors d'indications médicales formelles[44], posant des questions sur la pertinence des décisions cliniques et sur l'influence de facteurs organisationnels, économiques ou socioculturels. Par exemple, les taux nationaux de césarienne atteignent 58% en République dominicaine, 55 % au Brésil, 50 % au Chili, 49 % en Équateur, 48 % en Iran, en Turquie et au Liban, 40 % en Roumanie, 39 % en Corée du Sud, et 35 % en Chine et en Italie. (Dumont & Guilmoto, 2020b) Ces données appellent à une analyse contextualisée des

[43] « Comme le pouvoir serait léger et facile, sans doute, à démanteler, s'il ne faisait que surveiller, épier, surprendre, interdire et punir ; mais il incite, suscite, produit ; il n'est pas simplement œil et oreille ; il fait agir et parler. » (Foucault, 1977, p. 237)

[44] « Au-dessous de 10 %, les besoins de césarienne ne sont pas totalement couverts, ce qui peut entraîner une surmortalité maternelle et périnatale. En revanche, les taux supérieurs à 10 % dans une population n'entraînent pas de bénéfice supplémentaire en termes de réduction des taux de mortalité maternelle et néonatale, et au-delà de 15 %, le risque d'une pratique abusive est élevé. » (Dumont & Guilmoto, 2020a)

dynamiques à l'œuvre dans les choix obstétricaux, au croisement des logiques médicales, institutionnelles et sociales.

Emergence des débats sur les violences obstétricales

Dans le contexte d'une surmédicalisation croissante et de logiques de contrôle du corps des femmes et de leurs choix reproductifs, certains pays d'Amérique latine ont adopté des législations combattant les situations qualifiées de « violence obstétricale ». L'Amérique Latine, où le taux régional de césariennes atteint 44,3 % (Boerma et al., 2018), a été la première région du monde à formaliser cette notion dans un cadre juridique. Le Vénézuéla a ouvert la voie en 2007, avec une loi intégrée à sa législation sur le droit des femmes à une vie libre de violence (Bousquet et al., 2018). Afin d'encadrer juridiquement les dérives dénoncées — déshumanisation des soins, abus de médicalisation et pathologisation de processus physiologiques — la loi vénézuélienne définit la « violence obstétricale » comme une forme d'appropriation par le personnel de santé du corps et des processus reproductifs des femmes, qui se solde par une atteinte à leur autonomie décisionnelle et à leur qualité de vie:

> «Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres »[45] (Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, 2007, p. 30)

Cette légifération a été suivie par d'autres pays de la région, comme l'Argentine en 2009, et plusieurs États du Mexique. Au Brésil, l'État de Santa Catarina a adopté en 2017 une législation spécifique incluant une typologie détaillée des actes considérés comme relevant de la violence obstétricale, illustrant la diversité des gestes et interactions concernés par cette problématique[46]. (Bousquet et al., 2018, p. 49,50)

[45] Traduction libre : « On entend par violence obstétricale l'appropriation par le personnel de santé du corps des femmes et du processus de reproduction, qui se manifeste par un traitement déshumanisant, un abus de médicalisation et une pathologisation des processus naturels, entraînant pour les femmes une perte d'autonomie et de capacité à décider librement en ce qui concerne leur propre corps et sexualité, affectant négativement leur qualité de vie. »

[46] « Tout acte pratiqué par le médecin, le personnel de l'hôpital, un membre de la famille ou un accompagnateur qui offense verbalement ou physiquement les femmes enceintes, en cours de travail ou pendant le puerpérium. Aux fins de la présente loi, sont considérées comme infraction verbale ou physique, entre autres, les conduites

En France également, la question des violences gynécologiques et obstétricales a fait l'objet d'un débat public, à la suite notamment de rapports institutionnels. Le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE), dans un rapport publié en 2018, définit ces violences comme :

> « les actes sexistes les plus graves qui peuvent se produire dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical des femmes. Ils sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un.e ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils sont le fait de soignant.e.s — de toutes spécialités — femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitant.e.s. Ils peuvent prendre des formes très diverses, des plus anodines en apparence aux plus graves. »[47] (Bousquet et al., 2018, p. 3)

suivantes : I. Traiter la femme enceinte ou la parturiente de manière agressive, non empathique, grossière, moqueuse ou de toute autre manière qui provoquerait chez elle un malaise par rapport au traitement reçu ; II. Se moquer de la parturiente ou la réprimander pour tout comportement tel que : les cris, les pleurs, le fait d'avoir peur, d'avoir honte ou de douter ; III. Se moquer de la parturiente ou la réprimander pour toute caractéristique telle que l'obésité, les poils, les vergetures, les évacuations et autres ; IV. Ne pas écouter les plaintes et les doutes émis par la femme hospitalisée, en travail ou en accouchement ; V. Traiter la femme comme une inférieure, lui donner des ordres et des surnoms infantilisants et diminutifs, la traiter comme une incapable ; VI. Faire croire à une femme enceinte ou parturiente qu'elle a besoin d'une césarienne quand ce n'est pas nécessaire, en avançant des risques imaginaires ou hypothétiques qui ne sont pas prouvés et sans donner d'explication correcte quant aux risques pour elle et pour le bébé ; VII. Refuser la prise en charge d'une urgence médicale ; VIII. Décider du transfert de l'hospitalisation de la femme enceinte ou de la parturiente sans avoir analysé et confirmé au préalable de la disponibilité d'un lit et d'une garantie de soin, et sans garantie d'avoir suffisamment de temps pour arriver à destination ; IX. Empêcher la femme d'être accompagnée par une personne de son choix tout au long du processus de travail ; X. Empêcher une femme de communiquer avec le « monde extérieur », lui refuser son droit de téléphoner, d'utiliser son téléphone portable, de marcher dans la salle d'attente, de parler aux membres de sa famille et à son compagnon ; XI. Soumettre les femmes à des procédures douloureuses, inutiles ou humiliantes, telles que le lavage intestinal, le rasage des poils pubiens, la position gynécologique en gardant les portes ouvertes, l'examen tactile par plus d'un professionnel ; XII. Arrêter l'anesthésie alors que la parturiente en exige une ; XIII. Procéder à une épisiotomie lorsque cela n'est pas vraiment nécessaire ; XIV. Garder les détenues menottées pendant le travail ou l'accouchement ; XV. Pratiquer tout acte sans avoir préalablement recueilli le consentement de la patiente et lui avoir expliqué, avec des mots simples, la nécessité de ce qui est proposé ou recommandé ; XVI. Après l'accouchement, tarder déraisonnablement à accueillir la femme dans sa chambre ; XVII. Soumettre la femme et/ou le bébé à des actes ayant pour but exclusif la formation des étudiants ; XVIII. Soumettre un bébé en bonne santé à une aspiration de routine, à des injections ou des procédures dans les premières heures de sa vie, avant de l'avoir mis en contact avec la peau de la mère et sans qu'elle ait eu l'occasion de l'allaiter ; XIX. Empêcher la femme, après l'accouchement, d'avoir son bébé à ses côtés dans sa chambre et d'allaiter librement, sauf si la femme ou le bébé a besoin d'attention médicale ; XX. Ne pas informer la femme de plus de 25 ans ou qui a plus de 2 enfants de son droit de bénéficier d'une ligature des trompes gratuite dans les hôpitaux publics et conventionnés au système de santé public ; XXI. Traiter le père du bébé comme un visiteur et gêner son accès libre à la parturiente et au bébé à n'importe quelle heure du jour. » « Lei no 17.097 de 17 de Janeiro de 2017 - Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina » - traduction HCE (Bousquet et al., 2018, p. 49,50)

[47] Suite de l'extrait : « Le HCE identifie 6 types d'actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, dont certains relèvent des violences :

- Non prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation ;
- Propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids, la volonté ou non d'avoir un enfant, qui renvoient à des injonctions sexistes ;
- Injures sexistes ;
- Actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente ;

Soigner dans un système sous tension : entre aspirations bientraitantes et réalités institutionnelles

En réponse aux constats de la prégnance de situations qualifiées de violences obstétricales et aux luttes féministes, ces dernières années marquent l'essor de nouvelles directives internationales autour de la naissance. Elles s'inscrivent dans la continuité de la reconnaissance des droits sexuels et reproductifs reconnus par 179 pays en 1994, lors de la 47e conférence sur la Population et le Développement[48]. Elles sont complémentaires aux recommandations pour l'accès de toutes les femmes à une prise en charge biomédicale des complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Ces nouvelles directives sont annoncées comme visant d'une part à lutter contre la biomédicalisation abusive de la naissance et la maltraitance dans les soins et d'autre part à promouvoir l'autonomie des femmes (OMS, 2018; OMS.Bureau régional de l'Afrique, 2021; Toubia et al., 2021; UNFPA et al., 2021; United Nations Population Fund, East and Southern Africa, 2022; WHO et al., 2025). Elles appellent à garantir aux femmes une expérience positive de la grossesse et de l'accouchement, fondée sur le respect de la physiologie, de la dignité et de l'autonomie (Organisation Mondiale de la Santé, 2017, 2018). Des campagnes de l'OMS sensibilisent aux soins bientraitants autour de la naissance, comme l'illustrent les affiches ci-dessous.

- Actes ou refus d'acte non justifiés médicalement ;
- Violences sexuelles : harcèlement sexuel, agression sexuelle et viol. » (Bousquet et al., 2018, p. 4)

[48] « Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme. » [FNUAP, 1995, p. 38-39.]

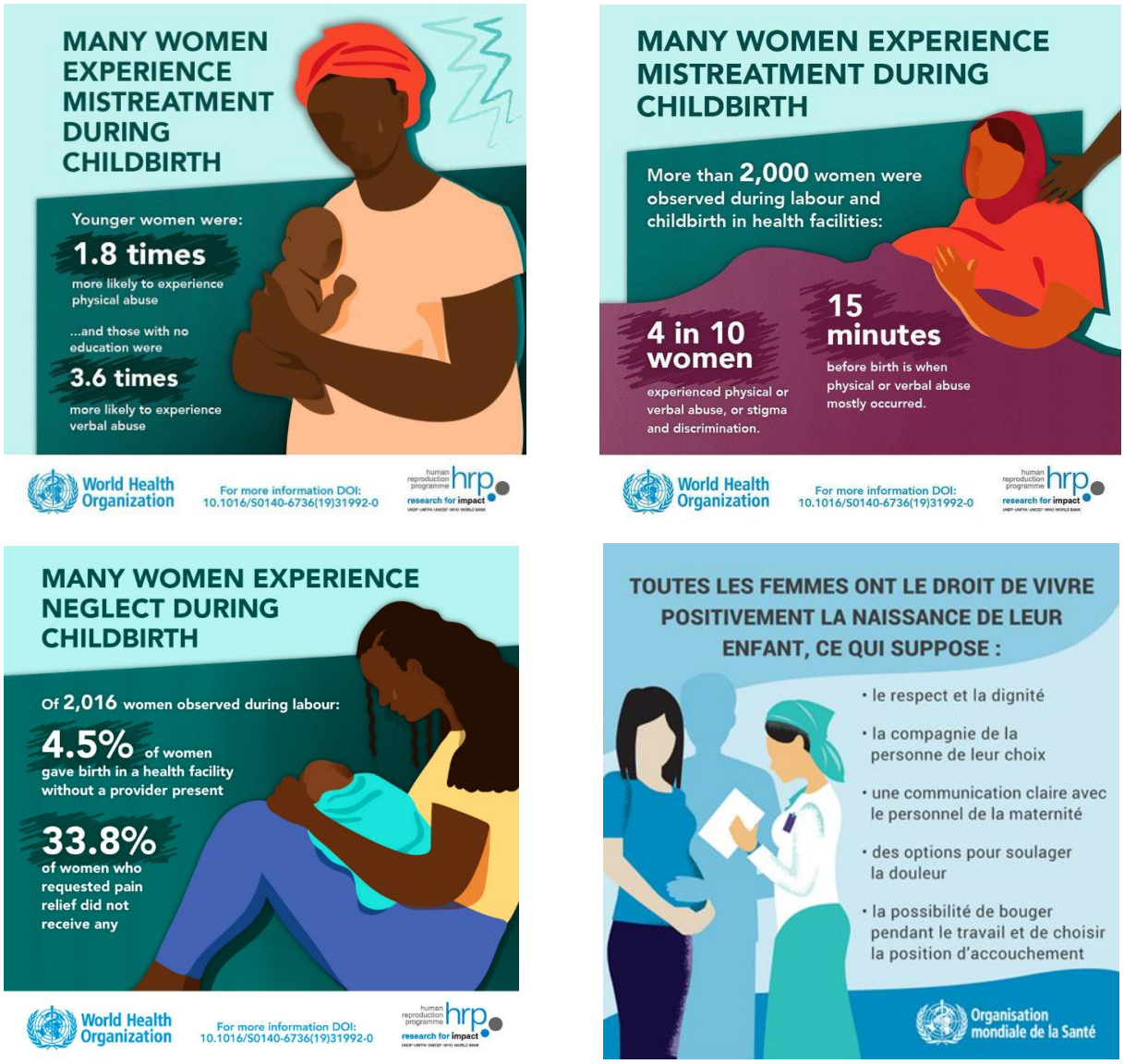

Figure 11 : Affiches de sensibilisation de l'OMS à la bientraitance lors de la naissance

Pour les sages-femmes, l'enjeu devient alors de s'efforcer de préserver une pratique centrée sur la personne, tenant compte de la physiologie de la naissance et des préférences des femmes, tout en devant s'ajuster à des contraintes structurelles, professionnelles et éthiques parfois difficiles à concilier. Ainsi, les sages-femmes, en tant que professionnelles de première ligne, doivent conjuguer respect des protocoles standardisés, exigences de sécurité, et attention aux singularités corporelles, émotionnelles et culturelles des femmes.

Toutefois, la mise en œuvre de ces principes se heurte à des tensions concrètes sur le terrain. L'atteinte de ces objectifs est complexe dans un contexte marqué par un gouvernement par les indicateurs, une rationalisation accrue des soins, et une taylorisation des tâches érigée en norme organisationnelle (standardisation, segmentation des actes, cadences et quotas temporels) (Jeamet, 2022), ainsi que par des effectifs de sages-femmes souvent insuffisants

(UNFPA et al., 2021). Ainsi, les situations dites de maltraitance obstétricale sont souvent analysées comme résultant de mécanismes structurels, croisant des asymétries de genre avec des logiques de performance organisationnelle, des normes biomédicales et organisationnelles parfois inadaptées ainsi que des conditions de travail sous tension pour les professionnels de santé (surcharge, épuisement, déficit de reconnaissance). Les logiques de domination et les risques de maltraitance au sein des maternités, y compris par les sages-femmes, perdurent alors, faisant l'objet d'un nombre croissant d'études (Castañeda (dir.) et al., 2022; Jaffré, 2018b; Sambiéni, 2016; Schantz et al., 2021). Les maltraitances obstétricales, au-delà de visibiliser des injustices structurelles et systémiques envers les femmes (El Kotni & Quagliariello, 2021), deviennent alors aussi les symptômes d'un système institutionnel sous tension et dont les normes peuvent être inadaptées. Les sages-femmes font de plus face à des pressions organisationnelles et à une reconnaissance institutionnelle insuffisante qui altèrent encore davantage leur capacité à maintenir une relation soignante bientraitante (Hunter & Warren, 2014; Thomas, 2017).

Le soin périnatal est ainsi un espace de tensions entre trois rationalités partiellement discordantes : une rationalité de sécurité biomédicale, portée par des protocoles standardisés ; une rationalité de performance organisationnelle issue de modes de gestion rationalisés du travail, parfois taylorisés, et érigés en norme organisationnelle ; une rationalité du care centrée sur la personne, attentive à la physiologie, aux préférences et aux vulnérabilités. Les écarts entre ces rationalités, croisés avec des rapports de pouvoir genrés au sein des institutions de santé et avec des effectifs de soignants souvent insuffisants, ouvrent la voie à des formes de déshumanisation des soins et d'atteinte à l'autonomie des femmes.

Ce cadrage macro ouvre désormais sur les effets vécus : comment ces décalages se traduisent-ils émotionnellement dans la pratique et que font les sages-femmes de ces affects au quotidien ?

II- Emotions de rébellion

Tensions émotionnelles

Dans ce cadre, la bientraitance apparaît moins comme une vertu individuelle que comme une propriété organisationnelle et normative fragile, tributaire à la fois des effectifs et ressources,

des régimes de responsabilité et de la qualité d'ajustement des normes aux situations. C'est à l'intérieur de ces décalages — entre contraintes de ressources et inadéquation de certaines normes tant organisationnelles que biomédicales — que se donnent à voir des affects saillants. Les extraits de récits de pratique qui suivent en offrent des illustrations situées.

Une sage-femme américaine exerçant à New York dit ainsi lors d'un entretien mené en 2024 :

> « I worked in hospitals, and I was frustrated… We were constantly in tension between the protocols and what we felt was right for the woman. (...) they can't eat. You can't drink. You gotta stay on the bed. You can't move your body. No. You need to pee ? OK, it's a bed pan... Like it was just a whole different way of seeing birth as a normal life event versus a medical emergency then, which I need to control, manipulate, or make the person do what I think they should do, in order for them to advance. And it has to happen every two hours, something different. Otherwise we need to go to the OR (operating room) for a C-section. (…) So that sounds like I can't... I'm like how can I continue to work in these environments. (…) So it was just like, you know, it's only so much stress you can deal with. » (USA-New York SF)

Les entretiens réalisés avec les 55 sages-femmes de 36 pays mettent en lumière, à travers les continents, un sentiment partagé de tension entre l'éthique du soin et les conditions concrètes de l'exercice. Ce tiraillement entre volonté de soins bientraitants et contraintes structurelles est particulièrement marqué dans les discours, qui évoquent à la fois la beauté du métier, l'épuisement professionnel et la souffrance éthique qui l'accompagne. Une sage-femme mozambicaine exprime cette ambivalence :

> « Mas trazer uma vida ao mundo é uma grande responsabilidade. [...] Parteira, é uma profissão de mulheres pacientes, com carisma. Que têm paciência mesmo porque é extremamente desgastante, mas não pode ser um desgaste que nos deixe atormentadas. »[49] (Mozambique SF)

Une sage-femme sénégalaise déplore que le manque de personnel réduise la qualité relationnelle des soins, souvent reléguée au second plan :

> « Les sages-femmes sont en sous-nombre. [...] le temps qu'elles doivent même allouer à la prise en charge, à la communication, à l'encadrement, c'est très peu. [...] Pourtant, la manière

[49] Traduction : « Mais mettre une vie au monde est une grande responsabilité. [...] Sage-femme, c'est un métier de femmes patientes, avec du charisme. Qui ont vraiment de la patience parce que c'est extrêmement épuisant, mais ça ne peut pas être une fatigue qui nous laisse tourmentées. »

dont une femme est accompagnée pendant l'accouchement influence profondément la perception qu'elle aura d'elle-même, de son corps, de sa puissance, et de la vie qu'elle donne. » (Sénégal SF)

Cette difficulté à prendre le temps d'expliquer, d'accompagner, de respecter les besoins singuliers est partagée ailleurs :

« Some women want full information about their health problem and health care providers do not have time to discuss with. » (Népal SF)

« nosotros no tenemos tanto tiempo como para dedicarnos [a todas las mujeres]. Por ejemplo, en una guardia donde tenemos 26 camas de las cuales son 6 u 8 que estén en fase activa. Y de esas 26 camas tenemos embarazos sin complicaciones y embarazos con extremas complicaciones : preeclampsia severa, metrorragias, todas esas cosas raras. Entonces, muchas veces, de estar horas y horas con una paciente : nada. Saltamos de una cama a la otra, saltamos de una cama a la otra »[50] (Uruguay SF)

« dans les hôpitaux, c'est une sage-femme pour vingt-quatre patientes en suites de couches : c'est du massacre à la tronçonneuse. Et une sage-femme pour quatre femmes en salle de naissances, c'est du massacre à la tronçonneuse. Pareil, une patiente toutes les quinze minutes en consultation de grossesse, ce n'est pas possible, point final. Rien que le temps qu'elle s'habille, qu'elle se déshabille, qu'elle te pose ses examens sur le bureau … et ça y'est les quinze minutes sont finies, c'est pas possible en fait, point. Enfin, j'ai même pas envie de discuter avec des gens du ministère. Moi j'ai beaucoup discuté, ça me fait chier de discuter. Enfin je veux dire, c'est une évidence, on va pas passer des heures à enfoncer des portes ouvertes. Donc après, on peut discuter autant qu'on veut, moi je veux dire, je ne sers à rien. (…) C'est un exercice beaucoup trop exigeant pour qu'il puisse s'exercer de cette façon. Ou alors on est d'accord dans ce cas-là : que les pouvoirs publics disent qu'on maltraite les femmes parce que c'est la réalité qui se passe sur le terrain au final. Mais on fait pas semblant d'être super, et cetera, non ? Et puis attends, y a 40% de burn out chez les sages-femmes, enfin putain, là aussi, hein, c'est des chiffres qu'ils connaissent. (…) Pour une sage-femme, c'est difficile à avaler ça. Et on participe de ça bien entendu. (…) Donc, je suis maltraitante. C'est en fait ça qui est horrible, c'est d'être les bras armés d'un système ou je sais pas quoi qui va vers des choses qui

[50] Traduction : « Nous, nous n'avons pas suffisamment de temps pour nous y consacrer. Par exemple, pendant une garde où nous avons 26 lits, 6 ou 8 sont en phase active. Et parmi ces 26 lits, nous avons des grossesses sans complications et des grossesses avec des complications extrêmes : prééclampsie sévère, métrorragies, toutes ces choses bizarres. Alors, très souvent, passer des heures et des heures avec une patiente : rien. On saute d'un lit à l'autre, on saute d'un lit à l'autre. »

> sont pas jolies du tout sur le plan de l'humanité quoi. Moi je pense que la valeur d'une société se mesure à la façon dont elle prend soin des plus petits, des plus fragiles, des plus vulnérables. Bon là, zut, quoi, c'est l'inverse qui se produit : on enfonce les plus faibles. Alors on se retrouve le bras armé de ce système là … c'est pas très agréable comme sensation, vraiment. » (France SF1)

Ces sages-femmes évoquent une fatigue émotionnelle latente qui vient progressivement éroder leur capacité à maintenir une posture de bientraitance. L'une d'elles, exerçant en France, raconte ainsi les mécanismes insidieux par lesquels la pression institutionnelle s'infiltre dans les gestes les plus ordinaires, compromettant progressivement l'intention bientraitante.

> « tu sais, c'est une des raisons pour lesquelles j'ai quitté l'hôpital, je faisais beaucoup de consultations et, à la fin, les derniers mois, je ne demandais plus, en consultant, aux femmes comment elles allaient. C'est à dire qu'avant, je les regardais dans les yeux, je me posais, je leur disais, comment allez-vous ? Et en fait, à la fin, je ne le faisais plus parce que j'avais trop peur qu'elles me disent que ça va pas, qu'elles se mettent à pleurer et que je n'ai pas le temps, quoi. Donc c'est sûr que l'institution est violente pour les soignants, ça c'est une évidence et que le fait, nous, d'être mal, d'être sous tension, et cetera, on répercute cette violence sur les femmes, les couples et les enfants, quoi, c'est sûr. Voilà. (…) » (France SF4)

Plus loin dans l'entretien, cette sage-femme française revient sur un épisode révélateur de la violence institutionnelle intériorisée et reproduite par les soignants eux-mêmes. Elle décrit une scène où le rythme imposé par la charge de travail l'emporte sur le respect des rites familiaux et culturels entourant la naissance. La souffrance éthique qu'elle décrit déjà ressentir précédemment est ici exacerbée, l'amenant à un point de rupture.

> « (…) juste après la naissance, le papa il récite des versets du Coran dans l'oreille du bébé. Et il était en train de faire ça, moi, c'est un moment que j'ai toujours trouvé très, très émouvant. Et là, il y a l'aide-soignante ou l'auxiliaire qui arrive et qui arrache ce bébé à son père et le père qui dit « Attendez, j'ai pas fini » « Ecoutez, on n'a pas le temps on a x femmes en travail, il faut que je donne son bain, il faut que je l'habille », je sais pas quoi. Et là, j'ai ressenti une telle violence, genre… et je me suis dit c'est plus possible. Moi je pouvais plus là. J'étais vraiment arrivée au bout du bout de…(…) C'est le jour où j'ai décidé de quitter l'hôpital… c'était plus possible et là j'ai eu besoin de me poser pour comprendre, en fait, ce que j'observais » (France SF4)

Différentes études ont montré que ces tensions, ces désaccords intensifient la charge de travail émotionnel des sages-femmes (Hunter, 2004; Suleiman-Martos et al., 2020). Le travail émotionnel est l'effort intime nécessaire pour afficher les émotions socialement et professionnellement attendues, même lorsqu'elles ne sont pas ressenties (Hochschild, 2012). Dans un système de soins où l'expression émotionnelle des sages-femmes comme des femmes-patientes est strictement régulée (Arnal, 2016; Foley & Saraga, 2021; Jaffré, 2018b; Loriol, 2013), il est effectivement attendu qu'une sage-femme, bien que frustrée, bouleversée ou en colère, continue à faire preuve de neutralité émotionnelle et d'une empathie maîtrisée[51]. Plusieurs recherches ont montré que ce type de dissonance émotionnelle, en augmentant le travail émotionnel, accroît le risque de différentes formes d'épuisement professionnel (Loriol, 2013). Ainsi, en maïeutique, diverses études (Hunter, 2004; Suleiman-Martos et al., 2020) documentent la prévalence chez les sages-femmes de l'épuisement émotionnel[52], du burn out[53], de l'usure compassionnelle[54], ou encore de la blessure morale[55]. Par ailleurs, la façon par laquelle ces syndromes entraînent un désengagement progressif de la relation de soin, participant au risque de déshumanisation de la relation soignant-patient (Loriol, 2013), a été largement étudiée. Cette déshumanisation est elle-même le terreau de la survenue de situations dites de maltraitance obstétricale.

Les « émotions de rébellion » : une force critique incarnée dans la pratique en maïeutique

Pourtant, ma recherche montre aussi autre chose : les tensions émotionnelles vécues par les sages-femmes peuvent aussi devenir des ressources épistémiques et critiques, capables d'ouvrir des brèches dans l'ordre établi. Mes données de terrain montrent effectivement que les émotions des sages-femmes et des femmes-patientes peuvent être envisagées comme

[51] La partie II de la thèse analysera plus en profondeur les différentes normes émotionnelles encadrant les expressions émotionnelles des sages-femmes et des femmes-patientes.

[52] L'épuisement émotionnel est considéré comme la première manifestation d'un épuisement professionnel ou « burn out » : « Emotional exhaustion is the key aspect of the syndrome and is viewed as its primary manifestation. It refers to the depletion of emotional resources, feelings of strain, and chronic fatigue, thus reflecting the stress component underlying the construct. Emotionally exhausted employees lack adaptive resources and cannot give any more to their jobs. » (Lheureux et al., 2017, p. 163)

[53] « Burnout is a psychological syndrome emerging as a prolonged response to chronic interpersonal stressors on the job. The three key dimensions of this response are an overwhelming exhaustion, feelings of cynicism and detachment from the job, and a sense of ineffectiveness and lack of accomplishment. » (Maslach & Leiter, 2016)

[54] L'usure compassionnelle (Figley, 1995) se manifeste quand le soignant exposé de façon répété à la souffrance des autres devient moins capable de ressentir de la compassion et est moins empathique.

[55] « Moral injury describes the challenge of simultaneously knowing what care patients need but being unable to provide it due to constraints that are beyond our control. » (Dean et al., 2019)

révélatrices de contradictions structurelles et d'injustices systémiques qui traversent les normes biomédicales et organisationnelles de la naissance, et qu'elles peuvent générer des actes de résistance pour y répondre.

À travers les récits recueillis et mes propres journaux de terrain, cette recherche met ainsi en lumière des affects marquants — frustration, colère, tristesse, impuissance — qui surgissent dans des situations de dissonance entre normes institutionnelles et valeurs professionnelles. Mais, au-delà d'engendrer des formes de désengagement ou de reproduction des violences institutionnelles, l'analyse des données montre que ces tensions émotionnelles peuvent constituer un point d'inflexion critique d'où émergent des formes subtiles de résistances, tant individuelles que collectives, afin de préserver l'humanité du soin. Le croisement des données collectées a montré que certaines sages-femmes, en s'appuyant sur ces tensions, développent des ajustements discrets, des contournements des normes ou encore des réinventions dans leur manière d'accompagner les femmes — autant de gestes modestes, porteurs d'une portée critique dans la pratique. Les tensions émotionnelles vécues par les sages-femmes peuvent alors être envisagées à la fois comme une part du problème de ce qui est nommé « maltraitances obstétricales » mais aussi comme une part de la solution.

Dans cette perspective, les tensions émotionnelles ne sont plus seulement des charges à porter (ou les coûts émotionnels de la pratique), mais des espaces de réflexion et de transformation. Le croisement des données de cette recherche montre que ces tensions émotionnelles participent à ce que des professionnelles et des femmes-patientes se positionnent activement face aux normes institutionnelles pour redessiner les pratiques de soins. Cette réinvention des pratiques de soins générée par ces tensions émotionnelles s'inscrit dans différentes dynamiques. Elle peut prendre corps discrètement. Ainsi, cette sage-femme quechua présentée en introduction dit ressentir de la peine face au mal-être des femmes de sa communauté accouchant dans les structures de soin : elle introduit alors subrepticement des pratiques quechua d'accompagnement des parturientes en salles de naissance. Cette réinvention peut cependant aussi s'affirmer de manière plus frontale. Ainsi, la sage-femme exerçant à New York, citée plus haut, explique que son vécu émotionnel dans sa pratique hospitalière l'a amenée à démissionner de son poste. Elle a choisi d'exercer

comme sage-femme indépendante accompagnant les accouchements au domicile[56] même de ses patientes. Elle explique sa résistance à l'approche hospitalo-centrée de la naissance comme s'inscrivant dans une aspiration à une pratique en adéquation avec la physiologie et l'humanisation de la naissance. Elle ajoute que cela lui permet par ailleurs de mieux répondre aux besoins de respect et d'émancipation des femmes de sa communauté. Elle dit notamment :

> " I was told by several of my teachers and several midwives that home birth wasn't safe, so I decided to work at a hospital and I worked at a large hospital. And about five years in I started to become a little disgruntled because some things that we had learned about midwifery weren't able to be practiced (…) I worked part time at other hospitals to see if it would be different somewhere else and maybe was it my hospital that didn't make me feel better. (…) So fast forward I worked part time at the hospitals I saw the same thing, but in a different way at those hospitals. (…) So I knew I had to figure out how to open up a homebirth practice: it's not legally prohibited, but you have to accept working on the margins, and sometimes alone. (…) I never told them I was gonna do homebirth, particularly in the beginning, because I started my homebirth practice when I was working at the hospital and I knew that they would get upset with me. (…) Being a Black midwife here, working with Black clients, is a political commitment. The women who come to us want a respectful birth. We help them reclaim their power." (USA- New York SF)

C'est en analysant ces résistances discrètes ou affirmées durant ma collecte de données que j'ai conceptualisé progressivement la notion d'« émotions de rébellion » en maïeutique : des émotions non conformes[57], parfois dissonantes, qui peuvent être interprétées comme des signaux critiques susceptibles de questionner et de transformer les pratiques existantes.

[56] La Confédération Internationale des Sages-femmes définit l'accouchement accompagné à domicile (AAD) ainsi :

> « L'accouchement à domicile fait référence à l'accouchement planifié qui a lieu au domicile et qui est assisté par une sage-femme expérimentée et avec un soutien médical en collaboration dans le cas où un transfert serait nécessaire. L'accouchement à domicile planifié augmente la probabilité d'avoir un accouchement « satisfaisant et sûr ». Cela est important, car les expériences d'accouchement positives (dans lesquelles la personne se sent en sécurité, soutenue et écoutée) sont associées à un meilleur bien-être mental post-partum. En 2010, la Cour européenne des droits de l'homme a déclaré l'accouchement à domicile comme un droit humain. » (ICM, 2017)

[57] C'est-à-dire débordant des cadres sociaux et institutionnels régulant les émotions des sages-femmes et des femmes-patientes (ceux-ci seront précisés dans la partie II de ce manuscrit)

Une résonance des « émotions de rébellion » avec les « outlaw emotions » de Jaggar et les zones de résistance émotionnelle de Crapanzano

J'ai construit le concept des « émotions de rébellion » à la fois de manière inductive à partir de mon travail de terrain mais aussi en filiation avec les concepts des « outlaw émotions » de Jaggar (Jaggar, 1989) et celui de « zones de résistance émotionnelle » de Crapanzano (Crapanzano, 1994).

Crapanzano montre que tout régime social impose un « régime affectif rigoureux », censurant l'expression de certaines émotions. Il décrit également des zones de résistance où s'expriment des émotions non attendues, rappelant « la dimension politique de tout discours émotif, y compris celui de la résistance » (Crapanzano, 1994). Cette analyse éclaire la manière dont les « émotions de rébellion » identifiées dans cette recherche peuvent être comprises comme une échappée à des régimes affectifs normatifs. Ainsi, dans un cadre où les émotions des soignants sont strictement encadrées par des injonctions à l'empathie contrôlée et à une neutralité émotionnelle garante d'efficacité institutionnelle (Foley & Saraga, 2021; Loriol, 2013; Loriol & Weller, 2005), les sages-femmes vivant des « émotions de rébellion » sortent du régime affectif rigoureux qui leur est dévolu. Cependant, les « émotions de rébellion » ne font pas qu'échapper à ce cadre. Elles révèlent des contradictions profondes au sein des systèmes de soins ou encore des injustices systémiques. De plus, ces contradictions et injustices, que les femmes-patientes et les sages-femmes expérimentent de manière incarnée, engendrent des actes concrets de résistance face à celles-ci.

Les émotions de rébellion réfèrent également au concept des « outlaw émotions » de Jaggar (Jaggar, 1989) qui répondent à la fois au fait d'échapper au cadre normatif émotionnel et de dévoiler des injustices structurelles. Pour Jaggar, les « outlaw émotions », littéralement les émotions hors-la-loi, désignent des émotions socialement réprimées pour permettre aux cadres normatifs et aux hiérarchies de pouvoir en place de perdurer. Il faut ainsi comprendre les émotions comme régulées pour entériner des normes sociétales ou institutionnelles. Les « outlaw émotions » sont particulièrement ressenties par des individus subissant des injustices structurelles et peuvent constituer une prise de conscience critique du caractère arbitraire des normes établies. Elles servent ainsi à dévoiler les rapports de domination. Mon concept d' « émotions de rébellion » prolonge cette idée d'un potentiel critique des émotions,

de leur capacité à conscientiser des injustices. Cependant, il s'en distingue en y ajoutant une condition : celle de générer des résistances concrètes. Le concept d'« émotions de rébellion » peut être lu comme une catégorie spécifique au sein des « outlaw émotions » de Jaggar, en ce qu'il désigne un type particulier d'émotions critiques : celles qui non seulement rendent visibles des injustices structurelles, mais suscitent également des formes situées d'adaptation ou de réinvention des pratiques. Là où Jaggar insiste sur la fonction critique des émotions dans la prise de conscience des injustices, mon approche interroge la manière dont certaines émotions débouchent sur des ajustements concrets des pratiques professionnelles, au sein même des institutions. Alors que les « outlaw émotions » ont été construites dans une perspective théorique à dominante philosophique, le concept d' « émotions de rébellion » proposé ici est né de l'analyse de récits de pratiques professionnelles et de tensions émotionnelles vécues sur le terrain du soin. Là où les « outlaw émotions » s'inscrivent dans un cadre général d'injustices sociales ou politiques, les émotions de rébellion que j'observe s'ancrent dans les tensions spécifiques du champ du soin : elles échappent aux normes émotionnelles dévolues aux soignants et aux patients tout en engendrant des résistances spécifiques à l'exposition aux logiques standardisantes de la biomédecine. J'observe que ces « émotions de rébellion » dans le champ de la maïeutique ne sont pas uniquement des prises de conscience d'injustices structurelles : elles ont des effets directs sur les pratiques professionnelles des sages-femmes et sur les parcours de soins des femmes qu'elles accompagnent. Par exemple, elles permettent aux sages-femmes d'adapter discrètement leurs gestes, de contourner des protocoles restrictifs ou de diversifier l'offre de parcours de soins dans l'accompagnement de la naissance.

En bref, là où les « outlaw emotions » signalent des injustices, les « émotions de rébellion » que je propose décrivent le passage éprouvé de la dissonance à l'action — et s'opérationnalisent dans des contextes de soin spécifiques (protocoles, temporalités, gestes).

Définition des « émotions de rébellion »

Je définis les « émotions de rébellion » comme des émotions qui, tout en échappant à la régulation émotionnelle institutionnelle ou sociétale, deviennent des leviers critiques pour transformer les pratiques en maïeutique, depuis l'intérieur du système, parfois dans l'ombre et parfois de manière plus visible. Ce que j'ai identifié comme « émotions de rébellion » se définit ainsi par trois caractéristiques fondamentales :

- Elles échappent aux régulations émotionnelles normatives ;
- Elles expriment un mal-être émotionnel face aux standards dominants et ce mal-être est révélateur de contradictions structurelles et d'injustices systémiques ;
- Elles deviennent motrices d'action, en suscitant des formes concrètes d'actes de résistance contournant ou subvertissant les normes et réinventant les pratiques.

Ainsi, elles s'inscrivent dans un enchevêtrement de tensions professionnelles, normatives et émotionnelles, et contribuent à l'émergence de pratiques mobilisant des savoirs féminins émotionnels, expérientiels ou endogènes, dans un dialogue critique avec les institutions.

Né inductivement du terrain, ce concept d' « émotions de rébellion » permet d'élargir les approches classiques de la sociologie des émotions en santé (Hochschild, 2012, 2013, 2014; Loriol, 2013; Loriol & Weller, 2002, 2005; Rimé et al., 1991; Rimé & Paez, 2011). Celle-ci a souvent mis l'accent sur le travail émotionnel et les risques d'épuisement professionnel (Dean et al., 2019; Hunter, 2004; Hunter & Warren, 2014; Maslach & Leiter, 2016; Mengistie et al., 2023; Paul et al., 2022; Suleiman-Martos et al., 2020). Ma recherche prolonge ces analyses, mais en renverse partiellement la perspective : les tensions émotionnelles ne sont pas uniquement des signes de surcharge émotionnelle ou de vulnérabilité personnelle ou professionnelle. Elles peuvent aussi devenir des ressources critiques, dévoilant non seulement les failles des politiques de santé ou des systèmes de santé mais déclenchant aussi des gestes de résistance ou des ajustements pratiques à la marge, pour préserver l'humanité du soin.

Vers une reconnaissance épistémologique des émotions

Ces « émotions de rébellion » traduisent un désaccord, mais aussi une capacité à reconfigurer le réel, à partir de l'expérience intime. Elles deviennent ainsi un indicateur précieux des tensions contemporaines qui traversent la maïeutique ainsi que des aspirations des sages-femmes et des femmes-patientes.

Dans cette perspective, les « émotions de rébellion » sont des ressources épistémiques pour repenser le soin en maïeutique. Elles sont des outils de perception, de critique et de réinvention ancrés dans le vécu. En cela, elles rejoignent les théories des savoirs situés (Haraway, 1988), qui affirment que les savoirs ne peuvent émerger que depuis des positions incarnées, historiquement et politiquement situées.

III- Résistances

Des « émotions de rébellion » aux « résistances à bas bruit »

Les « émotions de rébellion » constituent un terreau fertile à partir duquel se déploient des formes concrètes de résistance à certaines normes biomédicales et institutionnelles. Comme vu précédemment, ces résistances ne prennent pas toujours la forme de ruptures spectaculaires. Bien souvent, elles s'exercent dans les interstices, à l'intérieur même des contraintes, sous des formes discrètes, fragmentées, souvent clandestines. On pourrait les croire anodines si l'on ne s'attachait pas à leur portée critique. Ce sont ces gestes humbles mais signifiants que je qualifie de « résistances à bas bruit ». L'exemple de la sage-femme quechua exerçant en Equateur illustre une « résistance à bas bruit » en maïeutique. Son malaise émotionnel face à la détresse des femmes de sa communauté l'a amenée à contourner discrètement l'interdiction de l'introduction des pratiques endogènes quechua dans les salles de naissance hospitalières.

Un des autres cas de « résistances à bas bruit » ayant émergé de mes données et donné ici en exemple est celui observé face aux mesures restrictives imposées durant la pandémie de Covid-19. Rappelons que des normes restrictives ont été érigées notamment contre la présence d'accompagnants, co-parents inclus, dans les maternités (Deneffe Dobrzyński, 2020; International Confederation of Midwives, 2020). Il a aussi été exigé que les femmes portent un masque pendant l'accouchement, y compris lors de l'effort de poussée et de la première rencontre avec le nouveau-né (HCSP, 2020). Le croisement des données recueillies pendant cette recherche[58] montre, d'une part, que des émotions de désarroi, de tristesse et d'indignation ont émergé face à ces mesures. Par exemple, une sage-femme australienne témoigne :

> « Many, many midwives have said to me that they are still quite traumatised by having to tell partners that they were not allowed in, you know. They were very strict here and it was very hard. » (Australie SF2)

[58] Le croisement de données documentant les pratiques pendant la pandémie fait l'objet de deux chapitres de la partie III de ce manuscrit.

Mais il montre, d'autre part, que les émotions suscitées par ces mesures ont aussi impulsé des formes de résistance. Certaines résistances ont été affichées ouvertement, comme les prises de position d'associations de sages-femmes ou de femmes-patientes défendant le droit des femmes à être accompagnées pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Le communiqué commun de quatre associations françaises de sages-femmes illustre ce positionnement, ancré dans un vécu affectif de terrain en argumentant notamment que *« les femmes sont confrontées à une solitude déchirante pendant l'accouchement et en post-partum*. » (Association Nationale des Sages-femmes territoriales et al., 2020). D'autres résistances plus discrètes ont également été mises en exergue[59]. Des sages-femmes ont témoigné avoir fait entrer subrepticement des accompagnants, ou autorisé discrètement des masques à glisser au bas des visages le temps d'une naissance. Elles ont ainsi contourné silencieusement les normes hospitalières restrictives, le plus souvent de manière invisible aux yeux de l'institution qui les employait. Le témoignage suivant, d'une sage-femme française, est évocateur :

> « (…) les maris déposaient les femmes devant l'hôpital (…) C'était… (silence) ça m'a fait beaucoup de peine pour les mamans (…) Je me rappelle avoir un peu triché certaines fois (…) Alors ils disaient que le monsieur pouvait rentrer que pendant l'accouchement mais pas dès le début du travail. (…) là on faisait rentrer le papa, qu'elle soit à complète ou à trois[60]. Franchement, dans tous les cas il est là donc voilà, mais j'étais pas vraiment dans le cadre de la légalité du protocole de l'hôpital. (…) entre nous on se regarde et on se dit bon, on va le laisser rentrer hein, on n'en parle à personne. » (France-DROM SF1)

Ces premières mises en lumière des « résistances à bas bruit » ne constituent qu'une entrée dans un tissu plus vaste d'ajustements, de contournements ou de subversions des normes. Le présent manuscrit reviendra, dans les chapitres suivants, sur les contextes cliniques, historiques et émotionnels dans lesquels ces formes de résistance ont émergé — qu'elles soient liées à des situations exceptionnelles comme la pandémie ou à des tensions structurelles plus anciennes et diffuses.

[59] Cette mise en exergue et les données qui la sous-tendent sont exposées dans le deuxième chapitre de la partie III de ce manuscrit.

[60] « qu'elle soit à complète ou à trois » signifie que la femme était à dilatation cervicale complète ou seulement à trois centimètres de dilatation cervicale. Ainsi, soit l'enfant va naître de manière imminente (dilatation complète) ou soit la femme est au tout début du travail d'enfantement avec encore de longues heures de travail devant elle (3 cm de dilatation).

Les « résistances à bas bruit » en maïeutique : ajustements discrets et subversions quotidiennes

Les résistances qui ont émergé de mes données ne prenaient ainsi souvent pas la forme d'oppositions frontales aux normes institutionnelles, mais plutôt d'ajustements discrets : détourner un protocole, ralentir un geste, privilégier une temporalité différente, mobiliser un savoir émotionnel, expérientiel ou endogène non reconnu par l'institution. Ces stratégies ne sont pas répertoriées dans les cadres formels de la biomédecine et échappent aux classifications normatives, mais elles constituent néanmoins des savoirs critiques et adaptatifs. Elles témoignent d'un savoir qui échappe souvent aux cadres épistémiques biomédicaux formels car non catalogué au sein des « *evidence-based* » ou « données probantes »[61].

Ces résistances, que j'ai nommées « résistances à bas bruit » en maïeutique, sont porteuses de savoirs critiques et constituent un espace de réinvention des pratiques. Elles participent, en creux, à la transformation des normes biomédicales et à l'affirmation des savoirs subalternes. Cependant, elles sont souvent invisibles aux yeux des décideurs institutionnels. Leur discrétion, qui fait leur force dans des contextes contraints, peut aussi limiter leur portée transformative à grande échelle. Ainsi, leur portée reste limitée lorsqu'elles sont menées individuellement. Certaines sages-femmes, conscientes des limites de ces ajustements, s'organisent en collectifs pour donner plus de force à leurs résistances et tenter d'infléchir les normes institutionnelles. Ces dynamiques individuelles et collectives sont encore peu documentées, mais elles sont essentielles pour comprendre comment des résistances invisibles peuvent parfois devenir des leviers de transformation structurelle. Il est donc essentiel de documenter ces pratiques de résistance, de leur donner une place dans les analyses critiques de la maïeutique, afin que leur potentiel pour réhumaniser la naissance puisse être intégré dans des dispositifs de santé plus inclusifs.

[61] « Evidence-based practice (EBP) is the conscientious and judicious use of current best evidence in conjunction with clinical expertise and patient values to guide health care decisions. Best evidence includes empirical evidence from randomized controlled trials; evidence from other scientific methods such as descriptive and qualitative research; as well as use of information from case reports, scientific principles, and expert opinion. » (Titler, 2008) L'EBP se traduit en français par « pratique fondée sur des donnes probantes » ou « pratique fondée sur des preuves » (Regnaux et al., 2009).

Les filiations théoriques des « résistances à bas bruit »

Le concept de « résistances à bas bruit » que je propose fait référence aux travaux de Gramsci, Foucault et Scott sur la résistance.

La résistance selon Gramsci, Foucault et Scott

La résistance désigne l'ensemble des pratiques, actions ou attitudes, individuelles ou collectives, qui s'opposent, détournent ou contestent les mécanismes de pouvoir et de domination. Antonio Gramsci, dans ses *Cahiers de prison* (1929-1935), conceptualise la résistance à travers son analyse de l'« hégémonie culturelle ». Il montre que la domination repose autant sur la coercition que sur des mécanismes idéologiques par lesquels les élites façonnent le consentement des dominés. La résistance, selon lui, consiste en la production de contre-discours et de pratiques culturelles visant à construire une « contre-hégémonie », capable de transformer les normes et les valeurs dominantes. Gramsci insiste sur la nécessité de stratégies collectives et organisées pour contrer cette domination, élargissant ainsi la perspective de la résistance à une échelle systémique (Gramsci, 1978).

Michel Foucault, écrivant plusieurs décennies plus tard *La volonté de savoir (*1976), ne cite pas explicitement Gramsci, mais son analyse des relations de pouvoir et de résistance entre en résonance avec les concepts gramsciens. Foucault affirme que « là où il y a pouvoir, il y a résistance », insistant sur le fait que la résistance est intrinsèque aux relations de pouvoir et qu'elle peut être diffuse ou spectaculaire. Contrairement à Gramsci, Foucault ne se centre pas sur les luttes organisées, mais met en lumière les formes diffuses de micro-résistance inscrites dans les pratiques quotidiennes, comme le refus discret de se conformer aux normes ou le détournement des dispositifs de contrôle. Cependant, il reconnaît aussi les résistances collectives et spectaculaires, telles que les révoltes ou insurrections mais comme moins fréquentes que les résistances diffuses. Pour Foucault, la résistance n'est jamais extérieure au pouvoir, mais s'inscrit en tension constante avec lui. (Foucault, 1976, p. 125-126)

James C. Scott, dans *La domination et les arts de la résistance* (Scott, 2019), s'inspirant indirectement de Foucault, approfondit l'analyse des résistances diffuses en introduisant le concept de «résistances infra-politiques». Ces résistances, souvent invisibles aux yeux des dominants, incluent des pratiques discrètes telles que le sabotage symbolique, le refus silencieux ou les rumeurs. Si Foucault analyse surtout les micro-résistances comme inhérentes

aux relations de pouvoir, Scott insiste sur leur invisibilité stratégique, les considérant comme des tactiques de préservation de la dignité essentielles dans des contextes d'oppression. Là où Gramsci met l'accent sur les transformations idéologiques globales, Scott explore les résistances locales, souvent spontanées et non organisées, qui permettent aux dominés de préserver leur autonomie et leur dignité dans des systèmes de domination.

Dans cette thèse, ces trois approches se complètent pour éclairer la résistance comme un processus dynamique et multiforme. Elle inclut les subversions discrètes et des critiques bruyantes des cadres normatifs en maïeutique. Ces résistances interrogent le pouvoir biomédical dominant et participent à la transformation des pratiques en maïeutique.

Une résonance des « résistances à bas bruit » avec les résistances diffuses au biopouvoir de Foucault et avec les résistances infra-politiques des subordonnés de Scott

Ma revue de littérature montre cependant que les formes de résistance discrète émanant de mes données font particulièrement écho aux travaux de Michel Foucault et à ceux de James C. Scott. Foucault analyse les micro-résistances au biopouvoir comme des pratiques diffuses et non spectaculaires, inscrites dans les relations quotidiennes de pouvoir (Foucault, 1976, p. 125-126). Scott explore les « arts de la résistance » ou les résistances infra-politiques comme des tactiques discrètes et stratégiques, permettant aux dominés de préserver leur autonomie sans confrontation ouverte avec les pouvoirs dominants (Scott, 2019). Les « résistances à bas bruit » en maïeutique résonnent avec ces travaux de Foucault, montrant que le pouvoir n'existe jamais sans contre-conduites. Elles font aussi écho à ceux de Scott dévoilant comment les formes ordinaires d'insubordination, silencieuses, dissimulées, sont portées de manière souterraine par les subalternes et sont souvent invisibles aux yeux des pouvoirs dominants.

Cependant, alors que ces micro-résistances au biopouvoir de Foucault ou ces résistances infra-politiques de Scott s'inscrivent dans une lecture politique et sociétale globale, les « résistances à bas bruit » sont pensées ici spécifiquement pour le domaine du soin, là où elles ont émergé et là où l'analyse du terrain les définit. Elles s'expriment ainsi à travers des gestes professionnels, des choix ou des comportements quotidiens par lesquels les sages-femmes ou les femmes-patientes adaptent, contournent ou subvertissent discrètement les normes biomédicales dominantes. Souvent invisibles aux yeux des pouvoirs institutionnels encadrant

les soins, ces pratiques permettent de préserver ou réintroduire une marge d'autonomie dans des environnements contraints par des protocoles standardisés. Ces résistances, bien qu'à bas bruit, participent activement à la réinvention des marges de liberté et de pouvoir dans un champ marqué par des tensions entre standardisation institutionnelle et respect des besoins individuels. En cela, tout comme les résistances plus bruyantes, elles constituent un levier critique et politique pour repenser l'humanisation des pratiques obstétricales et la reconnaissance des savoirs situés en maïeutique.

Les pratiques aux marges : espaces de subversion et de réinvention

Si ces ajustements discrets témoignent d'une adaptation critique mais pragmatique aux contraintes institutionnelles, d'autres formes de résistance ont émergé de l'analyse des données comme s'inscrivant dans une subversion plus affirmée, comme évoqué précédemment. Celles-ci prennent des formes plus voyantes et plus structurées face au modèle dominant hospitalo-centré de la naissance : accouchements accompagnés à domicile, créations de maisons de naissance, mouvements pour la réappropriation féminine du savoir gynécologique et obstétrical, création d'espaces de soins où dialoguent savoirs biomédicaux et savoirs endogènes, décolonisation des cursus de formation des sages-femmes, revendications portées par des associations de sages-femmes ou d'associations de femmes-patientes ... Ces initiatives ne négocient plus simplement avec les normes existantes : elles participent à l'élargissement du répertoire d'actions en santé périnatale, en mettant en œuvre des modalités concrètes d'accompagnement de la naissance qui échappent au modèle hospitalo-centré dominant.

Ces initiatives peuvent être comprises comme des pratiques « aux marges » non pas au sens d'un éloignement ou d'une exclusion, mais comme des espaces où se produisent des formes alternatives de savoirs et de normes, en tension avec les cadres dominants. Dans cette perspective, elles relèvent de ce que De Sousa Santos (De Sousa Santos, 2016, 2018a) désigne comme des « zones d'émergence », dans lesquelles se formulent des alternatives épistémiques et politiques à partir des expériences situées et souvent marginalisées. Ces pratiques, en décalage avec les normes dominantes, participent à une reconfiguration active des possibles en santé périnatale, en proposant d'autres alliances de savoirs et d'autres formes d'organisation des soins.

Par exemple, lors d'un entretien réalisé au cours de cette recherche, une sage-femme argentine décrit son engagement pour défendre l'accouchement accompagné à domicile comme une modalité légitime d'accouchement physiologique et une expression concrète du droit des femmes à choisir les conditions de la mise au monde de leurs enfants. Elle retrace son implication dans des actions collectives aux côtés de femmes et de sages-femmes, allant de l'accompagnement médical des parturientes à domicile jusqu'à la participation à des mobilisations publiques en faveur de la reconnaissance de ce choix. Elle évoque notamment une action symbolique organisée devant le parlement argentin, au cours de laquelle les participantes ont eu recours à des performances visuelles marquantes – dans un registre inspiré de certaines actions féministes comme celles des Femen – afin d'attirer l'attention des médias nationaux sur leurs revendications. Le collectif est ensuite parvenu à pénétrer dans l'enceinte parlementaire, avec le soutien de relais internes, pour distribuer des tracts aux députés[62]. Son témoignage est ainsi celui d'une sage-femme engagée dans des résistances ouvertes envers les normes dominantes réduisant l'autonomie et l'autodétermination des femmes et des sages-femmes :

> "Desde la [postura de la] partera independiente [...] no tenemos que negociar nada con ustedes si no tenemos nada que perder, y ustedes no van a ordenarnos lo que hacemos y lo que no hacemos, ni a las mujeres ni a las parteras [...] sembrar unas semillas en relación a la libertad para parir, para nacer, es lo que es la figura de la partera."[63] (Argentine, SF)

Un autre entretien, réalisé cette fois avec une sage-femme québécoise, met en lumière d'autres formes de résistance affirmée en faveur de la physiologie de la naissance, de son humanisation et de la reconnaissance du pouvoir d'agir des femmes et des sages-femmes. Elle revient sur ses débuts de sage-femme. Ils s'inscrivent dans l'histoire de femmes ayant accompagné des accouchements à domicile de manière autodidacte. Elle explique comment elle et ces femmes ont mené, au fil des années, une lutte pour obtenir une reconnaissance institutionnelle de leurs compétences, jusqu'à leur intégration officielle en tant que sages-

---

[62] Sa mobilisation s'insère dans un contexte où son pays a adopté une loi en 2009 contre « l'abus de médicalisation et la pathologisation des processus naturels de la naissance » : « Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales[62] ». (Ley de proteccion integral a las mujeres. Articulo 6, 2009)

[63] Traduction : « Depuis la [position de la] sage-femme indépendante […] nous n'avons rien à négocier avec vous si nous n'avons rien à perdre et vous n'allez pas nous dicter ce que nous faisons et ce que nous ne faisons pas, ni aux femmes ni aux sages-femmes […] semer des graines pour la liberté d'enfanter, de naître, c'est ce qui fait la figure de la sage-femme. »

femmes qualifiées par le ministère de la Santé. Elle décrit les mobilisations collectives, portées par des sages-femmes en alliance avec les femmes qu'elles accompagnaient, qui ont abouti à l'ouverture des premières maisons de naissance au Québec, en tant que centres d'accouchements physiologiques dirigés par des sages-femmes et installés géographiquement hors des structures hospitalières. Elle rappelle que ces structures, aujourd'hui intégrées au sein du système de santé québécois, en tant qu'espaces dédiés à l'accouchement physiologique sous la responsabilité de sages-femmes, ont ensuite inspiré des initiatives similaires dans d'autres pays. Elle rejoint la position de la sage-femme argentine quant à l'interdépendance du lien entre l'autonomie et l'autodétermination des sages-femmes et celles des femmes, tout en insistant aussi sur l'importance de créer des alliances dans la résistance :

> « Pourquoi les sages-femmes ont besoin d'une autonomie ? C'est pour permettre aux femmes d'avoir un accouchement en toute autonomie comme elles le souhaitent. Si t'es obligée de suivre les protocoles des autres médicaux, suivre strictement je veux dire, puis que la femme veut pas ce type d'intervention-là, ben t'es un peu mal foutue. Puis si t'as pas l'autonomie pour être capable de dessiner comme professionnelle l'autonomie des femmes, t'es déjà plus au service des femmes (…) moi personnellement je travaillais plus pour une cause, là, qui était de contribuer à mettre en place des conditions pour que les accouchements puissent bien se passer (…) Quand ils ont mis les projets pilotes, ils ont obligé à passer par l'urgence pour les transferts[64], ce qui faisait que ça ralentissait, puis ça pouvait être dangereux. Mais on avait beau leur dire ils voulaient rien savoir, c'était une manière de mettre des bâtons dans les roues. Dans le fond, ils souhaitaient que ça marche pas[65]. (…) On a développé des alliances avec certains médecins qui faisaient ça un peu à la cachette, ben pas un peu, beaucoup à la cachette de leur corporation là pour pas se faire avoir de représailles. Là, ça nous permettait d'arriver à pouvoir avancer. (…) Il y a eu une forte mobilisation de groupes de femmes (…) il y a eu des marches, des manifestations, des lettres. (…) » (Canada-Québec SF)

Ces initiatives aux marges du modèle dominant de la naissance hospitalière ne connaissent toutefois pas toutes une trajectoire institutionnelle favorable. La viabilité de ces formes de

[64] La sage-femme fait ici allusion aux cas où l'accouchement se déroulant en maison de naissance présente des complications médicales et nécessite d'être transféré dans un service hospitalier. Elle explique alors l'exigence de l'équipe médicale hospitalière de faire passer les parturientes par le sas du service des urgences au lieu de les amener directement sur le plateau technique de la maternité. Elle précise que cette exigence augmente le délai de prise en charge de l'accouchement présentant des complications.

[65] Ici, la sage-femme exprime que retarder ainsi la prise en charge des parturientes transférées depuis les maisons de naissance vers le plateau technique de la maternité est une manière d'ensuite décrédibiliser les maisons de naissance. La sécurité médicale apportée aux parturientes est effectivement notamment évaluée selon la capacité à organiser un transfert rapide vers un plateau technique hospitalier lors de la survenue de complications médicales.

résistance dépend étroitement de facteurs contextuels : tolérance ou hostilité des autorités sanitaires, mobilisation politique des collectifs de femmes, cadres juridiques nationaux, ou encore positionnement stratégique des sages-femmes vis-à-vis des autorités. Une même initiative peut ainsi être valorisée comme modèle dans un pays, et combattue dans un autre. Le modèle de l'accouchement accompagné à domicile en est un exemple. Ce contraste souligne l'importance d'une analyse située des résistances.

Différentes données collectées durant cette thèse documentent ainsi des résistances de femmes et de sages-femmes face aux standards de la naissance hospitalière et qui proposent des manières alternatives d'accompagner la naissance. Ces pratiques, bien qu'empiriquement situées, ont été analysées à travers une grille inductive construite à partir des entretiens et de l'auto-ethnographie, croisée secondairement avec des concepts issus des divers travaux (Foucault, Scott, Jaggar, Crapanzano, Haraway, Fricker, De Sousa Santos). Cette démarche a permis d'identifier les lignes de tension récurrentes, entre norme biomédicale, autonomie des femmes, et savoirs situés, qui structurent les pratiques professionnelles en contexte contraint.

Ces pratiques aux marges ne relèvent donc pas d'un modèle alternatif unifié, mais d'un ensemble mouvant d'arrangements, de conflits et de négociations. Elles invitent à penser la transformation des normes périnatales non pas comme rupture, mais comme recomposition fragile et située.

En ce sens, ces pratiques aux marges prolongent les « émotions de rébellion » et les « résistances à bas bruit », en les traduisant en dynamiques collectives de reconfiguration des normes de soin.

De la maltraitance aux résistances : un potentiel de réinvention critique

Cette recherche met ainsi en évidence le rôle actif de sages-femmes et de femmes-patientes en tant qu'actrices critiques du système de santé périnatale. Par leurs ajustements discrets et leurs réinventions critiques, elles enrichissent les dispositifs institutionnels en intégrant des savoirs situés souvent invisibilisés. Reconnaître ces résistances ne signifie pas seulement documenter des pratiques alternatives : cela implique d'explorer comment elles participent à une reconfiguration plus large des normes et des politiques périnatales et sont capables de mieux conjuguer sécurité biomédicale et humanisation des soins. En valorisant ces

résistances, à travers une sociologie des émergences (De Sousa Santos, 2018a), il devient possible d'envisager une réinvention des pratiques périnatales, où la sécurité biomédicale, l'humanisation des soins et l'autonomie et l'autodétermination des femmes et des sages-femmes se complètent davantage. Ce potentiel de réinvention critique invite à repenser les cadres normatifs de la naissance. C'est donc à travers cette cartographie des résistances, du contournement discret à la réinvention assumée, que se dessine la capacité transformatrice des émotions de rébellion en tant que forces d'agencement, capables de reconfigurer les savoirs et les pratiques de la naissance.

Complexité et ambivalences des résistances en maïeutique : éviter l'idéalisation

Lors de l'analyse, un travail de distanciation a été nécessaire pour interroger ces résistances sans les idéaliser, ni en occulter les contraintes et les ambivalences. Comme l'a souligné Jean-Pierre Olivier de Sardan, il est essentiel de se prémunir contre une forme de « populisme idéologique » (Olivier de Sardan, 1990)[66]. Le « populisme idéologique » tendrait ici à exalter les savoirs féminins émotionnels, expérientiel et endogènes en maïeutique ainsi que les résistances qui en naissent et d'omettre d'en analyser les contradictions internes et les effets potentiellement paradoxaux.

L'analyse de mes données montre ainsi que si certaines formes de résistance apparaissent comme sources de réinvention, elles sont aussi traversées par des ambiguïtés : elles peuvent être compromises, récupérées, ou entrer en tension avec d'autres impératifs. L'analyse des récits dévoile aussi qu'elles relèvent souvent d'un positionnement pragmatique et fragile, ajusté aux possibles du moment.

L'analyse des récits des sages-femmes dévoile par ailleurs que résister, même à bas bruit, demande une charge émotionnelle considérable, parfois épuisante, parfois marginalisante dans la communauté professionnelle elle-même. Nos données montrent que certaines sages-

[66] Olivier de Sardan a rappelé que si le « populisme méthodologique » est certes à encourager, il s'agit dans le même temps de se défier du « populisme idéologique » consistant en « l'exaltation » et idéalisation « des vertus du peuple, vertus cognitives, politiques, morales, culturelles… » générant de nouveaux stéréotypes savants. Il s'agirait ainsi pour la maïeutique d'explorer les potentialités mais aussi les effets délétères/préjudiciables de chaque approche en maïeutique. (Olivier de Sardan, 1990)

femmes finissent par renoncer à ces ajustements discrets ou à des pratiques à la marge du modèle hospitalo-centré, soit par fatigue, soit par peur de sanctions professionnelles.

En outre, il serait réducteur de considérer la figure de la sage-femme résistante comme représentative de l'ensemble du corps professionnel. Si des sages-femmes s'inscrivent dans une lecture critique des normes biomédicales et institutionnelles, d'autres y adhèrent plus aisément, sans s'inscrire dans une trajectoire résistante face aux pratiques normatives. Les enquêtes socio-anthropologiques réalisées dans différents centres de soins ou les analyses de projets de santé révèlent aussi des formes d'adhésion assumée aux normes biomédicales, parfois motivées par une volonté de sécurisation, une recherche de reconnaissance professionnelle ou une méfiance à l'égard de pratiques alternatives ou endogènes perçues comme potentiellement risquées.

Cette diversité appelle à une lecture nuancée des trajectoires professionnelles : les résistances analysées dans ce travail doivent être comprises non comme des évidences, mais comme des positionnements situés, issus de tensions éthiques et affectives spécifiques. Elles ne disent pas ce que « font » les sages-femmes en général, mais ce que certaines choisissent de faire, dans certaines conditions, à certains moments.

De plus, cette recherche n'a pas pour objet d'opposer de manière binaire biomédecine et savoirs féminins situés, ni de figer les rôles dans un face-à-face entre institutions médicales et actrices critiques. Elle s'inscrit dans une visée de complémentarité entre les savoirs, et d'articulation possible entre les normes biomédicales et les savoirs situés.

Si cette recherche s'attarde sur les espaces de réinvention aux marges des consensus institutionnels, elle n'ignore pas que des pratiques humanisées émergentes peuvent également être portées dans un consensus institutionnel, dans certains contextes particulièrement favorables à un dialogue équitable entre les sages-femmes, les femmes-patientes, les pouvoirs médicaux et les cadres institutionnels. Bien que ces cas n'aient pas particulièrement émergé de mes données, l'objectif resterait cependant pour ceux-ci aussi de comprendre comment certaines émotions peuvent devenir les germes fragiles de réinventions possibles, sans en occulter ni les limites, ni les échecs.

Ces dynamiques posent aussi la question des conditions concrètes dans lesquelles ces résistances, portées par des sages-femmes et des femmes-patientes, peuvent, sans être

récupérées ni épuisées, contribuer à transformer les institutions de l'intérieur. Cette transformation de l'intérieur exige que ces résistances soient reconnues comme des actes politiques à part entière. Les soutenir, c'est affirmer une volonté féministe et décoloniale de refonder les politiques périnatales, en revalorisant des savoirs subalternisés, en redonnant leur pouvoir d'agir aux femmes, et en rompant avec les logiques de domination qui traversent encore trop souvent les institutions du soin.

Conclusion du chapitre 3

Ce troisième chapitre a mis en lumière comment, dans les contextes contraints du soin périnatal, des sages-femmes et des femmes-patientes développent des formes de résistance discrètes, souvent invisibles aux yeux des institutions, mais porteuses d'une force critique.

Il s'est ouvert sur les tensions et défis qui traversent la maïeutique contemporaine soumise à des normes biomédicales mondialisées. Ces tensions révèlent un champ professionnel traversé de lignes de faille objectivées notamment par les travaux documentant, au sein des structures de soins, la fréquence de situations qualifiées de violences obstétricales. Cette ouverture montre que l'engagement quotidien des sages-femmes devient un exercice d'équilibriste s'inscrivant au cœur d'un champ traversé par des conflits normatifs, politiques et éthiques, où les marges d'action sont sans cesse négociées. Elle met également en exergue que les sages-femmes, souvent tiraillées entre des injonctions de performance et de bientraitance et œuvrant dans des systèmes de santé sous tension, sont exposées à l'épuisement émotionnel, lui-même terreau des risques de déshumanisation de la relation de soins.

Puis, à partir de différents exemples illustrant les données collectées lors de cette recherche, l'analyse a révélé que certaines émotions — tristesse, frustration, indignation, colère face aux dysfonctionnements structurels ou à des protocoles inadaptés — ne sont pas uniquement des facteurs de risques d'épuisement professionnel mais peuvent aussi faire émerger des gestes d'ajustement, de contournement ou de réinvention des normes biomédicales. Les émotions générant des transformations de pratiques sont conceptualisées sous le terme d'« émotions de rébellion ». Elles sont caractérisées comme étant, d'une part, révélatrices de diverses formes d'injustices systémiques et, d'autre part, comme devenant moteur de subversion des normes et de réinvention des pratiques. Elles désignent ainsi des vécus émotionnels surgissant dans des contextes où les normes institutionnelles entrent en contradiction avec le sens du

soin tel qu'il est ressenti par la professionnelle ou la femme-patiente et génèrent des actes de résistance. Ces émotions signalent une rupture subjective, un désajustement éprouvé, et deviennent point d'appui pour une remise en question et une transformation des pratiques dominantes.

Ensuite, j'ai proposé le concept des « résistances à bas bruit », ces micro-pratiques quotidiennes par lesquelles les actrices du soin négocient, déplacent ou subvertissent les normes dominantes. Qu'elles soient portées individuellement ou collectivement, ces résistances incarnent des formes d'agir situées, enracinées dans des savoirs expérientiels, émotionnels ou endogènes souvent subalternisés. Elles renvoient à des résistances silencieuses qui consistent à contourner, aménager ou subvertir les normes prescrites sans confrontation frontale. Elles se déploient dans les interstices du quotidien professionnel et traduisent une capacité à faire dialoguer les savoirs biomédicaux avec les savoirs expérientiels, émotionnels ou endogènes.

Ces deux concepts — « émotions de rébellion » et « résistances à bas bruit » — ont émergé de manière inductive à partir de l'analyse des données de terrain, avant d'être mis en dialogue avec plusieurs cadres théoriques critiques. La notion d'émotions critiques résonne notamment avec les travaux de Jaggar sur les « *outlaw émotions* » (Jaggar, 1989), qui permettent de penser les affects comme révélateurs d'injustices sociales et moteurs de connaissance. Le rapport aux normes institutionnelles et aux formes discrètes de résistance fait écho aux analyses de Scott sur « l'art de la résistance des subalternes » (Scott, 2019), ainsi qu'aux travaux de Foucault sur les micro-résistances au bio-pouvoir (Foucault, 1976, p. 125-126). Par ailleurs, la dimension affective et située des résistances rejoint les approches anthropologiques développées par Crapanzano, qui souligne que les émotions ne peuvent être séparées des rapports de pouvoir dans lesquels elles prennent forme, et qu'elles participent activement à la fabrique du sens social dans les contextes de domination (Crapanzano, 1994). Ces auteurs nourrissent la filiation des concepts proposés ici. Ceux-ci s'en démarquent cependant par leur élaboration à partir de récits de terrain situés dans le champ de la maïeutique contemporaine, par la mise en lumière du rôle transformateur des émotions dans les pratiques professionnelles, et par l'attention portée aux formes de résistance ancrées dans les marges du soin. Les notions d'« émotions de rébellion » et de « résistances à bas bruit » prolongent ces cadres critiques tout en les réinvestissant depuis une lecture située, qui

articule affects, savoirs subalternes et dynamiques de réinvention quotidienne dans des contextes contraints.

Enfin, ce chapitre s'est attardé sur les ambivalences, les limites et les risques inhérents aux résistances. Fragiles, contextuelles, elles peuvent être récupérées ou silencieusement étouffées. Mais elles n'en demeurent pas moins des actes politiques : elles disent une volonté de préserver un espace d'humanité et de dignité dans des systèmes normatifs parfois déshumanisants, et d'ouvrir des brèches critiques dans les logiques de domination structurelle alimentant le contrôle du corps des femmes.

Pour comprendre pleinement la portée de ces résistances, il est nécessaire de les replacer dans une histoire plus longue des savoirs et pouvoirs autour de la naissance. Pour ce faire, c'est à la généalogie critique des savoirs en maïeutique que sera consacré le chapitre suivant. Revenir sur les grandes étapes de la médicalisation, en Europe comme dans les contextes coloniaux, permettra de mieux saisir les logiques historiques qui continuent d'informer les pratiques, les résistances, et les reconfigurations actuelles du soin autour de la naissance.

Chapitre 4. Généalogie des savoirs et résistances en maïeutique : mémoire longue de la dépossession et des réappropriations

Introduction du chapitre 4

Yvonne Knibiehler, universitaire française, spécialiste de l'histoire des femmes et de la maternité écrit :

> « L'histoire rend aux groupes sociaux un service comparable à celui que la psychanalyse rend aux individus : elle élucide la mémoire, pièce maîtresse de l'identité. Écrire l'histoire des sages-femmes, c'est élucider la mémoire du deuxième sexe (…) » (Knibiehler, 2016)

Comprendre les tensions contemporaines qui traversent la maïeutique exige de remonter aux racines historiques de cette discipline, façonnée par des rapports de force entre savoirs féminins et pouvoirs institués. Ce chapitre propose une lecture généalogique des reconfigurations marquantes de la profession de sage-femme ayant conduit à sa biomédicalisation contemporaine. L'approche généalogique mobilise des matériaux historiques pour mettre au jour les rapports de pouvoir qui ont construit la légitimité des épistémologies dominantes. Nietzsche est certainement un précurseur de la démarche généalogique, à travers son projet d'histoire généalogique de la morale (Nietzsche, 1887). Foucault s'est inscrit dans la filiation de Nietzsche en développant cette approche à travers ses différents travaux sur les instances de production discursive, de production de pouvoirs et de production de savoirs, dont son ouvrage « Histoire de la sexualité, I. La volonté de savoir » (Foucault, 1976) offre un jalon emblématique. Différents courants épistémologiques féministes et décoloniaux se sont également appuyés sur des méthodologies généalogiques[67].

[67] Le groupe des « subaltern studies », formé à partir des années 1970 autour de l'historien indien Ranajit Guha, analyse ainsi la place des groupes subalternes (« Ce qui définit les subalternes - notion empruntée au Gramsci des Cahiers de prison-, c'est la relation de subordination dans laquelle les élites les tiennent, relation qui se décline en termes de classe, de caste, de sexe, de race, de langue et de culture. » (Pouchepadass, 2000, p. 165)) dans l'histoire moderne de l'Inde à partir d'une relecture des archives coloniales (Pouchepadass, 2000, p. 161-186). Issue de ce mouvement des intellectuels indiens se réappropriant l'histoire coloniale, l'indienne Gayatri Chakravorty Spivak, à travers son livre « Les subalternes peuvent-elles parler ? » (Spivak, 1983), produit une critique féministe et

Les exemples de recherches utilisant la méthodologie généalogique pour rendre visibles les liens entre savoir et pouvoir sont ainsi nombreux.

Dans ce chapitre, j'applique l'approche généalogique à la maïeutique. Il ne s'agit pas de retracer l'histoire de l'accompagnement de la naissance dans une logique linéaire ou exhaustive, mais d'en faire un outil critique de compréhension du présent :

Comment les résistances actuelles en maïeutique — dans les pratiques, les discours, les corps — prennent-elles appui, parfois sans le savoir, sur une mémoire collective marquée par la dépossession progressive des savoirs féminins en santé reproductive ?

Dans cette perspective, l'histoire n'est pas seulement un cadre d'analyse : elle devient une clé pour comprendre les marges, les reconfigurations et les formes de contestation qui traversent encore aujourd'hui les pratiques en maïeutique. Ce chapitre explore ainsi les conditions de marginalisation et de résurgence de certains savoirs féminins en maïeutique à travers le prisme du pouvoir. Il interroge les dynamiques historiques qui ont conduit à la standardisation biomédicale de la naissance, et à l'effacement de nombreux savoirs portés par les femmes. Il propose également de relire les logiques médicales du passé comme des matrices possibles de certaines asymétries et pratiques déshumanisantes toujours à l'œuvre dans les dispositifs actuels. Il analyse enfin les résistances contemporaines — parfois discrètes, parfois revendiquées — comme les héritières critiques de cette histoire.

Sur le plan méthodologique, l'analyse s'appuie sur le corpus qualitatif de 55 entretiens menés auprès de sages-femmes issues de 36 pays sur cinq continents, complété par des carnets de terrain accumulés sur trois décennies de pratique dans douze pays, ainsi que par une revue

postcoloniale du discours eurocentré sur la colonisation. Elle montre ses imbrications dans la grille d'analyse de l'oppression des femmes. De même, le Black feminism des années 1970 et 1980, issu des tensions historiques au sein des mouvements féministes nord-américains et qui participa à l'émergence du concept analytique d'intersectionnalité à travers la voix de Kimberlé Crenshaw (Crenshaw, 1989), envisage l'origine ethnique et le sexe non comme identitaires mais comme des dispositifs construits historiquement et vecteurs de production d'inégalités sociales (Dorlin, 2005). Enfin, les travaux de Ousmane Kane sur les « intellectuels non europhones » en Afrique (Kane, 2003), réalisés notamment à partir des manuscrits archivés dans la « bibliothèque islamique africaine » (dont certains remontent au Moyen-Age) visibilisent l'absence des savoirs non europhones dans la « bibliothèque coloniale » ainsi que dans les œuvres de Mudimbe (Mudimbe, 1988) et Appiah (Appiah, 1992). Ces deux auteurs ont tous deux été lauréats en 1989 pour Mundimbe et 1993 pour Appiah du prix Merville Herkovitz de l'African Studies Association of North America récompensant le meilleur livre en anglais sur l'Afrique.En montrant que « l'histoire intellectuelle de l'Afrique sub-saharienne ne peut se résumer à l'étude des seuls intellectuels europhones » (Kane, 2003, p. 55), Ousmane Kane met en exergue les limites des épistémologies eurocentrées pour rendre compte de l'histoire intellectuelle de l'Afrique. Il réalise une analyse critique de la « lecture très eurocentrée de la production de savoir en Afrique et sur l'Afrique » (Kane, 2003, p. 1). Les changements de paradigmes qui en découlent ne sont pas sans évoquer le fait que pour De Sousa Santos, « une nouvelle épistémologie va toujours de pair avec une nouvelle subjectivité » (De Sousa Santos, 2016, p. 108).

critique de la littérature historique, sociologique et anthropologique. L'interprétation procède par triangulation des matériaux (entretiens, auto-ethnographie, sources secondaires) et articulation des niveaux micro (gestes et interactions), méso (organisations et dispositifs) et macro (cadres normatifs et politiques). Tout d'abord, je reconstruis, à partir des recherches existantes, l'histoire des pratiques en maïeutique, en partant du contexte européen, mais en élargissant ensuite au contexte mondial, à travers un agencement de littératures secondaires. Ensuite, je mets en perspective l'histoire avec mes données empiriques internationales de terrain. Cette approche croisée vise à faire dialoguer savoirs historiques et expériences contemporaines afin de dévoiler les logiques de pouvoir actuellement à l'œuvre dans la production, la légitimation et la marginalisation des savoirs et pratiques en maïeutique.

Ce chapitre suit quatre lignes directrices enchevêtrées qui correspondent aux quatre mouvements du chapitre :

- L'histoire de la médicalisation : comment l'autorité sur la naissance a-t-elle progressivement glissé des femmes vers les institutions biomédicales ?
- La diffusion mondiale du modèle biomédical : comment cette diffusion a-t-elle été conduite via les processus de colonisation, d'occidentalisation et de standardisation globale des soins ?
- La colonialité des savoirs et les résistances contemporaines : comment s'expriment-elles dans deux objets, les positions d'accouchement et le devenir du placenta ?
- Les héritages actuels des dominations dans l'organisation professionnelle : comment s'expriment-ils dans les rapports de pouvoir médecins/sages-femmes et les dynamiques genrées d'ascension masculine ?

I- Des savoirs féminins aux savoirs institués en Occident

Aux origines du modèle contemporain de la maïeutique

Genèse féminine des savoirs en santé reproductive

De l'Antiquité jusqu'aux XVIIe-XVIIIe, l'accompagnement de la naissance est réservé aux femmes. Ce sont alors essentiellement des femmes qui construisent les savoirs, savoir-faire et savoir-être en santé de la femme. En Europe, des femmes restent célèbres pour les traités de médecine qu'elles ont produits, comme Aspazie au IVe avant J-C, Trotula au XIe, Louyse

Bourgeois au XVI-XVIIe ou encore Angélique Du Coudray au XVIIIe.(Coulon-Arpin, 1981, 1982; Delacoux, 1834; Luccioni & Lyon, 2009; Skinner, 2004) A partir du XVIIIe, on note une rupture dans l'histoire de la naissance qui commence en Europe pour s'étendre durant les siècles suivants au reste du monde. Les historiens caractérisent les débuts de cette rupture par l'immixtion des hommes au chevet des parturientes et surtout à leur attachement à encadrer l'exercice des sages-femmes.

Rupture du XVIIIe : transfert des savoirs féminins vers les médecins et les chirurgiens

Cette rupture commence à la faveur des Lumières, lorsque les médecins et les chirurgiens se forment auprès de sages-femmes. (Gélis, 1976; Sage Pranchère, 2020) Ainsi, en France, lors de cours itinérants, la sage-femme Mme Du Coudray (1712-1789) a formé à la fois ses consœurs et les chirurgiens pendant 25 ans. Elle avait créé pour cela un mannequin pédagogique en tissu et écrit un manuel. (Caudron, 2013a) De nombreux écrits de cette époque attestent de l'ampleur du transfert de savoirs féminins vers les hommes médecins et chirurgiens à l'occasion des formations menées par Mme Du Coudray. En voici un exemple :

> « Nous soussignés, Chirurgiens ordinaires de la Marine et Maîtres en Chirurgie de la ville de Rochefort, certifions avoir fait, ainsi que nos Elèves, un cours d'Accouchements sous Madame DU COUDRAY, Maîtresse Sage-femme de Paris, brevetée du Roi pour démontrer, dans toute la France, l'Art des Accouchements (…) nous avons pris connaissance des accouchements simples et compliqués, ensuite la manière de faire l'extraction des enfants par le secours des Instruments dans les vices de conformations des os du bassin ; comme aussi de faire l'opération césarienne, et aux enfants la ponction, appelée paracentèse, et la ponction de la tête dans l'hydrocéphale ; Madame DU COUDRAY a accompagné toutes ces opérations des liqueurs, tant de pertes de sang, que celles des eaux ; elle nous a savamment détaillé les signes qui conduisent aux connaissances des grossesses et des fausses-couches, et nous a fait voir toutes les infirmités des femmes jusqu'au cancer de la matrice, le tout si bien figuré, qu'on ne peut pas mieux imiter la nature ; ce qui nous a parfaitement convaincus, qu'elle mérite à juste titre les éloges brillants qui lui attire par tout sa grande réputation. En foi de quoi nous lui avons donné le présent certificat comme un témoignage authentique de notre reconnaissance. A. Rochefort, ce trentième avril 1766. » Certificat de MM les chirurgiens de Rochefort, 1766. Cité par Olivier Caudron (Caudron, 2013b)

Lorsque les hommes s'intéressent à l'art de l'accouchement, les sages-femmes partagent ainsi avec les médecins et les chirurgiens leurs savoirs et savoir-faire médicaux et chirurgicaux autour de la naissance (Coulon-Arpin, 1981, 1982).

Construction institutionnelle d'un monopole masculin du savoir médical

Mais, rapidement, les a priori culturels de l'époque quant à la supériorité masculine (Poeschl, 2003) effacent la reconnaissance des chirurgiens et médecins envers le corps des sages-femmes leur ayant enseigné ces savoirs. Cette croyance dans la supériorité masculine, associée aux craintes de dépopulation touchant l'ensemble de l'Europe, participe alors au contrôle des sages-femmes dans les différents royaumes d'Europe. Ce contrôle, rendu possible par la réappropriation de leurs savoirs et savoir-faire par les corps des médecins et des chirurgiens, amène les sages-femmes à être assujetties à ces derniers. (Sage Pranchère, 2020) Cet assujettissement s'inscrit dans un système de domination symbolique tel que le décrit Pierre Bourdieu, où la masculinité acquiert une légitimité sociale et épistémique qui naturalise la hiérarchisation des sexes. Il analyse dans « La domination masculine » (Bourdieu, 1990) comment les rapports de pouvoir entre les sexes s'inscrivent dans les corps et les institutions, en se présentant comme allant de soi. Ce processus de naturalisation contribue à légitimer la dépossession des femmes de leurs savoirs, de leur autorité et de leur autonomie, comme cela s'observe dans cette dépossession historique de la communauté des femmes quant à leurs savoirs et pouvoirs autour de la naissance.

De nombreux décrets sont ainsi promulgués interdisant aux sages-femmes l'utilisation de certains instruments et médicaments (forceps, ergot de seigle…)[68] dont l'usage devient réservé aux médecins et chirurgiens. De nouveaux édits obligent également les sages-femmes à se former exclusivement dans des écoles dirigées par des médecins et chirurgiens et à exercer sous leur autorité. (Coulon-Arpin, 1981; Lemonnier-Lesage, 2018) L'Angleterre fait figure d'exception, développant peu de formations encadrées par l'Etat quant à l'accouchement, que ce soit pour les sages-femmes comme pour les médecins, et ce jusqu'au début du XXe. Ailleurs, sur le modèle de l'Hôtel-Dieu de Paris, des maternités-écoles essaiment dans toute l'Europe : à Turin en 1728, à Madrid en 1790, à Amsterdam et

[68] Ainsi, en France, un article de loi précise qu'« Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans le cas d'accouchements laborieux, elles feront appeler un médecin ou un officier de santé. Il leur est également interdit de prescrire des médicaments sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions, après avis de l'Académie de Médecine.(…)» (Art. 4. Loi 1892). Cité par Madeleine Coulon Arpin (Coulon-Arpin, 1982)

Rotterdam en 1823, à Athènes en 1838… Dans l'empire austro-hongrois et dans l'empire russe, de nombreux instituts d'obstétrique sont également fondés à cette même période formant plus de mille sages-femmes chaque année. (Ruiz Berdún, 2014; Sage Pranchère, 2020) Les sages-femmes diplômées de ces maternités-écoles dirigées par des médecins et des chirurgiens sont alors considérées comme des « accoucheuses instruites », en opposition aux autres accoucheuses déclarées « femmes ignorantes ». L'Etat interdit à ces dernières d'exercer. Si ces sages-femmes dites « ignorantes » poursuivent illégalement leur pratique, les sages-femmes ayant suivi une formation reconnue par l'Etat sont tenues de les dénoncer. (Lemonnier-Lesage, 2018) Les sages-femmes sont ainsi mises sous la tutelle des médecins et des chirurgiens mais aussi sous celle de l'Etat et de l'Eglise. En France, pour se former et exercer elles doivent ainsi produire une « information de […] vie, mœurs et religion, faite à la requête du procureur du roi » et « être approuvées par l'évêque ou son vicaire» (Carrier, 1888).

Ce transfert de savoirs, débuté notamment avec Mme Du Coudray, a ainsi constitué une forme historique d'extraction de savoirs situés — portés par des femmes et ancrés dans une expérience directe de la naissance — vers une logique institutionnelle et masculine de légitimation médicale.

Le prix de ce nouveau modèle : effets iatrogènes, médicalisation abusive et standardisation de la naissance

Quand la médicalisation accroît les risques : les paradoxes de l'accouchement hospitalier

L'immixtion des médecins et chirurgiens dans la pratique de l'accouchement ne s'accompagne pas d'un recul de la mortalité maternelle aux XVIIIe et XIXe. Paradoxalement, elle marque l'introduction de risques iatrogènes massifs : des épidémies de fièvres puerpérales déciment les nouvelles accouchées prises en charge dans les hôpitaux. Ces infections sont manuportées de la salle de dissection des cadavres aux salles d'accouchement et d'une femme à l'autre par les praticiens hospitaliers et leurs élèves. Le déploiement en Europe des maternités-écoles où sont formées les sages-femmes, les médecins et les chirurgiens à la pratique de l'accouchement ont ainsi longtemps des taux de mortalité maternelle largement supérieurs à ceux observés lors des accouchements à domicile. (Boetsch et al., 1998; Schlumbohm, 2002)

La mortalité maternelle dans la maternité française de Port-Royal sera par exemple évaluée au XIXe jusqu'à dix-neuf fois supérieure à la mortalité maternelle des accouchements à domicile. La mortalité maternelle entre les murs de la maternité de Port-Royal oscille à cette période entre 3 et 8 % mais peut atteindre 20 % lors des épidémies de fièvre puerpérale, tuant alors une femme sur cinq accouchant à la maternité. (Faure, 1999; M.-F. Morel, 2018).

Corps précaires et pédagogie invasive : une histoire de la violence obstétricale

Dans ce contexte, jusqu'au milieu du XXe, n'accouchent le plus souvent à l'hôpital que les femmes les plus défavorisées et notamment celles qui n'ont pas leur propre foyer où donner naissance (Faure, 1999; M.-F. Morel, 2018). Ainsi, la plupart des enfants nés à l'hôpital aux XVIIIe-XIXe sont issus de relations hors mariage, relations qui sont condamnées par la société de l'époque. Ces jeunes mères sont alors exposées non seulement aux fièvres puerpérales mais aussi à des interventions abusives sous couvert de fins pédagogiques (Schlumbohm, 2002), comme en attestent notamment ces extraits des registres d'un professeur d'obstétrique ayant dirigé une maternité fin XVIIIe-début XIXe en Allemagne et où 98 % des enfants sont déclarés « né de père inconnu » :

> « Il est absolument faux de dire que cet hôpital existe pour le bien des filles mères. Pas du tout ! Les femmes enceintes, mariées ou non, sont ici pour le bien de l'établissement d'enseignement (…) j'ai la ferme intention de tirer un maximum d'informations utilisables pour mon enseignement des naissances qui se déroulent ici (…) A des fins de démonstration ou d'essai, j'ai d'abord appliqué le forceps moi-même, je l'ai retiré et (puis) j'ai demandé à M.Fischer d'appliquer le forceps (…) M.Kurze a dû s'y prendre plusieurs fois pour appliquer le forceps (…) Comme M.Pauli avait levé le forceps trop haut, il est ressorti brusquement, déchirant le périnée en deux (…) A l'étonnement général, elle (la patiente) n'a pas dit un mot. » Extraits des registres journaliers de Mr Osiander (1759-1822), professeur d'obstétrique et directeur pendant plus de 30 ans de la maternité de Göttingen en Allemagne. Cité par Jürgen Schlumbohm (Schlumbohm, 2002)

Ce type de témoignage, loin d'être marginal, inscrit une violence structurelle dans l'histoire même de l'institutionnalisation de la naissance. Il révèle comment le corps des femmes les plus précaires a servi de terrain d'expérimentation, au mépris de leur consentement, inaugurant ainsi une logique instrumentale et déshumanisante qui traverse encore certains dispositifs actuels.

Cette exposition accrue des femmes les plus vulnérables au sein du système de soins entourant la naissance reste prégnante au XXIe. A partir de différentes études de terrain, l'OMS fait ainsi le constat que :

> « de nombreuses femmes sont maltraitées pendant l'accouchement (…) Certaines femmes sont plus susceptibles que d'autres d'être victimes de manque de respect ou de mauvais traitements, notamment les adolescentes, les mères célibataires, les femmes défavorisées sur le plan socio-économique, les femmes issues de minorités ethniques, les immigrantes et les femmes séropositives. » (Organisation Mondiale de la Santé, 2014)

Progrès de la médecine et réduction de la surmortalité hospitalière

Il faudra attendre la fin du XIXe, après les découvertes de Semmelweis, Pasteur, et Lister, pour que l'hygiène hospitalière soit instaurée et permette à la mortalité maternelle hospitalière de régresser en Europe (Boetsch et al., 1998; Schlumbohm, 2002). L'asepsie permet la régression des infections puerpérales grâce à la systématisation du lavage des mains et de la désinfection des instruments avant la pratique des accouchements (De Brouwere et al., 1997).

A partir de la fin de la seconde guerre mondiale, la mortalité maternelle recule davantage grâce à

> « l'amélioration des techniques (antibiotiques, césariennes, transfusions) dans un contexte où elles sont maîtrisées et disponibles pour la toute grande majorité de la population maternelle, qu'elle accouche en milieu hospitalier ou à domicile. » (De Brouwere et al., 1997)

Ces avancées ont permis de réduire significativement la mortalité maternelle hospitalière, en sécurisant des accouchements pathologiques qui, sans intervention, auraient mis en péril la vie des mères et des enfants. Néanmoins, De Brouwere a souligné que ces progrès ne justifient pas en soi la généralisation systématique de l'accouchement hospitalier pour l'ensemble des femmes, indépendamment de leur situation clinique, soulignant que les accouchements à bas risques ont toujours eu une issue au moins aussi favorable que les accouchements hospitaliers lorsqu'ils se déroulent à domicile. (De Brouwere et al., 1997).

Du domicile à l'hôpital : le « grand déménagement » de la naissance

Le transfert de la naissance de la sphère domestique vers des espaces médicalisés, publics et institués est un phénomène social en Europe au XXe et est qualifié par les historiens de « grand déménagement ». Celui-ci s'étale sur un temps rapide au regard de l'histoire de l'humanité.

Vers 1900, la part des accouchements à domicile représente plus de 95 % des naissances en Europe et à la fin du XXe, seulement 5 %. (Clavandier & Charrier, 2015a). Des variations d'un pays européen à l'autre existent cependant. Ainsi, aux Pays Bas, dans les années 2000, ce sont encore 30 % des accouchements qui ont lieu à domicile (Akrich, 2007) alors qu'en France les accouchements à domicile ne représentent que 0,5 % à la même période. En France, la décroissance des accouchements à domicile a été rapide : 80 % des accouchements se déroulent au domicile familial dans les années 1930, 50 % dans les années 1950 et moins de 0,5 % dans les années 2000. (Clavandier & Charrier, 2015a). Ce transfert du lieu d'accouchement participe au renforcement du pouvoir des médecins sur les sages-femmes et sur les femmes, tout en invisibilisant d'autres alternatives à la lutte contre la mortalité maternelle (Knibiehler, 2016).

Cette transformation radicale du lieu de la naissance est toujours agissante dans les années 2020, où accoucher à domicile est devenu une pratique rare en Europe. On note une exception pour les Pays Bas où 16,3 % des accouchements ont lieu à domicile (contre 30 % dans les années 2000), et pour le Royaume-Uni où le taux est de 2,4 %[69]. Pour l'ensemble des pays de l'Union Européenne, en dehors des Pays Bas, la prévalence des accouchements à domicile est en moyenne à 1 % ou moins. Ainsi, après les Pays Bas, le deuxième pays de l'Union Européenne avec le taux d'accouchement à domicile le plus élevé est le Danemark avec un taux à 1,4 %, suivi de l'Allemagne avec 1,3 %, la Belgique avec 1,1 %, etc. Les pays avec les prévalences les plus faibles sont l'Italie avec un taux à 0,1 % et la Pologne avec un taux à 0,03 % (Galková et al., 2022). La France a un taux de naissance à domicile qui se situait à 0,14 %, en 2019 (ANESF, 2020; APAAD, 2021). Ces faibles taux sont associés dans de nombreux pays européens à une marginalisation de cette pratique par les pouvoirs de santé publique (birthrights, 2025; Galková et al., 2022; Mdinaradze, 2021; Sestito, 2017). Cette marginalisation contraste avec la position de la Confédération Internationale des Sages-Femmes, qui rappelle depuis 2017 — et dans sa révision de 2023 — que l'accouchement à domicile, lorsqu'il est encadré par des sages-femmes qualifiées et intégré aux systèmes de santé, constitue un droit des femmes et des familles (ICM, 2017).

[69] Le taux d'accouchement à domicile au Royaume-Uni est tiré du site gouvernemental officiel des statistiques nationales du Royaume-Uni. Les taux des autres pays sont repris de l'article de Gabriela Galková et al. (Galková et al., 2022) qui documente les taux pour les pays de l'Union Européenne, dont le Royaume-Uni ne fait plus partie depuis le début de l'année 2020

Du « grand déménagement » historique du lieu de la naissance à la marginalisation contemporaine de la naissance à domicile

L'amélioration de l'asepsie, des transfusions sanguines, des antibiothérapies et des techniques obstétricales telles que les césariennes en cas d'indication vitale, ont indéniablement contribué à sauver de nombreuses vies. Mais, la systématisation de l'accouchement hospitalier à des accouchements physiologiques non compliqués interroge la pertinence du modèle d'une naissance systématiquement pensée comme devant se dérouler dans un centre de santé biomédicalisé et technicisé.

Actuellement, en Europe, les taux de mortalité maternelle et périnatale sont inférieurs à 5 ‰, que l'organisation au sein du pays ait opté pour une part conséquente d'accouchements à domicile avec une sage-femme (Pays Bas) ou que le pays ait opté pour une organisation tournée quasiment exclusivement vers les accouchements hospitaliers (France). (De Brouwere et al., 1997; Galková et al., 2022) Des études comparatives multinationales européennes tendent à montrer que l'accouchement accompagné à domicile pour les patientes présentant de faibles risques est une pratique aussi sûre que l'accouchement en milieu hospitalier en termes de mortalité et morbidité, tout en diminuant le risque de médicalisation abusive (Olsen & Clausen, 2023). Ainsi, les Pays Bas ont des taux de mortalité maternelle et néonatale inférieurs à ceux de la France (Diguisto et al., 2022; Galková et al., 2022). Par ailleurs, si la naissance hospitalière ne semble plus aujourd'hui en lien avec un risque accru de mortalité maternelle et néonatale, elle est encore à mettre en regard d'un risque de violence institutionnelle (Castañeda (dir.) et al., 2022; Jaffré, 2018b; Schantz et al., 2021) et de médicalisation abusive (Dumont & Guilmoto, 2020a), comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent. Ainsi, le nombre de naissances par césarienne a augmenté drastiquement dans la plupart des pays, dont les pays européens : aujourd'hui 57 % des naissances se déroulent par césarienne à Chypre, 41 % en Géorgie, 40 % en Roumanie, 35 % en Italie. Certains pays européens font figure d'exception avec des pourcentages inférieurs à 20 % de césarienne comme la Finlande, les Pays-Bas ou la Suède. (Dumont & Guilmoto, 2020a) Rappelons que, selon l'OMS,

> « Au-dessous de 10 %, les besoins de césarienne ne sont pas totalement couverts, ce qui peut entraîner une surmortalité maternelle et périnatale. En revanche, les taux supérieurs à 10 % dans une population n'entraînent pas de bénéfice supplémentaire en termes de réduction des taux de

> mortalité maternelle et néonatale, et au-delà de 15 %, le risque d'une pratique abusive est élevé. » (Dumont & Guilmoto, 2020a)

Un exemple américain relaté par De Brouwere, Tonglet, et Van Lerberghe (De Brouwere et al., 1997) permet de comprendre comment d'autres alternatives probantes à l'accouchement hospitalier ont pu être invisibilisées en Occident. Dans les années 1930, face à une mortalité maternelle qui a encore peu régressé aux Etats-Unis, une étude est menée à la demande des autorités. Il s'agit d'analyser les causes évitables de mortalité sur une cohorte de morts maternelles. L'étude conclut qu'au moins « *61 % des 1343 décès évitables devaient être imputés aux médecins (utilisation abusive d'anesthésiques généraux, accouchements instrumentaux injustifiés et particulièrement les césariennes, etc.).* » (De Brouwere et al., 1997, p. 19) Les morts maternelles évitables imputables aux sages-femmes lors d'accouchements à domicile étaient quant à elles de 2 %. De Brouwere, Tonglet, et Van Lerberghe observent alors un aveuglement volontaire (Bandini, 2018) des autorités :

> « Les résultats des enquêtes autour des décès maternels n'ont cependant pas modifié l'opinion des autorités américaines : pour réduire la mortalité maternelle il fallait que toutes les femmes accouchent dans les hôpitaux, avec des médecins obstétriciens, plutôt qu'à domicile avec des sages-femmes. » (De Brouwere et al., 1997, p. 19)

Ainsi, il ne s'agit pas de nier les apports fondamentaux des avancées biomédicales en périnatalité, mais d'interroger la manière dont un modèle standardisé hospitalo-centré tend à invisibiliser d'autres lieux de naissance également porteurs de sécurité et favorisant l'humanisation de la naissance et le respect des processus physiologiques de l'accouchement. En naturalisant historiquement l'hôpital comme lieu incontournable de la naissance, le modèle biomédical a contribué à la normalisation d'un encadrement médical parfois excessif, voire intrusif (Dumont & Guilmoto, 2020a), à la normalisation de dynamiques qualifiées de violences obstétricales (M. A. Bohren et al., 2015; Castañeda (dir.) et al., 2022) et à la marginalisation continue des alternatives à la naissance hospitalière (De Brouwere et al., 1997, p. 19) (Olsen & Clausen, 2023).

II - Biomédicalisation et colonisation : l'essaimage d'un modèle eurocentré

Les modèles européens de biomédicalisation de la profession de sage-femme et de biomédicalisation de la naissance vont essaimer sur les autres continents dès le XIXe. Nous évoquons ici quelques éléments de cet essaimage en Amérique latine, en Afrique et en Asie.

Aux origines d'un modèle obstétrical eurocentré en Amérique latine

La biomédicalisation de la profession de sage-femme et de la naissance débute en Amérique Latine au XIXe, après les déclarations d'Indépendance des Etats. Cette entreprise de biomédicalisation a été soutenue par les élites masculines de la nouvelle République péruvienne, soucieuses de modernisation mais aussi de contrôle social. Elle semble débuter à travers l'action d'une sage-femme française, Benoîte Cadeau-Fessel. Celle-ci migre en 1826 au Pérou avec son mari médecin pour y créer une école de sages-femmes et une maternité sur le modèle français de Port-Royal. Elle est appuyée par les hommes des Lumières hispaniques de ce jeune État indépendant, qui qualifient d'« ignares » les sages-femmes péruviennes aux savoirs endogènes officiant jusqu'alors, les accusant d'être responsables de la dépopulation du pays. Mme Cadeau-Fessel assoie alors la prérogative des sages-femmes ayant étudié dans son école et qui sont le plus souvent « des femmes blanches ou métisses, contrastant avec les matrones, qui, dans une large majorité, sont indiennes, noires ou mulâtresses » (Quiroz-Pérez, 2014b, p. 236). Mme Cadeau-Fessel et ses élèves vont s'auto-nommer, à travers un néologisme espagnol, *obstetriz,* créé à partir du latin *obstetrix*. Pour promouvoir son école et les *obstetriz* qui y sont formées, Mme Cadeau-Fessel affirmera aussi la supériorité de son enseignement en critiquant les compétences des médecins péruviens :

> « Sans vouloir mépriser ni diminuer le mérite d'aucune des personnes qui exercent l'honorable profession médicale à Lima, il serait aisé de prouver que cette ville ne compte pas d'accoucheurs dotés des connaissances positives qu'exige cette profession, à moins que l'on veuille supposer que l'incertitude, la témérité voire le hasard, puissent suppléer les sages et indispensables préceptes de la théorie appliquée à la saine pratique. » Fessel, Benita Paulina, Práctica de partos, Lima, Imp. Masías, 1830, p. V. Cité par Lissel Quiroz-Pérez (Quiroz-Pérez, 2014c)

Ce modèle français de maternité-école essaime ensuite dans d'autres pays d'Amérique Latine. Ainsi, Cipriana Dueñas, élève de Benoîte Cadeau-Fessel, fonde une école de sages-femmes à Quito, en Equateur, en 1839. Cette première école équatorienne ferme au bout de quelques années mais est rouverte en 1870 par une sage-femme française, Sra. Amelia Sióv de Bezacón. A La Paz, en Bolivie, c'est Juana Reyes, autre élève de Benoîte Cadeau-Fessel, qui fonde une école de sages-femmes. (Quiroz, 2021; Quiroz-Pérez, 2014a).

Ainsi, la biomédicalisation de la naissance en Amérique latine impose un modèle français de la maïeutique, effaçant les pratiques locales et redéfinissant les hiérarchies de savoirs autour de la naissance.

De la surmédicalisation au surgissement d'une critique : dynamiques contemporaines en Amérique latine

Le XXe voit l'essor pour les populations urbaines latinoaméricaines de la médicalisation de la naissance selon le modèle européen (biomédicalisation) ainsi qu'un « grand déménagement » de la naissance du domicile familial vers les hôpitaux. Dans certains contextes, la disponibilité de soins obstétricaux d'urgence a constitué un progrès majeur pour réduire la mortalité maternelle et néonatale, notamment dans les situations de complications graves (OMS, 2024); cependant, cette biomédicalisation s'est souvent accompagnée d'une marginalisation des pratiques locales (Quiroz, 2021; Quiroz-Pérez, 2014a) et d'une surmédicalisation injustifiée (Dumont & Guilmoto, 2020a). Actuellement, les pays ayant les taux de naissances par césarienne les plus élevés dans le monde sont principalement en Amérique du Sud avec une prévalence nationale qui est à 58 % en République dominicaine, 55 % au Brésil, 50 % au Chili ou encore 49 % en Equateur (Dumont & Guilmoto, 2020a). Dans le chapitre précédent, nous avons mis en regard cet état de fait et l'émergence sur ce continent de législations sur la « violence obstétricale », qui inclue dans sa définition une pathologisation des processus naturels de la naissance et une dépossession des femmes de leur capacité à donner naissance naturellement (Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, 2007, p. 30).

Les entretiens conduits avec les sages-femmes de pays d'Amérique du Sud pendant ma recherche mettent en évidence les mécanismes de banalisation des césariennes dans les maternités urbaines, en particulier dans les cliniques privées. Ils illustrent les logiques médicales, légales et économiques qui alimentent une pathologisation de la naissance, et

soulignent aussi le rôle déterminant des sages-femmes dans la préservation de la physiologie, malgré les obstacles systémiques.

Le témoignage d'une sage-femme équatorienne entendue en entretien pendant cette recherche montre cet aspect multidimensionnel de la hausse des taux de césarienne.

> « La última vez que yo vi el porcentaje era 65 % de cesárea[70] (…). « Cuando yo entré a la maternidad vi hartísimos partos… en ese tiempo no había humanidad. No importaba si ese señor nacía con un Apgar de 2, de 4, de 5… lo importante era sacarlo por vía vaginal. Ya después vino la conciencia del bienestar materno-fetal. Para evitar riesgos, fueron aumentando las cesáreas. (…) Ahora, con la mala práctica médica, todo le llaman mala práctica… Muchas veces se pone un diagnóstico que yo veo que no son diagnósticos. Por ejemplo, el niño está cefálico, pero para pasar la cirugía ponen que está en transversa. Todo el mundo sabe que para tener una buena carpeta hay que poner un buen diagnóstico. (…) Hace 15 días tuve una paciente en trabajo de parto, entró con 3 cm y evolucionó bien, pero a los 8 cm gritaba que quería cesárea por los dolores. Aunque le dábamos masajes, hacíamos ejercicios, el esposo estaba allí… cesárea, cesárea. El esposo me preguntó: '¿Puede parir o no?' Le dije que sí, que tenía buena pelvis. Esperamos al anestesiólogo… y parió. (…) En la clínica, el anestesiólogo no está al lado… hay que llamarlo. En los hospitales sí, hasta el último intentan el parto, pero en las clínicas no: primero por el tiempo. El tiempo de espera hace que los médicos entren en desesperación. Ellos están programados para apagar fuegos: rápido, cirugía, y en media hora está resuelto. (…) Muchas veces el ginecólogo está ahí solo para decir 'ya mismo cobro'. La paciente quiere que su médico esté, porque a mí no me conoce. Pero muchas veces somos nosotras las que hacemos todo el proceso. (…) Cuando una paciente dice 'yo quiero parir', la apoyamos. Yo estoy con ella en todo el proceso. Y tengo compañeras que son asesoras de lactancia materna, acompañantes, que también están allí. La preparación para el parto ayudó bastante a preparar a las adolescentes primíparas para que puedan parir. »[71] (Equateur SF2)

[70] Elle parle du taux de césarienne dans la maternité où elle exerce.

[71] Traduction : « La dernière fois que j'ai vu le pourcentage c'était 65 % de césarienne (…) Quand je suis entrée à la maternité j'ai vu des accouchements épuisants… à cette époque il n'y avait pas d'humanité. Peu importait si ce monsieur naissait avec un Apgar de 2, de 4, de 5… l'important c'était de le sortir par voie vaginale. Après est venue la conscience du bien-être materno-fœtal. Pour éviter les risques, les césariennes ont commencé à augmenter. (…) Maintenant, avec la faute médicale, on appelle tout faute médicale… Très souvent on met un diagnostic que moi je vois que ce ne sont pas des diagnostics. Par exemple, l'enfant est céphalique, mais pour passer au bloc on met qu'il est en transverse. Tout le monde sait que pour avoir un bon dossier il faut mettre un bon diagnostic. (…) Il y a 15 jours j'ai eu une patiente en travail, elle est entrée avec 3 cm et elle a bien évolué, mais à 8 cm elle criait qu'elle voulait une césarienne à cause des douleurs. Même si on lui faisait des massages, des exercices, le mari était là… « Césarienne, césarienne ! ». Le mari m'a demandé : "Elle peut accoucher ou pas ?" Je lui ai dit que oui, qu'elle avait un bon bassin. On a attendu l'anesthésiste… et elle a accouché. (…) En clinique, l'anesthésiste n'est pas à côté… il faut l'appeler. Dans les hôpitaux oui, jusqu'au bout on essaie l'accouchement, mais dans les cliniques non : d'abord à cause du temps. Le temps d'attente fait que les médecins perdent patience. Ils sont programmés pour éteindre des feux : vite, chirurgie, et en une demi-heure c'est réglé.

Cette déclaration met en lumière les logiques multiples à l'origine de la surmédicalisation des accouchements : crainte du risque médico-légal, absence de prise en charge de la douleur pour les accouchements par voie vaginale, contraintes économiques et temporelles pour les obstétriciens, et effacement du rôle des sages-femmes. Elle pointe aussi une différence de culture médicale de l'accouchement entre des médecins formés à la pathologie et au temps court de l'intervention médicale et des sages-femmes formées à la physiologie et au temps long de l'accompagnement du travail obstétrical. Ce témoignage éclaire également les résistances de sages-femmes pour préserver la physiologie des accouchements. L'ensemble des sages-femmes d'Amérique du Sud entendues en entretien insistent sur ce côté protecteur de la sage-femme pour éviter les césariennes abusives. Elles précisent que c'est particulièrement visible dans les contextes d'hôpitaux publiques où les sages-femmes ont pu conserver une autonomie relative, suivant souvent elles-mêmes toutes les phases de l'accouchement sans en référer au médecin si la naissance se passe sans complications. Mais ce rôle protecteur est contrarié dans les hôpitaux privés où les médecins assistent eux-mêmes les femmes lors de la phase de la naissance elle-même (appelée phase d'expulsion du fœtus), comme en témoigne cette sage-femme uruguayenne :

> « En las instituciones privadas del país, las parteras hacen todo, todo menos el parto... el parto se paga como acto médico. [...] Tenemos que lograr que se acabe lo del acto médico... (…) En el sanatorio que trabajo en el interior 70 % de cesárea.(…) No puede pasar de que alguien que tú no conoces [...] te venga a tajar para sacar a tu niño. (…) »[72] (Uruguay SF)

Plusieurs sages-femmes rencontrées durant cette recherche dénoncent cet effacement organisé de l'accouchement physiologique dans les cliniques privées. En Uruguay, une sage-femme dénonce une vision mercantile de l'accouchement favorisant l'intervention des médecins dans son déroulement.

> « Nosotros tenemos unas tasas de cesáreas en el sistema público que hoy en día son bastante altas y que rodean como el 40 y 50 %. [...] Cuando no hay matronas [...] se pasa al otro extremo,

(…) Très souvent le gynécologue est là juste pour dire "je suis payé pareil de toute façon". La patiente veut que son médecin soit là, parce que moi elle ne me connaît pas. Mais très souvent c'est nous qui faisons tout le processus. (…)
Quand une patiente dit "je veux accoucher", on la soutient. Je suis avec elle pendant tout le processus. Et j'ai des collègues qui sont conseillères en allaitement maternel, accompagnantes, qui sont aussi là. La préparation à l'accouchement a beaucoup aidé à préparer les adolescentes primipares pour qu'elles puissent accoucher. »

[72] Traduction : « Dans les institutions privées du pays, les sages-femmes font tout, tout sauf l'accouchement… l'accouchement se paie comme un acte médical. (…) Il faut qu'on arrive à en finir avec cette histoire d'acte médical… (…) Dans le sanatorium où je travaille, en province, 70 % de césariennes. (…) Ce n'est pas possible que quelqu'un que tu ne connais pas […] vienne te découper pour sortir ton enfant. (…) »

> absolutamente, rodeando como el 100 % en unas clínicas privadas. Cuando no hay un rol profesional de la matrona bien posicionado, es mucho más usual que se incurra en la medicalización, en el intervencionismo. [...] Matronas y matrones generamos ambientes y condiciones que permiten a las mujeres tener experiencias de nacimiento mucho más privadas, mucho menos intervenidas. »[73] (Chili SF2)

En Argentine également, une sage-femme souligne le lien entre la hausse des actes chirurgicaux et une privatisation croissante de maternités où le suivi de l'accouchement est réalisé par des médecins-chirurgiens et non par des sages-femmes. Elle note que ces cliniques et les taux de césariennes qui en découlent sont à associer au manque d'infrastructures publiques de santé avec un personnel dédicacé à suivre le travail obstétrical dans toute sa durée.

> « Hay una privatización progresiva. Hoy las obras sociales están terciarizando, entonces se derivan los partos a clínicas donde no hay parteras. [...] La cesárea aparece como respuesta institucional a la falta de personal y de infraestructura. »[74] (Argentine SF)

Les sages-femmes observent que les césariennes peuvent aussi être demandées par les femmes par manque de soutien durant la phase du travail obstétrical, comme le souligne ici une sage-femme péruvienne :

> « A veces las mujeres piden la cesárea porque no pueden más, están solas, tienen miedo, nadie las contiene. [...] No hay analgesia, no hay acompañamiento, y sienten que la única salida es la cirugía. »[75] (Pérou SF)

Ces témoignages éclairent l'ambivalence actuelle des pratiques obstétricales en Amérique latine : d'un côté, une dynamique de surmédicalisation alimentée par la peur du risque médico-légal, la logique du profit, le manque d'accompagnement des parturientes et la structuration médicalisée et technicisée de l'accompagnement de la naissance ; de l'autre,

[73] Traduction : « Nous avons des taux de césariennes dans le système public qui, aujourd'hui, sont assez élevés et tournent autour de 40 à 50 %. […] Quand il n'y a pas de sages-femmes […] on passe à l'autre extrême, complètement, en atteignant quasiment les 100 % dans certaines cliniques privées. Quand le rôle professionnel de la sage-femme n'est pas bien positionné, il est beaucoup plus fréquent qu'on tombe dans la médicalisation, dans l'interventionnisme. […] Les sages-femmes, hommes et femmes, nous créons des environnements et des conditions qui permettent aux femmes de vivre des expériences de naissance beaucoup plus intimes, avec beaucoup moins d'interventions. »

[74] Traduction : « Il y a une privatisation progressive. Aujourd'hui, les œuvres sociales (assurances santé gérées par les syndicats) externalisent les services, donc les accouchements sont redirigés vers des cliniques où il n'y a pas de sages-femmes. […] La césarienne apparaît comme une réponse institutionnelle au manque de personnel et d'infrastructures. »

[75] Traduction : « Parfois, les femmes demandent la césarienne parce qu'elles n'en peuvent plus, elles sont seules, elles ont peur, personne ne les soutient. […] Il n'y a pas d'analgésie, il n'y a pas d'accompagnement, et elles sentent que la seule issue, c'est la chirurgie. »

une résistance subtile portée par les sages-femmes pour préserver la physiologie et humaniser l'expérience de l'accouchement.

L'Afrique et l'Asie : la biomédicalisation dans le contexte colonial

Quant à l'Afrique et l'Asie, les débuts de la biomédicalisation de la profession de sage-femme et de la naissance se déroulent dans un contexte de colonisation, à la fin du XIXe et au XXe. Dans les colonies européennes, ces débuts s'appuient sur des soignants européens (militaires, laïques, missionnaires) et sur des soignants formés au sein même des colonies. (Faure, 2012) Les politiques de santé des autorités coloniales visent essentiellement à préserver, avec peu de moyens humains et matériels, la santé reproductive des populations pour une meilleure rentabilité économique et politique des colonies. Le contexte de la biomédicalisation de la naissance s'inscrit également au cœur d'une médecine coloniale ayant participé aux concepts ethnocentriques de « racialisation » ou encore de « mission civilisatrice ». (Peiretti-Courtis, 2021a)

> « La science rendit « scientifiques » des représentations inégalitaires qui circulaient dans l'espace occidental depuis plusieurs siècles, notamment depuis l'esclavagisme atlantique. Les idées de supériorité et la domination des races supérieures sur les races inférieures s'énonçaient avec force des revues scientifiques aux manuels scolaires, de la littérature coloniale aux tribunes de l'assemblée nationale » (Reynaud-Paligot, 2020a)

En France, à travers le Corps de Santé colonial (créé en 1890) et la Société d'émigration des femmes aux colonies (créée en 1896), les sages-femmes métropolitaines sont encouragées à partir exercer dans les colonies. Quelques-unes partent, surtout au Maghreb et en Indochine, très peu en Afrique-Occidentale Française. Les autorités considèrent cet appel à l'émigration des sages-femmes aux colonies comme un échec. L'administration coloniale à Dakar n'y est d'ailleurs pas favorable, anticipant pour ces sages-femmes un travail peu gratifiant et soumis à la concurrence des sages-femmes aux savoirs endogènes présentes sur les territoires. Est alors plutôt déployée une politiques d'accès aux formations biomédicales au sein même des colonies. Les écoles de sages-femmes sont le plus souvent rattachées à une école de médecine comme à Madagascar où les sages-femmes sont formées à Antananarivo dès 1896. C'est le cas également à Hanoï au Tonkin dès 1904 ou à Dakar en Afrique Occidentale Française dès 1918. En Indochine, à Saïgon, des sages-femmes sont formées sur le modèle eurocentré dès

1901, par une association maternelle. Dans les colonies britanniques, ce sont surtout les missionnaires qui forment des sages-femmes aux pratiques eurocentrées. Au Maghreb, ce sont les médecins, infirmières et assistances sociales qui officient autour de la naissance. Les historiens soulignent que l'ensemble de ce déploiement de la biomédicalisation de la naissance participe à soumettre le corps des femmes colonisées à des normes eurocentrées. (Barthélémy, 2019a)

> « La médicalisation de la maternité en Afrique avait pour objectif la transformation des pratiques liées à la grossesse, à l'accouchement et aux soins à donner aux nourrissons, conformément à des normes élaborées en Europe. (…) Le vocabulaire classe les Africaines, comme les femmes du peuple françaises, du côté de la sauvagerie, de l'animalité, de la nature et de l'instinct. Le Guide des mères que Suzanne Lacore (…) fait rédiger en 1936 à destination du public français, parle de « civiliser » une population « primitive » et traite les mères en « mineures à éduquer ». Le discours convenu sur le peuple noir « éternel enfant » justifie encore davantage l'intervention de l'État et de ses représentants et ce, dès l'identification de la grossesse. » (Barthélémy, 2019b)

Dans ce contexte, la médicalisation coloniale ne se contente pas de transformer les pratiques : elle participe à une entreprise de disqualification des savoirs obstétricaux endogènes, portés en grande majorité par des femmes. Ces pratiques, ancrées dans des systèmes symboliques et communautaires, sont perçues comme archaïques, irrationnelles ou dangereuses. Pourtant, les récits issus des voix colonisées révèlent une tout autre réalité. Ils témoignent d'un savoir obstétrical féminin autonome, à la fois physiologique, symbolique et enraciné dans la vie quotidienne. Ces récits, longtemps invisibilisés, permettent de restituer la richesse des pratiques locales et de saisir ce qui a été perdu ou marginalisé sous l'effet des politiques de biomédicalisation coloniale. L'un de ces témoignages précieux nous est transmis par la sage-femme et militante malienne Aoua Kéita (1912-1980). Dans son autobiographie « Femme d'Afrique. La vie d'Aoua Kéita racontée par elle-même » (Kéita, 1975), elle raconte l'accouchement de sa mère au début du XXe siècle, alors qu'elle-même n'était encore qu'une enfant. Ce récit, incarné et détaillé, offre un contrechamp aux discours médicaux coloniaux :

> « Toujours en mouvement, elle balaya les deux cases, plaça deux nattes dans un coin où d'habitude on n'en mettait qu'une. Elle balaya la cuisine, la cour. Tous ces va-et-vient étaient interrompus par des stationnements aux W.-C. qui devenaient de plus en plus longs et de plus en plus rapprochés. Elle changea de pagne. A sa façon de faire je compris qu'elle s'était garnie d'une serviette hygiénique (…) Je l'aidais à remplir tous les canaris d'eau. Elle sortit deux belles

calebasses neuves, deux éponges dont une très fine, qu'elle fit tremper. Elle prépara une bouillie de semoule de Sorgho qui seule constitua son repas du soir. Je continuais à l'observer dans ses moindres gestes. (…) A partir de 21h, ma mère se tenait à peine. Elle alla allumer le feu sous une marmite remplie d'eau et placée sur les trois pierres qui constituaient le foyer. Elle me renvoya dans la cuisine « pour surveiller le feu », dit-elle. (…) Aussi je compris qu'elle ne me voulait pas à ses côtés. (…) Elle marcha longtemps entre les deux cases, qui communiquaient, puis dans une seule, celle du fond, dont elle fit le tour plus de cent fois. Elle suait à grosses gouttes. (…) Je lui proposais d'aller appeler mère Bintou. Elle fit de la tête un mouvement négatif. Puis elle me demanda de regarder du côté du mur, et s'accroupit sur ses genoux. Dès qu'elle se mit à « pousser », je me retournai vers elle, mais ne vis rien, car le pagne descendu jusque sur la natte, couvrait toutes les parties inférieures de son corps. Je ne vis que le tronc qui était dénudé. Le volume de son abdomen tendu à l'extrême, la peau d'un brun plus clair, une couleur indescriptible, m'impressionnèrent vivement (…) Je sentis, par la crispation de son visage, par le gonflement des muscles du cou, le durcissement des muscles des bras et du thorax que ma mère fournissait un effort considérable (…) Vers 22h, elle se souleva légèrement. Aussitôt, j'entendis un cri perçant. Le frère était là ! Ma mère (…) dégagea une partie de son pagne et sourit (…) Elle loua Dieu longuement, me demanda d'approcher une moitié de canari qu'elle avait placé dans un coin, par prévoyance. Elle plaça ce récipient entre ses cuisses, et se mit à pousser. Quand ma mère se leva complètement, le morceau de canari contenait une masse de chair, couverte de sang[76]. Elle de me dit de lui passer un tout petit paquet de chiffons, qui se trouvait à ses côtés. Elle l'ouvrit, en sortit un petit canif, sectionna le cordon ombilical, puis me demandant son panier à coton, elle y prit un fuseau, enleva du fil qu'elle plia en trois, et ligatura le cordon déjà coupé. Après avoir mis un demi-pagne comme garniture, elle attacha un pagne entier, prit trois calebasses neuves, dont une petite, et alla chercher l'eau. Lorsque je voulus la suivre, elle me demanda de rester auprès de l'enfant. Elle fit deux voyages, dans la cuisine, pour ramener ses deux calebasses, pleines d'eau tiède. Elle fit une soigneuse toilette à son fils désiré. (…) Elle alla se laver des pieds à la tête. (…) Après avoir mangé deux cuillerées de bouillie qu'elle venait de réchauffer, elle s'allongea derrière son fils et m'envoya chercher Bintou, sa meilleure amie. (…) Elle regarda le nouveau-né avec affection. Une joie immense se lisait sur la figure de ces deux femmes, qui s'aimaient sincèrement. (…) Après quelques minutes, Bintou proposa d'aller aviser mon père de l'heureux évènement. (…) Mon père semblait aussi heureux que les deux femmes. Il formula des vœux de bonheur, pour la mère et l'enfant. Il implora le Tout-Puissant de conserver ce garçon à Mariam (…) » (Kéita, 1975, p. 266-268)

[76] Il s'agit du placenta.

Ce récit d'accouchement donne à voir la maîtrise, la dignité et l'autonomie d'un savoir obstétrical féminin autonome. Il met en lumière une autre manière de donner la vie : une manière où le corps de la femme est acteur, non objet ; où les préparatifs et gestes de la naissance sont choisis et effectués par la femme elle-même ; où l'intimité est préservée, et non exposée à un regard extérieur.

L'historienne Anna Hugon (Hugon, 2016b) a quant à elle étudié l'impact d'une politique de santé publique autour de la naissance menée au Ghana de 1920 à 1950. Elle montre comment les pratiques biomédicales de la naissance ont été promues en combattant et dénigrant les pratiques des mères et des matrones, en imposant des pratiques biomédicales occidentales de la naissance aux populations et ceci sans réduire aucunement la mortalité materno-infantile. Sous couvert de participer à améliorer leur état sanitaire, cette politique de santé publique menée de 1920 à 1950 n'a ainsi permis que d'asseoir encore davantage la soumission du corps des femmes colonisées à des normes eurocentrées et à participer à de nouveaux épistémicides féminins et locaux.

Ainsi, la médicalisation de la naissance dans les contextes coloniaux a participé à un vaste dispositif de domination symbolique et corporelle, visant à discipliner les corps des femmes colonisées selon des normes eurocentrées. Le déploiement des formations biomédicales au sein même des colonies a servi à légitimer un savoir eurocentré, tout en invisibilisant les savoirs et pratiques endogènes. En imposant des modèles obstétricaux exogènes au nom du progrès et de la civilisation, les politiques coloniales ont généré des formes durables d'injustice épistémique (Fricker, 2007), dans lesquelles les voix des femmes ont été réduites au silence. Ces logiques se poursuivent aujourd'hui dans certaines configurations postcoloniales, où la hiérarchie des savoirs reste profondément marquée par l'héritage colonial.

Des politiques post-coloniales aux normes biomédicales mondialisées

Les politiques post-coloniales : entre promotion de la biomédecine et tensions culturelles

Dans la deuxième moitié du XXe siècle, l'Organisation Mondiale de la Santé impulse des stratégies centrées sur l'intégration des sages-femmes aux savoirs endogènes, qu'elle nomme « accoucheuses traditionnelles », dans les systèmes de santé des pays (Fleming, 1994). Puis, à partir des années 2000, l'organisation mondiale de la santé, la confédération internationale des sages-femmes et la fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique recentrent leurs stratégies sur l'« accoucheur qualifié » en biomédecine. Leur objectif est de réduire le nombre de naissances se déroulant sans la présence de sages-femmes, infirmiers-accoucheurs ou médecins qualifiés en biomédecine. (OMS et al., 2005) Si ces directives ont contribué à une réduction significative des décès évitables dans de nombreuses régions du monde, elles véhiculent aussi un modèle biomédical standardisé qui peut entrer en tension avec les savoirs, cultures et besoins locaux. Par exemple, dans certaines régions, les politiques de santé post-coloniales ont parfois réorganisé — voire redéfini — les rôles féminins autour de la naissance, au prix d'une requalification des normes et pratiques. Ainsi, lors d'une enquête que j'ai menée en 2011 dans la province de Kwanza Norte en Angola (Deneffe Dobrzynski, 2012), les femmes témoignaient accoucher majoritairement seules. Une femme déclarait ainsi (verbatim traduit du Kimbundu) :

> « J'ai accouché seule de mes quatre enfants. Une femme qui a le courage accouche seule et appelle pour enterrer le placenta. » (Femme, Angola, 2011) (Deneffe Dobrzynski, 2012)

Les programmes financés par la solidarité internationale et les nations unies ont conduit à désigner au sein de chaque communauté une « accoucheuse traditionnelle » spécifique, parfois au détriment de la pratique collective préexistante. Or, les femmes elles-mêmes rapportaient une tout autre logique d'apprentissage et d'entraide :

> « Nous, les femmes, nous sommes toutes des accoucheuses. Celles qui ont le plus de curiosité et de courage sont les plus expérimentées. » (Entretien collectif de femmes. Angola, 2011) (Deneffe Dobrzynski, 2012)

Ces paroles révèlent ici une conception diffuse, communautaire et expérientielle du savoir obstétrical, en rupture avec les logiques d'individualisation, de sélection et de certification promues par les institutions biomédicales. Elles montrent aussi comment la fabrique de figures « habilitées » à l'art de l'accouchement — même en contexte endogène — peut constituer une forme de normalisation, parfois en dissonance avec les structures sociales et épistémiques locales.

Ces tensions sont encore à l'œuvre aujourd'hui, comme en témoigne une chercheure spécialiste de la naissance en Éthiopie, entendue en entretien en 2024 dans le cadre de ma recherche. Elle décrit avec précision l'évolution des politiques de santé depuis les années 1980, en soulignant le retournement de posture des institutions internationales : après une phase d'intégration et de valorisation des « accoucheuses traditionnelles » dans les systèmes de santé nationaux, un rejet croissant s'est installé. Elle met en lumière la disqualification institutionnelle des sages-femmes aux savoirs endogènes, désormais perçues avec méfiance voire mépris par le corps médical, ainsi que les violences symboliques et verbales subies par les femmes qui accouchent encore à domicile ou avec l'aide de leurs voisines ou mères, lorsqu'elles arrivent tardivement à l'hôpital. Son propos illustre les dynamiques contemporaines de marginalisation des savoirs émotionnels, expérientiels et endogènes, mais aussi la stigmatisation sociale des femmes qui s'écartent du modèle biomédical dominant :

> "So the traditional birth attendants … it's not, I mean, it's not accepted, it's really not, it's very much looked down upon and that's been a shift there like in the 1980s for example, WHO put this, the Alma-Alta, this idea of primary healthcare. And they started to work with a lot of the traditional birth attendants. They wanted to bring… They encouraged traditional birth attendants and other traditional medical practitioners, like herbalists, etc., to be part of National Health systems. But the pendulum has swung totally the opposite way since then. And there is deep distrust of traditional birth attendants. Deep, you know, like just… Yeah, the medical community distrust them, looks away like, you know, put, like, denigrates them and their, you know, abilities (…) Women will come to a health facility when, like the birth is going wrong, right? And like a birth attendant at home or like their mother or their neighbours or whatever, cannot sort of help the woman anymore. So they might come at a very late stage. And so then they are treated really poorly, as like being dumb, ignorant, like backward. You're from the, like, why did you stay at home? Why did you use these traditional attendants? So then they're disrespected in the same way, so they're all… but... So there's not really any acceptance at all. (…) " (Chercheure spécialiste de l'histoire de l'Ethiopie, Entretien 2024)

Une sage-femme sénégalaise, entendue également pendant ma recherche, témoigne quant à elle que les sages-femmes formées en biomédecine peuvent être tenues de signaler aux autorités compétentes une consœur aux savoirs endogènes qui pratiquerait des accouchements. Cela fait écho à la manière dont les premières sages-femmes formées dans des maternités-écoles en France ont été historiquement mises en concurrence avec leurs consœurs non formées par les médecins et tenues de dénoncer celles-ci (Lemonnier-Lesage, 2018). Ce type de tension montre que la reproduction de la subalternisation de savoirs féminins peut passer par les femmes elles-mêmes. Elles deviennent les relais de logiques de contrôle, de normalisation et d'invisibilisation de savoirs historiquement effacés par une histoire patriarcale de biomédicalisation de la maïeutique. L'analyse féministe ne saurait donc se limiter à l'opposition femmes/hommes, mais doit aussi prendre en compte les fractures internes entre femmes, dès lors que ces dernières sont enchâssées dans des institutions normées par une rationalité masculine dominante.

De la colonisation à la colonialité des savoirs

La chercheure, spécialiste de la naissance en Éthiopie citée précédemment, avait détaillé au début de son entretien comment les pratiques d'accouchement endogènes sont, encore aujourd'hui, non seulement écartées du système de santé, mais profondément dévalorisées. Dans la suite de l'entretien mené avec elle, elle propose de reconnaître, dans ces pratiques communautaires, des leviers puissants pour la santé maternelle et infantile. Elle explique qu'en Éthiopie, à la différence de certains pays voisins comme le Soudan, les accouchements à domicile reposent moins sur des figures professionnelles établies que sur une solidarité féminine diffuse :

> « Ethiopia actually, compared to other neighbouring countries… Sudan, for example, has a very sort of rich traditional birth attendant history… Ethiopia was much more like just women relatives and women neighbours... It wasn't necessarily like one person who was like the midwife. The support given was very hands off. Like really… it's much more like just emotional support. » (Chercheure spécialiste de l'histoire de l'Ethiopie, Entretien 2024)

Elle souligne le rôle central de la période post-accouchement pendant laquelle les femmes du cercle communautaire apportent soins, repos, et nourriture spécifique à la nouvelle mère :

> « They would mostly intervene like after the baby is born. That's when they would do a lot of care. Like the woman stays in bed for 40 days. And all of the women, sort of rally around her, give her very specific nutritious foods. » (Chercheure spécialiste de l'histoire de l'Ethiopie, Entretien 2024)

La chercheure poursuit en suggérant de renverser le regard pour comprendre ce que ce modèle pourrait apporter au système de santé moderne, et que ce potentiel ne soit plus ignoré par le paradigme biomédical :

> « (…) Most women want to go to a health facility now, like there's… that is, like… birth has been institutionalized in many ways, right? But if the institutions were focused on that traditional model of sort of supporting a woman, and then particularly, like, recognizing that the labor itself is, like, one part — but, like, that postpartum period is so critical. That's where a lot of the maternal death comes — and also a lot of infant deaths — and a lot of the traditional birth practices are actually postpartum practices. And so it's, like, if that was more of a model, you know, we would — I think we'd see tremendous outcomes for breastfeeding, for, like, you know, for infant care, newborn health. But yeah, anyway. So that's… I see it as, like, you know, coming into this longer-term view of how we are supporting women. » (Chercheure spécialiste de l'histoire de l'Ethiopie, Entretien 2024)

Cette chercheure propose ainsi une analyse critique de la continuité dans le présent du dénigrement historique des savoirs féminins endogènes autour de la naissance en contexte subsaharien et appelle à leur réintégration dans les systèmes de santé maternelle. Dans certains pays, ce mouvement pour leur réhabilitation a trouvé un relais au niveau international à travers des démarches de patrimonialisation, comme l'inscription de la maïeutique au patrimoine culturel immatériel de l'UNESCO (UNESCO, 2023)[77]. Dans ce cadre, des associations de sages-femmes formées aux savoirs biomédicaux ont parfois documenté et valorisé les savoirs endogènes –en collaboration directe avec les sages-femmes aux savoirs

[77] Décision du Comité intergouvernemental pour la sauvegarde du patrimoine culturel immatériel, 18.COM 8.B.26 (2023). La maïeutique – connaissances, savoir-faire et pratiques – proposée par huit États (Colombie, Chypre, Allemagne, Kirghizistan, Luxembourg, Nigéria, Slovénie et Togo), a été inscrite sur la Liste représentative du patrimoine culturel immatériel de l'humanité. La décision reconnaît la maïeutique comme un patrimoine vivant combinant pratiques biomédicales et connaissances traditionnelles, incluant des dimensions culturelles (rituels, vocabulaires, célébrations). Le Comité a souligné le rôle des réseaux de femmes dans la transmission des savoirs, l'importance de la pratique pour les droits sexuels et reproductifs, et son apport au développement durable et à la cohésion sociale. Il a également salué la nature multinationale et intercontinentale de la candidature, exemplaire en termes de coopération. (UNESCO, 2023)

endogènes – afin de les rendre visibles, légitimes et transmissibles au-delà des frontières nationales. Une sage-femme togolaise décrit ainsi :

> « Nous avons participé à un processus d'inscription de la pratique sage-femme au patrimoine immatériel de l'UNESCO. (…) Dans les six régions sanitaires, les collègues se sont rapprochées d'un échantillon d'accoucheuses traditionnelles (…) pour partager leurs pratiques, voir certains côtés positifs, afin qu'ils puissent être documentés par la suite. (…) Le processus a abouti, et la Commission est d'accord pour accepter notre inscription. » (Togo SF).

Réhabiliter les savoirs endogènes : de la disqualification coloniale aux processus de réintégration

Ce dénigrement en contexte colonial des savoirs féminins endogènes est une constante dans les différentes parties du monde où des populations ont été colonisées. Ainsi, en Océanie, une sage-femme australienne et une sage-femme néo-zélandaise témoignent de ces mêmes processus historiques. Cependant, tout comme la sage-femme togolaise, elles témoignent également que des processus de réintégration de ces savoirs commencent à poindre sur ces territoires. Ici, ils apparaissent dans les politiques de santé d'accompagnement des naissances mais aussi dans les cursus de formation universitaire :

> "Ohh well we have not been good in the past in New Zealand, we've not been good at being aware and supporting the use of traditional medications (…) We, well, we still haven't got many Maori midwives (…) And actually, just literally yesterday, the Midwifery Council that, you know, is the body that, you know, looks after midwives in New Zealand, have just introduced cultural safety training for midwives. And I know part of that will be to support the traditional Maori practises, full Maori women, but also to offer them to women who aren't Maori. So. Umm, you know things are improving. " (Nouvelle Zélande SF)

> " (…) only recently in the last few years there has been a lot of work being done with the Australian Indigenous people, the Aboriginal people, and there was a film that was released about 18 months, two years ago, about the traditional birth attendants in Indigenous Aboriginal culture. And in Australia, there has been a lot more money, federal money, government money being spent on what they call birthing on country and looking at how to better support Indigenous Aboriginal women and families to birth on country, because traditionally, well under colonialism, they have been removed from their land. And they've been taken to big hospitals in the cities to give birth. So there's a lot of research, especially

> from researchers at Charles Darwin University in the Northern Territory, that are groundbreaking around traditional birth attendants in Australia. (…) It is only just in the last few years — it's very sad because we're in 2023 going into 2024 — that an awareness of these Indigenous practices is starting to come to the surface. And just in 2021, for the first time ever, the Aboriginal Elders published a book of birth stories, telling the birth stories of Aboriginal people on the land. In Aboriginal culture, they call it 'secret women's business'. And so these stories and the practices have been held by the Aboriginal women and passed down from woman to woman, but they had never until now — just in 2021 — actually shared some of those stories. And what is happening is that, as I said, the federal government are now putting money into more research around this. (…) In Australia now it's actually legislated that in every course at university, students have to do Aboriginal Studies. And that is legislated, it's mandated. So every course — it doesn't matter what it is: Engineering, Nursing, Midwifery — you have to do Aboriginal Studies. And they've also said that preferably it needs to be taught by an Aboriginal person. (…) What we're seeing now is that students, their eyes are being opened to Aboriginal culture and Aboriginal ways of being, and so you're starting to see a greater understanding and appreciation of Indigenous culture now." (Australie SF)

Cependant, les politiques d'intégration, si elles représentent des avancées importantes, doivent être interrogées dans leurs modalités concrètes afin d'éviter que la colonialité des savoirs ne se perpétue sous des formes renouvelées. Le récit de pratique d'une sage-femme quechua aux savoirs endogènes, partagé en introduction du chapitre 3, illustrait effectivement comment la reconnaissance symbolique des savoirs féminins endogènes peut coexister avec leur marginalisation concrète dans les actes médicaux. Ce témoignage rejoignait l'analyse critique de Mora Quisaguana sur la mise en œuvre du programme national de "parto culturalmente adecuado " en Equateur (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2008) amenant à une perpétuation de la hiérarchie de savoirs reléguant les savoirs féminins endogènes à la périphérie (Quisaguana Mora, 2012). L'exemple du projet UNESCO, bien qu'offrant une visibilité et une reconnaissance internationale aux savoirs et pratiques endogènes en maïeutique, soulève lui aussi cette question : la patrimonialisation peut constituer un outil d'émancipation, mais elle peut aussi reconduire des hiérarchies si elle ne s'accompagne pas d'une réelle redistribution de pouvoir dans les systèmes de santé. La question se pose de la même manière pour les réintégrations des savoirs maori et aborigènes dans les politiques de santé et les cursus universitaires des soignants en Australie et en Nouvelle Zélande.

Une médicalisation contemporaine contrastée

Aux XXe-XXIe, l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud sont des régions connaissant une faible biomédicalisation de la naissance. Au début du XXIe, 40 % et 23 % des naissances se déroulent respectivement en Afrique et en Asie sans personnel qualifié en biomédecine (ONU, 2020). Les pays avec les taux de césarienne les plus bas sont des pays africains et asiatiques : moins de 2 % de césariennes au Niger, au Tchad, en Éthiopie, à Madagascar et au Timor-Leste, 2 % au Mali, 3 % au Nigéria et en Afghanistan, 5 % au Congo[78]. Cependant, lorsque l'accès à des accouchements hospitaliers est mis en place dans ces régions pour certaines franges de populations plus favorisées, il semble que la même tendance de taux exponentiel de césariennes puisse se développer rapidement.(Dumont & Guilmoto, 2020a)

> « Cette situation, qui nécessite à la fois des efforts pour assurer l'accès à un accouchement sans risque aux populations vulnérables, et en même temps une lutte contre les abus de césariennes sans justification médicale parmi les classes moyennes, se retrouve au sein même de nombreux pays en développement comme l'Inde, l'Indonésie ou même des pays d'Afrique. Elle contraint les autorités nationales de santé publique à promouvoir la médicalisation des naissances et, en même temps, à en prévenir l'essor incontrôlé (…) Un modèle d'accouchement « moderne » et sécurisé tend à se diffuser dans le monde en développement, fondé sur une médicalisation abusive. La fréquence des accouchements chirurgicaux augmente du fait de césariennes superflues effectuées pour le confort des patientes, le moindre effort pour les praticiens et le profit des cliniques privées. Une mobilisation conjointe du monde médical et des patientes est nécessaire pour contrer cette surenchère thérapeutique » (Dumont & Guilmoto, 2020a)

Au-delà de situations de biomédicalisation abusive de la naissance, des situations de maltraitance et de discrimination sont documentées dans les maternités, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent. L'organisation mondiale de la santé déclare en 2014 :

> « Partout dans le monde, de nombreuses femmes font l'expérience de traitements non respectueux et de mauvais traitements lors de l'accouchement en établissement de soins. Ce genre de traitement constitue non seulement une violation de leurs droits à des soins fondés sur le respect, mais il constitue aussi une menace à leurs droits à la vie, à la santé, à l'intégrité physique et à l'absence de discrimination » (OMS, 2014)

La lecture intersectionnelle de ce qui est nommé aujourd'hui violences institutionnelles ou violences obstétricales montre que la fréquence et l'intensité des violences sont inversement

[78] Comme nous l'avons vu précédemment (partie I de ce chapitre), l'organisation mondiale de la santé considère qu'au-dessous de 10 %, un certain nombre de césariennes nécessaires pour la santé de la mère ou de l'enfant n'ont pas pu avoir lieu.

proportionnelles au statut de pouvoir de celles qui les subissent. Différentes études montrent ainsi que les femmes dont le statut social est associé à peu de pouvoir (âge, statut marital, niveau socioéconomique, racialisation…) sont les plus exposées aux discriminations et violences au sein des systèmes de santé (Deneffe Dobrzynski, 2016, 2022; El Kotni & Quagliariello, 2021). Ainsi, lors d'une enquête socio-anthropologique que j'ai réalisée à Madagascar au sein des quartiers les plus défavorisés d'Antananarivo (Deneffe Dobrzynski, 2013b), des femmes témoignaient de discriminations et violences au sein des salles d'accouchement :

> « Bon, les sages-femmes et les docteurs là-bas, ils nous parlent mal… / Parfois même ils refusent de nous recevoir. / Comme on est mal habillées, qu'on n'a pas l'argent, elles sont dures. / Tu vas voir la matrone dans le quartier. Elle est bien avec toi. Mais s'il y a un problème, après tu vas à l'hôpital. Et là c'est pire alors. / Que tu n'avais pas à aller voir la matrone, ils te disent / Que c'est ta faute si ton accouchement et ton bébé là ça va pas / des fois, les docteurs et les sages-femmes, ils te frappent là sur les cuisses si tu pousses pas bien… » (Extrait d'entretien collectif avec des femmes des bas quartiers d'Antananarivo. Madagascar. 2013) (Deneffe Dobrzynski, 2013b)

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les violences institutionnelles ne sont pas des dérives cantonnées à un pays ou un contexte. Elles sont documentées comme prégnantes au niveau international, tant dans les pays du Nord que du Sud (M. A. Bohren et al., 2015; Castañeda (dir.) et al., 2022). Elles touchent davantage les populations les plus vulnérables (Deneffe Dobrzynski, 2016, 2022; El Kotni & Quagliariello, 2021). Elles peuvent aussi être rattachées à une organisation de soins priorisant une approche tayloriste des soins (Jeamet, 2022) dans des systèmes de santé le plus souvent en manque de moyens matériels et humains (UNFPA et al., 2021).

III. De la colonialité des savoirs aux espaces de résistances : étude du cas des positions d'accouchement et des pratiques autour du placenta

La biomédicalisation de la naissance dans les contextes coloniaux s'est imposée comme un processus de normalisation et de hiérarchisation des savoirs. Ses effets perdurent aujourd'hui à travers ce que l'on peut désigner comme une colonialité des savoirs (Mignolo, 2009) (voir chapitre 1). Continuant d'orienter les normes de la naissance bien après la fin des empires, le

référentiel de la naissance, tel qu'il a été érigé en Europe dès le XVIIIe, continue d'invisibiliser des savoirs féminins et endogènes. Cette partie se propose de montrer comment cette marginalisation historique se perpétue à partir de deux objets : les positions d'accouchement et les pratiques autour du placenta. S'appuyant sur des récits de pratique issus du corpus d'entretiens avec 55 sages-femmes de 36 pays, cette partie examine à la fois la colonialité des savoirs et pratiques relatives à ces deux objets mais aussi les résistances qui y répondent.

La persistance de l'invisibilisation historique de savoirs féminins : le cas de la position d'accouchement

Ces processus de réintégration des savoirs endogènes autour de la naissance témoignent donc d'un infléchissement, parfois significatif, des politiques de santé et de formation. Mais ils ne suffisent pas à effacer les siècles de marginalisation, ni à prévenir les formes renouvelées de subalternisation. Les savoirs féminins, même lorsqu'ils sont reconnus ou tolérés dans des espaces institutionnels, demeurent fragiles, souvent cantonnés à des marges symboliques ou soumis à des conditions restrictives. L'histoire longue de leur disqualification continue ainsi d'agir, en particulier dans les pratiques corporelles de l'enfantement. C'est ce que montre avec force le cas de la position d'accouchement : un exemple paradigmatique de la manière dont des savoirs féminins autrefois centraux ont été invisibilisés, puis remplacés par un modèle biomédical dominant qui persiste encore aujourd'hui.

Effacement des savoirs féminins non réappropriés par les médecins

L'immixtion des médecins et chirurgiens autour de la naissance aux XVII-XVIIIe, suivi du transfert de la naissance du domicile vers les centres de santé au XXe et XXIe, ont entraîné l'effacement progressif de tout un pan de savoirs féminins émotionnels, expérientiels et endogènes non repris par la biomédecine. (Gélis, 1988b) Si, aux XVIIe-XVIIIe, de nombreux savoirs construits par les femmes ont été réappropriés de façon extractiviste par les médecins (manœuvres obstétricales, pharmacopée…), certains des savoirs, savoir-faire et savoir-être des femmes autour de la naissance (positions d'accouchement, pratiques et rituels basés sur une vision holistique de la naissance…) n'ont pas été réappropriés par les médecins.

Paul Cesbron, gynécologue et secrétaire de la Société d'histoire de la naissance, co-auteur en 2004 avec Yvonne Knibiehler d' « une histoire de la naissance en occident » (Cesbron & Knibiehler, 2004) écrit:

> « (…) tous les témoignages historiques, littéraires, ethno-anthropologiques l'attestent, à l'exception souvent des textes médicaux, la naissance fut principalement une forte manifestation d'humaines solidarités et un temps d'accueil du petit Il existe une culture féminine de la naissance dans les sociétés humaines, faite de paroles et de gestes, de chants et de danses, en un mot de rites destinés à accueillir cet enfant parmi les siens. Or, ce savoir, ce riche patrimoine, non seulement ne fut pas reconnu, mais il fut méprisé et combattu. Matrones, sages-femmes et mères furent disqualifiées et cela jusqu'à récemment. Seul le savoir masculin était considéré comme légitime et « naturellement scientifique. » (Cesbron, 2008)

Trajectoire historique d'un effacement culturel

Jacques Gélis, historien de la naissance, décrit comment la variété des positions d'accouchement verticales a été effacée au profit de la seule position gynécologique :

> « Les médecins-accoucheurs […] expliquent le maintien des positions verticales par le seul entêtement des femmes à vouloir respecter une tradition ; ils ne perçoivent pas que les positions sont le reflet d'une culture qui refuse de disparaître. Enfanter en s'accroupissant ou en se tenant debout devant l'âtre implique une certaine conscience du corps et de la vie, une manière à soi d'accueillir le nouveau-né. Il y a là, tout un ensemble cohérent de références et de sensibilités qui, après avoir longuement résisté à la médecine et au progrès, va sombrer dans le grand naufrage de la culture rurale, à partir de 1914. » (Gélis, 1984, p. 214)

Cette invisibilisation des savoirs féminins relatifs à la position d'accouchement est toujours agissante aujourd'hui, malgré des recommandations internationales pour la liberté de position lors de l'accouchement. L'OMS a ainsi inscrit le droit de choisir la position d'accouchement comme l'un des piliers du droit des femmes à une expérience positive de l'accouchement (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Ma pratique en maïeutique de 30 années dans 12 pays m'a cependant permis d'observer que la position gynécologique reste majoritaire dans les lieux institués de la naissance, ce qui est confirmé par la revue de littérature. Ainsi, selon le rapport 2021 de l'enquête nationale périnatale française, 94% des femmes accouchent sur le dos en France (INSERM et al., 2022, p. 136), une étude de cohorte dans une maternité au Malawi montre que 91,4 % des femmes ont accouché allongées sur le dos (Zileni et al., 2017), une étude de cohorte suédoise montre que 83,9% des femmes accouchent dans une position horizontale (Thies-Lagergren et al., 2013), une autre cohorte

dans un hôpital universitaire australien indique que 65,9% y ont accouché en position semi-allongée (Soong & Barnes, 2005), etc.

Au-delà du constat chiffré, l'analyse des entretiens, avec le corpus de 55 sages-femmes issues de 36 pays, documente finement le « comment » de la persistance : routines de formation, logiques de convenance et de contrôle, effets organisationnels (charge de travail, équipements inadéquats), impact de l'analgésie et intériorisation des normes par les femmes et les sages-femmes. Il éclaire le décalage entre recommandations et pratiques et repère des espaces de résistance (accouchements accompagnés à domicile, maisons de naissance) où les positions verticales redeviennent majoritaires. Ce matériau, au plus concret de la pratique, complète la littérature en donnant à voir les processus, pas seulement les tendances, et en reliant niveaux micro (gestes), méso (organisation) et macro (cadres normatifs). Les verbatims qui suivent en donnent la texture concrète. Les voix recueillies montrent, de l'intérieur des salles de naissance, d'une part l'hégémonie mondiale de la position allongée sur le dos pour l'accouchement. Et, d'autre part, elle révèle les conditions matérielles, relationnelles et organisationnelles qui rendent possible son contournement : négociations avec les équipes, recours à des espaces à faible technicisation (domicile, maisons de naissance), micro-arrangements du quotidien soignant et stratégies des femmes pour (re)trouver des postures verticales et libres, situées culturellement.

Récits des pratiques hospitalières : de l'effacement des savoirs féminins à l'hégémonie persistante de la position gynécologique

Une sage-femme indonésienne dit ainsi :

> « To be honest, the best position is semi, just like we sit but a little bit down. But sometime for the operator it is not comfortable. For the woman, semi-sit is comfortable. But if the woman does not request the position, it will be only laid down. We call it horizontal. If the woman does not understand about the position, it will be laid down, lithotomy[79]. Lithotomy is the more common position in the hospital. » (Indonésie-Bali SF1)

De la même manière, une sage-femme béninoise rapporte que la position majoritaire est la position gynécologique apprise dans les écoles de soignants :

[79] Lithotomie : nom également usité pour désigner la position gynécologique.

> « On a toujours une seule position jusqu'à maintenant (…) Parce que même à l'école, c'est ce qu'on nous a appris. (…) ce sont des choses qu'on nous a appris à l'époque, tu vois et que nous, on a vu sur le terrain.(…) Et depuis l'école en fait, depuis, l'école nous a transmis ça, donc il va falloir changer la formation, le contenu de la formation pour… Donc, c'est la position couchée sur le dos, genoux fléchis. Et voilà, c'est ça jusqu'à maintenant, c'est comme ça » (Bénin SF 2)

Une sage-femme d'Eswatini dit encore : « the position, it's a lithotomy position. That's the usual position used. I'm laughing because it's the worst position. But that is what is being used." (Eswatini SF). Les sages-femmes exerçant dans des zones rurales subsahariennes témoignent que, si la position la plus usuelle est la position gynécologique dans les centres de santé, certaines femmes refusent de monter sur la table d'accouchement. Elles prennent alors la position accroupie à même le sol, décrite comme celle qui est la plus usuelle lors d'accouchements à domicile dans les communautés. Ainsi, une sage-femme éthiopienne dit : «The most common birthing positions at the health care institutions are lithotomy… or squatting whereas the common birthing positions at home might be squatting (…) " (Ethiopie SF) Une sage-femme néo-zélandaise déclare quant à elle: « In South Auckland at the hospital I would say probably 90 % of women give birth, sort of half sitting, half lying." (Nouvelle-Zélande SF). Une sage-femme pakistanaise affirme aussi : « Mostly they are using lithotomy position ». Chacune des autres sages-femmes entendues tiennent un discours similaire. Une sage-femme décrit comment la position gynécologique est devenue la norme en Iran pour accoucher :

> « (…) traditionnellement ce n'était pas comme ça. J'ai trouvé un vieux manuel de sages-femmes et j'ai regardé les images : traditionnellement, en fait, la femme accouchait accroupie. Il y avait l'accoucheuse traditionnelle qui la soutenait par les aisselles. Donc, traditionnellement, c'était comme ça. Mais cela a déjà été critiqué au tout début du XIXe siècle. Parce qu'en fait, l'obstétrique a été fortement influencée par la France. (…) Déjà à cette époque, des médecins voyageurs français disaient : "C'est barbare, là-bas, au point que les femmes accouchent accroupies." Donc, il y a eu une forte volonté (…) d'annuler cette "barbarie" d'accoucher accroupie. (…) Et ça a continué, encore et toujours. Et donc, dans les salles d'accouchement, ce qu'on voit, c'est la position gynécologique. » (Iran, SF)

Pourtant, ces dernières années, un mouvement social[80] est né pour une réappropriation par les femmes de leur autonomie lors de la naissance, dont l'autonomie de choisir leur position

[80] Voir dans le chapitre précédent la partie concernant l'émergence des mouvements sociaux concernant ce qui est qualifié de violences obstétricales

lors de l'accouchement. Pour rappel, ce mouvement a participé à l'émergence de recommandations pour un accouchement humanisé promues par l'OMS. Ces recommandations affirment notamment « la possibilité de bouger pendant le travail et de choisir la position d'accouchement » comme inhérente au « droit des femmes à vivre positivement la naissance de leur enfant » (Organisation Mondiale de la Santé, 2017, 2018). Cependant, les sages-femmes interrogées témoignent que les changements de pratique sont encore balbutiants. Une sage-femme chilienne explique ainsi que, malgré des normes nationales chiliennes encourageant le libre choix de la position de naissance, la position gynécologique reste largement dominante dans son pays et que les médecins sont les plus réfractaires à encourager les parturientes à adopter une autre position. De plus, selon elle, les femmes elles-mêmes ont fini par incorporer la position gynécologique comme la position usuelle pour une naissance.

> « Ahora, en el año 2008 recién salió una normativa del Ministerio, que se denominó *Atención Personalizada del Proceso Reproductivo,* la cual se ha ido corrigiendo, se ha ido cambiando. Por lo tanto, actualmente yo te diría que, en este momento, podríamos decir que en los últimos diez años se ha ido permitiendo que la mujer adopte la posición [que prefiera]. (…) Yo te mentiría si te dijera que eso es la realidad. En el 90 % de los partos, la posición de litotomía se da en la mayoría de los servicios públicos (…) Está en el ámbito de quienes más, de alguna manera ,rechazan este cambio de postura para el parto, que son los médicos. (…) Y las mujeres , esa posicion… es como que ellas la tienen incorporada, que esa es la posición en la cual se debe dar a luz. (…) »[81] (Chili SF1)

D'autres sages-femmes mettent aussi en lien cette difficulté à appliquer les nouvelles directives de liberté de position d'accouchement à des réticences des médecins, mais aussi à celles de sages-femmes ou encore à la surcharge de travail. Par exemple, une sage-femme belge déclare :

> « Mais, en fait, à l'hôpital, la position ça dépend vraiment de la sage-femme et du gynéco qui est sur place. C'est vraiment personne dépendante. Parce que autant tu auras des sages-femmes qui vont faire des accouchements à 4 pattes ou sur le côté, de façon, je veux dire,

[81] Traduction : « En 2008, une réglementation du Ministère est enfin sortie, qu'on a appelée soins personnalisés du processus reproductif. Elle a été modifiée, ajustée au fil du temps. Donc aujourd'hui, je te dirais que, à ce moment précis, on pourrait dire que ces dix dernières années, on a commencé à permettre aux femmes d'adopter la position [qu'elles souhaitent]. (…) Mais je te mentirais si je te disais que c'est la réalité. Dans 90 % des accouchements, la position de lithotomie est toujours utilisée dans la majorité des services publics. (…) Et ceux qui, d'une certaine manière, rejettent le plus ce changement de position pour l'accouchement, ce sont les médecins. (…) Et les femmes, cette position… c'est comme si elles l'avaient intégrée, comme si c'était la position dans laquelle il faut accoucher. » (Chili SF)

systématique et voilà. Autant tu vas avoir le gynéco qui veut absolument qu'elle reste sur le dos, tu vois. Donc c'est vraiment personne dépendante, c'est pas la pratique institutionnelle qui va influer ça, c'est vraiment les habitudes du médecin, si c'est quelqu'un de plus âgé qui a pas envie de prendre de risques, qui se dit : « Oh bah de toute façon… si faut mettre une ventouse des forceps ou des choses, ce sera plus simple si elle est déjà en position gynéco… » Ainsi donc souvent ils vont pas mettre la femme à 4 pattes. Mais, en dehors de ça, on a des bains de dilatation dans les salles de de travail… enfin voilà, je veux dire, c'est vraiment personne dépendante, sage-femme dépendante, autant tu vas avoir la sage-femme qui va du début favoriser la mobilité, autant d'autres... Et puis c'est aussi en fonction du nombre de patientes que tu vas avoir, tu vois ? Si tu as 5 femmes en travail en même temps, ben voilà, la position va pas changer par rapport à ça parce que… voilà… » (Belgique SF)

Une sage-femme française explique quant à elle privilégier la position gynécologique car, formée à pratiquer dans cette position, elle se sent alors plus sûre de ses gestes, plus compétente :

« (…) j'explique aux mamans, même en en cours de prépa, je leur dis, quand elles ont un désir d'accouchement physiologique, de pas oublier d'être aussi ouvert à la sage-femme qui est en face d'elle. Parce que, par exemple, personnellement, j'ai un souci de travail bien fait, j'ai un souci de périnée intact. Mais je suis un professionnel qui est très à l'aise avec la position gynéco parce que c'est comme ça que j'ai été formée. Et je suis beaucoup moins à l'aise avec les autres positions. Après, je suis toujours à l'écoute et dans le respect des désirs de ma patiente, donc on en discute pendant le travail quand il y a un projet de naissance. On en discute à l'accouchement et on teste parce que moi je suis pas du tout fermée non plus. Si la patiente désire être accouchée à 4 pattes ou sur le côté, je réalise son souhait en lui parlant clairement du fait que moi je suis moins à l'aise et que du coup je garantis moins que le périnée soit intact, quoi. Enfin, c'est sûr que ce sont des positions qui vont moins solliciter le périnée, mais, moi, je maîtriserai moins. Voilà, en tant que professionnelle, je maîtriserai moins (…) ça m'est pas arrivé non plus énormément de fois d'avoir une demande formelle d'une patiente qui souhaite accoucher dans une position et qui est fermée, même quand il y a des projets de naissance, on en discute (…) même si des fois elles se sont dit « j'accoucherai à 4 pattes ou j'accoucherai sur le côté », c'est pas une une position qui est beaucoup dans notre inconscient. Et au final, c'est pas forcément une position où on est très à l'aise. (…) Mais si on devait me demander quelle est ma position préférée ? J'aurais quand même dit « Accroupi » sur la table d'accouchement. C'est à dire qu'on est pas en position gynécologique standard mais j'ai quand même un bon visu sur le périnée, elle peut quand même s'accrocher à des barres de traction en restant sur le lit (…) En tout cas, c'est un consensus en fait, entre la patiente et l'équipe en fait, et voilà, il

> y a pas de chemin déjà tracé. C'est une communication en permanence et voilà. » (France-DROM SF1)

Une autre sage-femme partage observer que des sages-femmes elles-mêmes semblent avoir incorporé la position gynécologique d'accouchement au détriment de la diversité historique des positions de naissance :

> « il y a l'histoire de la position d'accouchement et donc cette position gynéco que des sages femmes ont vraiment mais totalement incorporée, qu'elles ne remettent absolument pas en question et elles te disent : « bah non mais attends moi je vais pas me mettre accroupie, je vais pas me faire souiller par du liquide amniotique. » T'as encore : « la femme elle accouche accroupie, ça en met partout ; quand elle est à quatre pattes, t'es obligée de te pencher. Moi j'ai mal au dos, j'ai mal aux reins » et en gros elles interrogent pas du tout le fait que cette position gynéco a été mise en place au profit du soignant et pas du tout au profit de la femme qui accouche. Et donc elles reproduisent totalement ce discours. » (France SF4)

Une sage-femme camerounaise décrira ainsi la position gynécologique comme la position classique liée à la pratique obstétricale de son pays. Elle associe les autres positions à des contingences de pays occidentaux où elle a appris, lors de colloques internationaux en maïeutique, que se pratiquaient des accouchements dans l'eau. Elle dit ainsi :

> « Pour aller accoucher, on n'a pas ces problèmes, ces trucs de positions. En Afrique, on a la position gynécologique. Les accouchements à la piscine, dans l'eau, nous, on connaît pas tout ça. Donc c'est des positions gynécologiques comme on le faisait depuis le temps. Elle est couchée sur la table gynécologique et puis elle pousse normalement » (Cameroun SF)

Dans la même perspective, une sage-femme sénégalaise utilisera le terme de « position archaïque » pour qualifier la position gynécologique, en opposition aux « nouvelles positions » promues par les directives internationales sur la liberté de choix de position.

Dans les pays à revenus élevés, où les femmes ont un accès facilité à la péridurale, les sages-femmes analysent qu'un facteur à la persistance de la position d'accouchement horizontale est également lié aux taux élevés d'accouchements sous analgésie péridurale. Par exemple, une sage-femme australienne declare: « So usually there's an epidural involved, and then a lot of births happen with the woman in the lithotomy position. » (Australie SF) Ses propos rejoignent ceux d'une sage-femme allemande, qui note par ailleurs que ce modèle est celui véhiculé par les médias :

« Alors, quand l'accouchement se passe à l'hôpital, c'est pas dans tous les cas, mais dans la plupart des cas, elles accouchent de la manière comme on connait à la télévision. Très souvent, on leur propose la péridurale. Et à travers ça, elles sont automatiquement liées au lit. Et elles sont obligés d'être couchées parce que, avec la péridurale, le personnel est censé de contrôler, enfin c'est ce qu'ils disent, de contrôler l'enfant et la maman. Et en plus de ça, il y a les contractions qui diminuent bien tu sais. Alors il va falloir introduire l'ocytocine[82]. Donc tout ça là ça... Ou bien la dose de la péridurale est de telle manière que les femmes n'arrivent plus à bouger, à se lever… Bref, la tension qui baisse, tout ça là[83] et ça fait que la mobilité n'est plus… n'est plus donnée. Alors qu'on dit que l'accouchement, c'est le mouvement en fait. Donc l'hôpital c'est plus qu'elles sont accrochées au lit. Et la plupart accouchent couchées de cette manière, voilà, au lit. » (Allemagne SF1)

L'ensemble des 55 sages-femmes entendues en entretien et issues de 36 pays répartis sur cinq continents affirment ainsi que la position horizontale d'accouchement imposée par les hommes lors de leur immixtion historique auprès des parturientes est toujours agissante aujourd'hui, que ce soit du fait des médecins (hommes et femmes) ou de l'intégration inconsciente de la position gynécologique par les femmes et les sages-femmes ou encore de la péridurale ou de l'organisation de travail au sein des salles de naissance. Ce processus d'effacement de certaines pratiques ne concerne cependant pas seulement la variation des positions d'accouchement : il touche aussi aux dimensions sensibles, culturelles et spirituelles de la naissance comme nous le verrons plus loin.

Récits des pratiques en marge de l'institution hospitalière : de la résistance des savoirs corporels féminins à son expression dans une variété de positions

Notre corpus montre cependant que certains espaces offrent un terrain de réappropriation corporelle pour les femmes au moment de l'enfantement. Les sages-femmes entendues en

[82] La sage-femme évoque le fait que, fréquemment, après la pose de la péridurale, les contractions utérines peuvent s'estomper et devoir alors être relancées par une perfusion d'ocytocine.

[83] La sage-femme fait référence ici au fait qu'une chute de tension artérielle peut parfois être observée après la pose de la péridurale.

entretien et exerçant en autonomie — en maison de naissance[84] ou à domicile[85] — décrivent une liberté retrouvée des femmes quant au choix de la position d'accouchement. Dans ces lieux, à la marge du modèle dominant de la naissance hospitalière, les positions d'accouchement décrites par les sages-femmes sont majoritairement verticales. Le témoignage d'une sage-femme française accompagnant les naissances à domicile illustre ce qui ressort de l'ensemble des entretiens réalisés avec ces sages-femmes exerçant hors des salles de naissance hospitalières :

> « Pour les accouchements à la maison, elles sont quasiment toujours à genoux ou avec, tu sais, une jambe relevée, en coureur, ou bien des quatre pattes, ou accroupie. (…) Comme je ne dis rien et que je les laisse faire, c'est vraiment la position qui leur vient au moment de pousser. (…) Elle a une position où elle suit vraiment ses instincts. » (France SF2)

Le rapport sur les accouchements accompagnés à domicile en 2020 en France, publié par l'APAAD, confirme cette diversité de position. Pour les 1089 femmes ayant accouché à domicile en 2020, 32,4 % d'entre elles ont accouché à quatre pattes, 20,7 % à genoux, 11,9 % accroupie, 11 % en décubitus latéral (allongée sur le côté), 8,2 % semi-assise, 7,2 % debout, 6,6 % sur un tabouret, 2,7 % assise (APAAD, 2021). Elles ne sont qu'1,2 % à avoir donné naissance en position gynécologique (APAAD, 2021) alors qu'au niveau national 94% des femmes accouchent dans cette position (INSERM et al., 2022, p. 136). Par ailleurs, 23,1 % des femmes ont accouché dans l'eau (APAAD, 2021).

[84]Les maisons de naissance, telles que définies par l'OMS (WHO et al., 2025), sont des espaces dédiés où les femmes et les nouveau-nés présentant un faible risque de complications reçoivent des soins de qualité, fournis et coordonnés par des sages-femmes. Ces centres offrent principalement des soins intrapartum (accouchement), mais peuvent également inclure des services prénatals, postnatals et de santé sexuelle et reproductive, souvent dans le cadre d'un modèle de continuité des soins par les sages-femmes.

Les maisons de naissance peuvent être de deux types :

- Maisons de naissance autonomes : situées en dehors des hôpitaux, avec la possibilité de référer les femmes et les nouveau-nés à des établissements de niveau supérieur en cas de complications.
- Maisons de naissance adjacentes : situées à l'intérieur ou à proximité des hôpitaux, permettant un accès facile aux ressources supplémentaires en cas de complications.

Ces centres sont intégrés au système de santé et reposent sur des systèmes de référence solides et une coordination fluide entre les prestataires de soins. Les sages-femmes collaborent avec des spécialistes tels que les obstétriciens et les pédiatres pour garantir des soins interdisciplinaires de qualité.

[85] La Confédération Internationale des Sages-femmes définit l'accouchement accompagné à domicile (AAD) ainsi :

« L'accouchement à domicile fait référence à l'accouchement planifié qui a lieu au domicile et qui est assisté par une sage-femme expérimentée et avec un soutien médical en collaboration dans le cas où un transfert serait nécessaire. L'accouchement à domicile planifié augmente la probabilité d'avoir un accouchement « satisfaisant et sûr ». Cela est important, car les expériences d'accouchement positives (dans lesquelles la personne se sent en sécurité, soutenue et écoutée) sont associées à un meilleur bien-être mental post-partum. En 2010, la Cour européenne des droits de l'homme a déclaré l'accouchement à domicile comme un droit humain. » (ICM, 2017)

Dans la même perspective, en Equateur, une sage-femme aux savoirs endogènes quechua décrit comment les femmes choisissent le plus souvent la position à genoux lorsqu'elle accompagne des accouchements à domicile au sein de sa communauté :

> « yo no puedo decir "acuéstese", no. En el hospital, que apenas llegan ya les dicen que se acuesten. Yo, en cambio, les pregunto: ¿qué posición quieres? ¿Acostada, sentada en un banco, o arrodillada? Y la mayoría me responde que prefieren la posición arrodillada. »[86] (Equateur SF1)

Elle ajoute que ces femmes accouchent en s'appuyant sur des objets du quotidien, recréant ainsi des postures traditionnelles : « Teniendo en una escalera o en algo, teniendo algo para dar a luz como hacer popó, algo así. »[87] (Equateur SF1) Elle déplore en revanche qu'à l'hôpital, les femmes soient contraintes de s'allonger, malgré leur inconfort.

> « Según me comentan, llegamos, nos dicen acuéstese, acuéstese. Acostada no tengo fuerza, dicen. Mejor teniendo algo, como arrodillada, algo así es bueno porque ahí sí tengo fuerza. »[88] (Equateur SF1)

Une sage-femme indonésienne insistera sur le fait que les femmes se sentent plus à l'aise en maison de naissance, au contact uniquement de sages-femmes et de femmes, pour négocier la position d'accouchement.

> « Lithotomy is the more common position in the hospital. In midwife-led birthing centers, it's different, you can request for other position. People are more comfortable to request to the midwife, and not really to the doctor. (…) Because all the midwives in Indonesia are women. Maybe it is better to talk to a woman. » (Indonésie-Bali SF1)

Ces témoignages mettent en lumière la tension entre une pratique autonome, fondée sur l'écoute des sensations corporelles, et une pratique hospitalière qui impose des normes biomédicales parfois en décalage avec les besoins physiologiques et culturels des femmes.

Ces récits montrent que lorsque le corps des femmes n'est pas contraint par les protocoles biomédicaux ou par les impératifs de confort des soignants, il tend naturellement à retrouver

[86] Traduction : « Moi, je ne peux pas dire "allongez-vous", non. À l'hôpital, à peine elles arrivent qu'on leur dit déjà de s'allonger. Moi, au contraire, je leur demande : quelle position veux-tu ? Allongée, assise sur un banc, ou à genoux ? Et la majorité me répond qu'elles préfèrent la position à genoux. »

[87] Traduction : « En s'appuyant sur une échelle ou sur quelque chose, en s'appuyant sur quelque chose pour accoucher comme pour faire caca, quelque chose comme ça. »

[88] Traduction : « Selon ce qu'elles me disent, on arrive, on nous dit : "allongez-vous, allongez-vous." Elles disent : "allongée, je n'ai pas de force. C'est mieux en s'appuyant sur quelque chose, comme à genoux, quelque chose comme ça, c'est bien parce que là, oui, j'ai de la force. »»

des postures physiologiques et fonctionnelles, qui facilitent l'ouverture du bassin et la descente du bébé tout en améliorant la gestion de la douleur et l'oxygénation fœtale (Gupta & Nikodem, 2017). Ces positions verticales témoignent d'un mode d'accouchement centré sur la propre autonomie de la femme. Elles constituent des formes contemporaines de résistance à l'effacement des savoirs corporels féminins. Elles rappellent que les corps des femmes, lorsqu'ils sont libres, portent en eux des savoirs situés, souvent invisibilisés mais toujours vivants. Cependant, ces positions verticales sont encore marginales dans les systèmes de santé dominants, malgré les recommandations internationales sur la liberté de position pendant l'accouchement.

Colonialité des soins et « résistances à bas bruit » : ce que les pratiques autour du placenta révèlent

Après avoir exploré comment la biomédicalisation de l'accouchement a invisibilisé des savoirs féminins historiques incarnés dans la position d'accouchement, il s'agit d'explorer son influence sur les savoirs et pratiques autour du placenta.

De la symbolique culturelle du placenta à un statut double de vecteur de contamination et de déchet organique

Les travaux d'anthropologie de la naissance montrent la centralité symbolique du placenta et, depuis la biomédicalisation, sa requalification en tissu à risque relevant de circuits de pathologie/incinération (Davis-Floyd, 1992; Jordan, 1993; Prüss et al., 2014). Mon corpus de 55 entretiens avec des sages-femmes de 36 pays a permis d'explorer les pratiques contemporaines autour du placenta. Il montre qu'une des manières d'aborder la question est celle de l'appropriation du placenta par le système de santé, et du respect du choix décisionnel des femmes et des familles sur le devenir de celui-ci. Il documente ainsi comment la colonialité des savoirs autour du placenta se joue au quotidien dans les maternités. Il permet de documenter un éventail de situations allant de l'interdiction stricte de la remise du placenta aux familles, en passant par des restitutions conditionnelles (formulaires, contenants dédiés, désinfection, exclusions en cas de suspicion d'infection) jusqu'à des restitutions systématiques. D'autre part, il documente des « résistances à bas bruit » en milieu hospitalier face à ces cadres contraints (contournements, négociations, tolérances informelles) et dévoile

comment des espaces de résistance (accouchements à domicile, maisons de naissance) accompagnent un pluralisme de savoirs et pratiques autour du placenta.

L'appropriation du placenta par les institutions de soins

Une minorité de sages-femmes témoignent que, au sein des hôpitaux, le placenta est systématiquement remis aux familles après la naissance. Ainsi, les trois sages-femmes indonésiennes entendues en entretien (deux de la province de Bali et une de la province de Java Central) racontent que, du fait de leur culture et croyance, il est inimaginable de ne pas remettre le placenta aux familles :

> « Yeah, yeah, most of them bring the placenta because we have a culture to put the placenta to…they prepare. They dig the ground and then to put that inside the ground. Something like that. So most of Indonesian people will bring the placenta at home. » (Indonésie-Java Central SF)

> « In general, in Indonesia, the placenta is…They have to give back to the family. The placenta will be processed by the family at home. Especially in Bali, the placenta is one of the most important thing, yeah. (…) Because we have Hindu religion, we have a special ceremony for the placenta. » (Indonésie-Bali SF1)

> « After giving birth, the placenta will be care by tradition, especially in Bali. But sometimes the placenta is thrown away to the sea, maybe especially chinese. In Bali placenta will burn in front of house…also, sometimes, hang at the tree... (Indonésie-Bali SF2)

De la même façon, une sage-femme néo-zélandaise témoigne que la remise du placenta est systématique auprès des familles souhaitant réaliser les rites liés à celui-ci :

> « So in New Zealand, traditionally, Maori and Pacific woman take the placenta. The word for placenta in Maori is "whenua". And it's the same word we use for land. So, placenta and land, it is the same word, "whenua". So the placenta is normally taken home. (…) So the traditional place where the family originally came from…The woman might give birth at the other end of New Zealand, but the placenta is traditionally taken home by the grandmothers and all family, and then there's a ceremony built burying it on family land. Of course, a lot of people don't have relationships to the family land anymore, so, but they will take it at home and bury it somewhere special to them, it might be in the forest or… (…) only the immigrants like Indian woman or Asian woman who won't take their placenta home. Now most other women will take it home and bury it. (…) So we we have biodegradable bags and boxes to put the the

placenta in. It's unusual to keep placentas these days. (…) It's very meaningful and when you think about it, the land nourishes the people and the placenta nourishes the baby. So it's lovely…they return the placenta to the land. Because it's a circle. Kind of like a secret of life. And like I say is it is very meaningful to people. " (Nouvelle-Zélande SF)

Cependant, la majorité des sages-femmes interrogées témoignent que le placenta est peu remis aux familles lorsqu'elles accouchent en institutions médicales. Cela peut être dû à une absence de demande de leur part, comme l'illustrent ces témoignages d'une sage-femme américaine de l'Etat de Rhode Island, d'une sage-femme allemande ou encore d'une sage-femme chilienne :

« There's a very small percentage of women who bring their placenta home. I just had one yesterday, so I'd say maybe like 1 % or less bring their placenta, but it's always an option, anywhere I've ever worked. They have to, like, bring a cooler in and take it away, or they have to sign. They... you have to sign. And if they have, like chorioamnionitis, like an infection or there's like heavy... it's heavily meconium stained we'll recommend they not. But we... usually it's kept on the hospital floor, or in the lab for about a week. And then it's incinerated or it is sent to pathology, if there is some suspicion of some, like chorio or something like that." (USA-Rhode Island SF)

« Here in Germany, the midwife will ask you : Would you like to see the placenta? She will show it to you and then she will ask you: What shall we do with the placenta? Throw it away or whatever. Most people will just dispose it. Yeah, he is not a culture where you do… I speak about the placenta and the culture… but, you know, in our culture he used to dig a hole and plant a tree. But you know, since most people don't live with a garden, most people will just throw it away. Some people, because we are very much into homeopathy in Germany, will take a small piece and make some homeopathy out of it. In general, I would think 99 % of the placentas will end up in a bin." (Allemagne SF2)

« Mirá, está autorizado. Hay unas leyes y un protocolo que permite que tanto la madre como el padre soliciten la placenta, y hay un protocolo para entregársela y que ellos hagan lo que quieran con la placenta. Hay un formulario que se tiene que llenar y lo único que se solicita es que ellos vayan con un cooler al servicio para el transporte, porque obviamente es un tejido orgánico y tiene que tener todas las precauciones. Pero yo te diría que quienes lo solicitan será un 5 % de la población, con suerte. No está institucionalizada en nuestro país. La mayoría de

> las placentas se desechan como todo producto orgánico, como una vesícula o un apéndice. »[89] (Chili SF1)

Dans d'autres pays, les sages-femmes témoignent ne pas être autorisées à remettre le placenta aux familles. Elles relatent que la peur de la transmission d'infections est souvent à l'origine d'interdictions institutionnelles. Ainsi, une sage-femme belge dit :

> « Le placenta, on n'est pas censé le sortir de l'hôpital. Parce que voilà, à la base, c'est un organe humain. Enfin, bref, voilà quoi, il y a un risque de contamination. » (Belgique SF)

Cela rejoint le témoignage d'une sage-femme camerounaise expliquant que si le placenta était auparavant remis aux familles, les politiques de santé publique ont changé la donne :

> « Bon, généralement, avant, le placenta avait toujours été remis aux familles. Mais avec la venue de certaines maladies comme le VIH et autres, les maladies contagieuses, on ne remettait pas aux familles. Il y a eu des recommandations qui ont été dites par le système de santé, qu'on ne devrait plus remettre. Parce que malgré qu'on leur dise de ne pas manipuler ça, on ne maîtrise pas ce qu'elles font après avec. » (Cameroun SF)

Une sage-femme ivoirienne relate aussi cette interdiction contemporaine liée aux infections et à la peur de la contamination par le VIH :

> « Dans les centres de santé publiques, on leur remettait, avant, le placenta ; mais maintenant on ne remet pas de placenta à un parent. C'est détruit parce qu'il y a des fosses à placentas, c'est détruit dans ces fosses. Dans les cliniques privées, pareil, c'est détruit dans les fosses à placentas, là-bas c'est même plus donné aux parents. Il y a même longtemps maintenant. » (Côte d'Ivoire SF)

Une sage-femme éthiopienne et une sage-femme népalaise expliquent que les structures de santé organisent la destruction du placenta après l'accouchement :

> "Commonly, in the process of labor and delivery, regardless of the place of delivery, the fate of the placenta will be destroyed, thrown and or buried after women gave birth." (Ethiopie SF)

[89] Traduction : « Ecoute, c'est autorisé. Il y a des lois et un protocole qui permet que la mère comme le père puissent demander le placenta. Et il y a un protocole pour le leur remettre et qu'ils fassent ce qu'ils veulent du placenta. Il y a un formulaire à remplir et la seule chose qui est demandée est qu'ils viennent avec une glacière pour le transport, car évidemment c'est un tissu organique, il faut donc prendre toutes les précautions. Mais je dirais que seulement cinq pour cent de la population le demandent, au grand maximum. Ce n'est pas une pratique institutionnalisée dans notre pays. La plupart des placentas sont jetés comme tous les déchets organiques, comme une vésicule ou un appendice. »

> “In health facility, the placenta is discard as per faculty rule. It doesn't handover to family.” (Népal SF)

Une sage-femme du Malawi montre que la persistance de pratiques endogènes autour du placenta intensifie les craintes de laisser sortir le placenta de l’hôpital :

> « we don't allow because of so many beliefs that are associated with women getting placentas. So you know, there are a lot of beliefs. Superstition, right. I mean belief about witchcraft, this and that... So if we allowed the women to take the placentas, we are also not very sure about how they would dispose them. So we we don't want them to be throwing them anywhere anyhow. » (Malawi SF)

« Résistances à bas bruit » : contourner l’interdiction de remise du placenta aux familles

Cependant, notre corpus montre que des sages-femmes contournent ces interdits. Certaines sages-femmes relatent des « résistances à bas bruit » comme cette sage-femme camerounaise qui témoigne de remises discrètes du placenta à la famille pour respecter les pratiques endogènes :

> « Sur le plan culturel, sur le plan traditionnel, le placenta a une signification énorme. (…) Officiellement, c'est interdit de remettre le placenta aux familles à l’hôpital… Mais clandestinement des sages-femmes le remettent… (…) " (Cameroun SF)

Une sage-femme américaine relate, quant à elle, conseiller aux femmes de prendre subrepticement le placenta lorsque les soignants ont le dos tourné :

> “ They have hospital policies that say that you can keep your placenta, but I've noticed sometimes people go home and sometimes people don't go home with it. It all depends. If they had group B strep [strepto B], oh, heck no, they ain't letting them go home. They don't care what you say. You are not getting out that placenta unless you were smart enough to be smarter than the staff.
>
> So what I usually tell folks is that if you really want it and you have group B strep— because, you know, in the United States we test and we treat — and because of that, you could consume it. Even if the mother says she ain't gonna consume it, she's still gonna eat it. She's still gonna eat it.

So what I tell most families to do is, when that placenta is ready to go down to pathology, you have to be smarter than the nurse when she turns her head the other way. I hate to say it, but you gotta steal it back. I'm like you gotta steal it back. Cause when I leave the room, "I'm gonna put it in the refrigerator. And when you ready to go home I'll give it back to you."

But then they never give it back to them. I can tell you, that story gets tense. I worked at the hospital, I know they manipulate patients. I was like, " yeah don't worry. I'm going to take it back". "Well, that was that nurse." Or, " that person's not here anymore". And this person like you can't find that person cause, remember, everybody shifted.

So, I'm like, you don't take your eye off of it, and you walk out with it. If you gotta steal it back, you gotta steal it back. Like, it came out of you, right? Why should they keep it? Like, let's be real, why should you keep it? It came out of you, you want it back. So that's what I tell people. Now, every hospital say, "Oh, yeah, we'll let you keep it no matter what orientation and service." But depending on what happens in your labor… Oh, they got an excuse. I ain't giving it to you, so yeah." (USA-New York SF)

Une sage-femme ivoirienne décrit de son côté des négociations entre famille, sage-femme et médecin qui peuvent aboutir à une remise du placenta, après avoir passé celui-ci à l'eau de javel :

« Il y a des familles qui ne demandent pas. Il y a d'autres qui demandent par contre. Mais on leur explique que maintenant on peut pas donner. Maintenant, si il y a un médecin chef qui… Tu lui expliques la situation, là, au chef. S'il juge, bon, on le donne, alors on le donne. On utilise les pagnes et on met du javel avant de remettre. » (Côte d'Ivoire SF)

Une sage-femme du Malawi témoigne également de négociations lorsque les femmes résistent à laisser le placenta à l'institution médicale :

"(…) I think in special cases, if they came and demanded that we want our placenta, I think we would allow them to take it. But they also think most of them think it's better that it's kept at the hospital and disposed of." (Malawi SF)

Accouchement à domicile et en maison de naissance : espaces de résistance des pratiques plurielles autour du placenta

En opposition à la majorité des pratiques hospitalières décrites, les sages-femmes accompagnant les accouchements à domicile ou en maison de naissance décrivent accueillir de nombreuses demandes des familles quant au placenta. Elles n'ont pas décrit opposer de

refus à celles-ci mais au contraire accompagner les familles dans leurs pratiques. Par exemple, une sage-femme argentine partage son expérience autour des usages possibles du placenta après un accouchement à domicile. Elle évoque les différentes demandes des familles telles que son impression, sa consommation, sa transformation en remèdes ou encore son enfouissement en terre ou sa mise à la poubelle :

> « Primero, la importancia de no cortar el cordón, aunque la placenta ya haya salido. Algunas familias quieren una impresión de la placenta, pero no es algo que yo proponga. Si lo piden, lo hago. Les cuento que existe la medicina placentaria. (…)Si quieren hacer tintura madre, les explico cómo —alcohol, frasco, etc.— o pueden pagar a alguien para que haga cápsulas, cremas, tinturas. También se puede mandar a una farmacia homeopática o hacer homeopatía de la placenta. Hay quienes la entierran, y otros que la consideran basura. (…) Cuando vivía en una casa con jardín, si la familia no quería la placenta, yo la enterraba con mis plantas. (…) Entonces, ¿qué hacemos con la placenta? Se transforma en medicina, o algunas familias se la comen, en licuados con frutas. La he usado en casos de hemorragia, sublingual. A veces es lo que hay más a mano. También en casos de antecedentes de depresión posparto, anemia, o pérdidas importantes de sangre. Incluso mujeres vegetarianas o veganas entienden que otros mamíferos herbívoros también se comen su placenta.(…) A veces me dicen: "Escuché que se puede hacer tal cosa", y lo anoto en el plan de parto, o les doy contactos. Trato de facilitarles los recursos, según lo que elijan. »[90] (Argentine SF)

Une sage-femme allemande raconte que le dernier couple qu'elle a accompagné lors d'une naissance à domicile a utilisé un morceau de placenta à des fins thérapeutiques pour la mère et l'enfant, puis a congelé le reste du placenta en attendant de décider quoi en faire :

> « Après l'accouchement, spécialement pour cette famille, ils l'ont gardé, enfin, ils l'ont mis dans une boîte. Ils voulaient faire de l'homéopathie. Ce sont des petits grains-là en

[90] Traduction : « D'abord, l'importance de ne pas couper le cordon, même si le placenta est déjà sorti. Certaines familles veulent une impression du placenta, mais ce n'est pas quelque chose que je propose. Si elles le demandent, je le fais. Je leur raconte qu'il existe la médecine placentaire. (…) Si elles veulent faire une teinture mère, je leur explique comment — alcool, flacon, etc. — ou elles peuvent payer quelqu'un pour qu'il fasse des gélules, des crèmes, des teintures. On peut aussi l'envoyer dans une pharmacie homéopathique ou faire de l'homéopathie avec le placenta. Il y a ceux qui l'enterrent, et d'autres qui considèrent que c'est un déchet. (…) Quand je vivais dans une maison avec jardin, si la famille ne voulait pas le placenta, je l'enterrais avec mes plantes. (…) Alors, que faisons-nous avec le placenta ? On le transforme en médicament, ou certaines familles le mangent, mixé en jus avec des fruits. Je l'ai utilisé dans des cas d'hémorragie, en sublingual. Parfois, c'est tout simplement ce qu'il y a à portée de main. Aussi dans des cas d'antécédents de dépression post-partum, d'anémie, ou de pertes de sang importantes. Il y a même des femmes végétariennes ou véganes qui comprennent que d'autres mammifères herbivores mangent aussi leur placenta. (…) Parfois elles me disent : « J'ai entendu dire qu'on peut faire ça », alors je le note dans le plan de naissance, ou je leur donne des contacts. J'essaie de leur proposer des ressources, selon ce qu'elles choisissent. »

homéopathie qu'on fait avec le placenta. On met un petit morceau, avec le matériel qu'ils reçoivent de la pharmacie… Soit ils ont décidé tôt et la sage-femme va leur commander, leur amener le matériel. Ou bien, la famille va elle-même commander elle-même le matériel, une petite boîte avec la une substance dedans où ils vont mettre un petit morceau du placenta. Maintenant la famille a gardé le reste du placenta. Parfois, d'autres familles il y en a qui qui veulent brûler ça, ils mettent ça au four et ils font des cendres avec ça, d'autres ils font du Cocktail avec…il y a beaucoup plein de choses. Il y a des traditions qui font tellement des choses avec du placenta. Donc eux, ceux de mon dernier accouchement, ils ne savent pas encore ce qu'ils vont en faire alors ils l'ont congelé en attendant de savoir ce qu'ils vont faire avec ça. (…) Et ce qui a fait les petits grains là en homéopathie, à partir du petit bout de placenta, la femme peut prendre ça, et surtout le bébé. Et l'intérêt, c'est plusieurs types, pour l'adaptation d'abord après la naissance, l'adaptation en général, pour la dentition plus tard, contre les coliques, quand les enfants ont de la fièvre….Il y a la solution avec laquelle ils peuvent refaire les graines chaque 5 années,. Elles peuvent utiliser jusqu'à la puberté, pour quand il y a les problèmes de puberté qui commencent, il y a les enfants qui peuvent prendre ça… » (Allemagne SF1)

Des sages-femmes, inscrites elles-mêmes dans la culture des patientes qu'elles accompagnent, relatent avoir une pratique où elles font dialoguer les savoirs biomédicaux et les savoirs endogènes de leurs communautés lors de l'ensemble de l'accompagnement de la naissance, y compris pour le placenta. Ainsi, à Bali, des sage-femmes relient dans leur pratique en maison de naissance les dimensions spirituelles, corporelles et communautaires, y compris dans leur rapport au placenta.

"Babies born into the world are not alone. (…) baby's ari-ari or placenta is part of the baby's life. (…) We apply the Tri Hita Karana concept: relationship with God, with humans, and with environment. (…) We make harmonize. In our midwifery services we apply this concept. We always invite maternity patients to pray, then use effective communication, and try to use natural ingredients: sometimes use virgin coconut oil to massages for women while get pain during childbirth, use jamu[91], use herbal. (…) Usually, we give holistic care in independent practice. In hospital rarely. It is medicinal only I understand. (…) Based on Hindu beliefs, there are four brothers who follow what is called Catur Kanak. Because of this, there are special ritual processions, one of which is planting the baby's ari-ari. Ari-ari or placenta is part of the baby's life which is the personification of the Catur Kanak, namely Sang Anta Preta, Sang Kala, Sang

[91] Le jamu est un remède à base de plantes utilisé en Indonésie depuis le huitième siècle. La culture du bien-être lié au jamu a été inscrit en 2023 au patrimoine culturel immatériel de l'humanité par l'UNESCO. (Mashary, 2025)

Bhuta, and Sang Dengen (…) Lotus birth involves keeping the umbilical cord intact and connected to the baby (rather than clamping and cutting), until it detaches on its own, usually 3 to 10 days after your baby is born. The plasenta will fill salt, fragrance… » (Indonésie-Bali SF2)

De même, une sage-femme quechua décrit des pratiques traditionnelles autour de la délivrance du placenta, perçu comme une entité sacrée appelée "la madre"[92] :

« (…) "Cuando sale el bebé, espero que salga la madre. Nosotros le decimos la madre. Tenemos que esperar la madre. Luego hacemos masajito en la pancita y también tenemos agüita de remedio. Le damos porque ya no tiene fuerza, le regalamos agüita de remedio. Luego le hacemos la panecita suaves con unas cremitas, y luego sale la madre. La madre es la placenta, nosotros le decimos así, la madre. (…) Las tradiciones aquí son que, cuando salga el bebé, tenemos que hacer coser en la boquita, imaginariamente, solo con la mano, para que no sea chismoso. También poner la platita en la mano. Según, 10 centavitos, una patita para que tenga plata. (…) La madre, a veces, según las embarazadas, según las personas, ya ellos la llevan a enterrar. No la tiramos, sino que preguntamos qué va a ser, si va a llevar la madre o no. A veces, los familiares dicen: 'sí, vamos a llevar, vamos a enterrar en un lugar. (…) Otras embarazaditas, cuando se saca la madre, se pone la sangre de la madre en la cara para que no se pongan las manchas. Para la mujer, porque cuando sale la madre, cogen un poquito de sangre. Es bueno para las manchas, los paños. Se pone ese día que sale la madre, se ponen en la cara, no para el bebé, sino la madre. (…) Eso es porque cuando se queda embarazada, se va el tratamiento, sabe salir manchas, paño en la cara. Las mamitas dicen que eso es bueno cuando sale la madre, cuando damos luz: ponerse la sangre, la sangre que salió de la madre. Coger un poquito de la madre, poner la manito, y luego en la cara para que se quiten las manchas. (…) La tradición de los indígenas aquí es llevar y enterrar. En cambio, en los mestizos, no : ya dejan no más, si tiran o no."[93] (Equateur SF1)

[92] Traduction : « la mère »

[93] Traduction : « « (…) Quand sort le bébé, j'attends que sorte la mère. Nous, on l'appelle la mère. Nous devons attendre la mère. Ensuite, on fait un petit massage au petit ventre, et aussi on a une petite eau de remède. On lui donne parce qu'elle n'a plus de force, on lui offre une petite eau de remède. Ensuite, on fait le petit ventre tout doux avec des petites crèmes, et ensuite sort la mère. La mère, c'est le placenta, nous, on l'appelle comme ça : la mère. (…) Les traditions ici sont que, quand sort le bébé, on doit lui coudre la petite bouche, de façon imaginaire, juste avec la main, pour qu'il ne soit pas colporteur de ragots. Aussi, on met une petite pièce dans sa main. Disons, dix centimes, une petite pièce pour qu'il ait de l'argent. (…) La mère, parfois, selon les femmes enceintes, selon les personnes, eux, ils la portent pour l'enterrer. On ne la jette pas, mais on demande ce qu'on va faire : est-ce qu'on va emmener la mère ou pas. Parfois, les membres de la famille disent : « Oui, on va l'emmener, on va l'enterrer dans un endroit. » (…) D'autres petites femmes enceintes, quand on sort la mère, on met le sang de la mère sur le visage pour ne pas avoir de taches. Pour la femme, parce que quand sort la mère, on prend un petit peu de sang. C'est bon contre les taches, les paños (taches de grossesse). On le met ce jour-là, quand sort la mère, on en met sur le visage — pas pour le bébé, mais pour la mère. (…) C'est parce que, quand on tombe enceinte, le traitement s'arrête, et il peut sortir des taches, des paños sur le visage. Les mamans disent que c'est bon, quand

Les récits de pratiques des sages-femmes montrent également une circulation transculturelle de pratiques holistiques autour de la naissance. Par exemple, une sage-femme française pratiquant les accouchements à domicile témoigne de pratiques dites du « bébé lotus » :

> « Les bébés lotus peut-être on va avoir une dizaine dans l'année. Les parents qui le demandent, pour le Lotus, c'est quand même un truc… tu sais quelque chose d'assez soit spirituel, soit philosophique dans leur vision de l'arrivée sur terre du bébé. Donc, dans ce cas, on clampe pas du tout le cordon après la naissance. Parce qu'on sait que de toute manière y a pas de hein, y a pas de vases communicants après la naissance pour la circulation sanguine entre la mère et le bébé : enfin ça c'est une légende urbaine puisque de toute manière le bébé a sa propre tension et sa circulation. Donc y a le bébé qui est né, toujours attaché par le cordon au placenta qui vient de sortir et qu'on a laissé à la même hauteur que la maman. Mais si la mère est assise, le placenta est plus bas. Bon, ça change pas grand-chose hein. On met juste le placenta dans un récipient qu'on avait pris pour la délivrance, souvent un saladier, qu'on laisse à côté de la maman. Puis après, on essore bien le placenta, en le laissant dans une passoire au-dessus de saladier. Quand il a dégorgé, on l'essuie bien. Avec un linge ou un sopalin on enlève bien tout l'excédent de sang pour, voilà, quand on le touche il soit plus tout sanguinolent. Et après, alors soit on prend un pochon, alors là faut quand même que ce soit des pochons imperméabilisés, soit ils prennent souvent les paniers vapeurs tu sais les trucs pour faire la cuisine asiatique. On va mettre une grosse couche de sel en dessous du placenta, une grosse couche de sel au-dessus aussi. On va mettre des plantes, voilà en fonction de ce qu'on veut faire, aussi, pour que ça sente bon. C'est vrai que, souvent, on met des lavandes, des plantes un peu odorantes. Et en fait le fait qu'il soit dans le sel, ça va permettre de l'assécher progressivement, mais aussi d'éviter la putréfaction, hein ? En attendant que le cordon tombe. Et souvent, il y a besoin de changer le sel une fois ou deux en attendant qu'il tombe naturellement. Parce que c'est vrai que bah le premier jour, notamment le sel se gorge quand même beaucoup, beaucoup de sang. Les parents peuvent être amenés à changer le sel jusqu'à ce que le cordon ombilical se détache de l'enfant. La plupart du temps c'est dans les cinq jours mais on en a souvent qui tombent très rapidement. Je pense que c'est l'effet du sel aussi. Tu vois, ça se dessèche vraiment très vite, souvent des fois, dès le lendemain, on a vraiment un cordon tout noir, tout sec sur toute

sort la mère, quand on accouche : se mettre le sang, le sang qui est sorti de la mère. Prendre un petit peu de la mère, mettre la petite main, et ensuite sur le visage pour faire partir les taches. (…) La tradition des indigènes ici est d'emmener et d'enterrer. Par contre, chez les métis, non : ils la laissent simplement, qu'ils la jettent ou pas. » (Équateur SF1)

> la longueur quoi. Et souvent, après qu'il soit tombé, les parents enterrent le placenta. Voilà » (France SF2)

Ces derniers extraits d'entretiens montrent ainsi que les pratiques de naissance hors de l'hôpital (AAD et MDN) sont des espaces de dialogue entre savoirs biomédicaux et savoirs féminins situés pour préserver l'autodétermination des femmes-patientes quant au devenir du placenta.

À l'échelle du corpus mondial (55 sages-femmes, 36 pays), cette troisième partie du chapitre a mis en évidence, sur deux objets centraux — position d'accouchement et devenir du placenta — la persistance d'une normativité ancrée historiquement dans des hiérarchies de savoirs et les modalités concrètes de sa négociation. Celles-ci sont inscrites dans une mémoire longue d'effacement historique de savoirs et pratiques endogènes et féminins par l'épistémologie médicale euro-centrée. D'une part, la position gynécologique ou sur le dos demeure la configuration dominante en établissement lors des naissances, portée par des routines de formation, des impératifs de convenance opératoire, des contraintes organisationnelles, l'usage de l'analgésie et l'intériorisation de normes. D'autre part, le placenta est requalifié en « tissu à risque » et capté par les circuits institutionnels, restreignant sa restitution aux familles. Les entretiens documentent toutefois des formes de résistance : réémergence des positions verticales et accompagnement des choix quant au devenir du placenta lors d'accouchements accompagnés à domicile (AAD) et en maisons de naissance (MDN), ainsi que contournements discrets en milieu hospitalier (négociations, tolérances informelles).

Pris ensemble, ces résultats montrent comment la colonialité des savoirs se reproduit dans les gestes ordinaires mais aussi comment des « résistances à bas bruit » en milieu hospitalier, des espaces de résistance à la marge de celui-ci (AAD, MDN) ou encore des tentatives institutionnelles de reconnaissance de savoirs situés, permettent de repenser le dialogue entre savoirs biomédicaux et savoirs féminins situés.

IV. Héritages d'une domination : conflits interprofessionnels et inégalités de genre dans la profession de sage-femme

Cette partie du chapitre se propose de poursuivre l'examen des héritages de domination qui traversent la maïeutique, mais cette fois-ci en mettant en lumière les conflits interprofessionnels et les inégalités de genre qui la structurent encore aujourd'hui. À travers une analyse historique de la médicalisation de la naissance et de la redistribution du pouvoir entre médecins et sages-femmes, il s'agit de comprendre comment des rapports hiérarchiques établis aux XVIIe et XVIIIe siècles se prolongent dans les pratiques contemporaines. Les témoignages recueillis montrent que, si des espaces de coopération existent, la question de l'autonomie professionnelle des sages-femmes demeure un enjeu central, particulièrement dans les contextes où leurs compétences sont contestées ou invisibilisées. Parallèlement, les dynamiques de genre révèlent un paradoxe : dans une profession très largement féminisée, les hommes bénéficient souvent de trajectoires ascendantes facilitées, illustrant le phénomène de « l'escalator de verre ». L'étude de ces tensions met ainsi en évidence la persistance de logiques de domination, qu'elles soient interprofessionnelles ou genrées, et invite à interroger les conditions d'une reconnaissance équitable et d'une véritable pluralité des modèles de soins en périnatalité.

Rapports de pouvoir entre médecins et sages-femmes et enjeux d'autonomie en maïeutique : de l'histoire aux pratiques contemporaines

Histoire de la médicalisation et redistribution du pouvoir entre médecins et sages-femmes

Les historiens soulignent que les débuts de la médicalisation de la naissance aux XVII-XVIIIe servent essentiellement à reconfigurer les rapports de pouvoir autour de la naissance :

> « Les docteurs voulaient superviser et instruire les sages-femmes (…) Il ne s'agissait pas tant d'une nouvelle division du travail entre sages-femmes et hommes de médecine que d'un changement dans la répartition du pouvoir et du savoir faisant autorité. (…) Dans toute l'Europe, le taux de mortalité maternelle à l'hôpital était supérieur à celui des accouchements pratiqués normalement

à domicile par les sages-femmes.(…) Quelles que soient les réalisations à mettre au crédit des maternités des XVIIIe et XIXe siècles, la réduction de la mortalité maternelle n'en fait pas partie. » (Schlumbohm, 2002)

Rapports conflictuels et hiérarchies persistantes dans les pratiques de terrain

Les entretiens menés avec le corpus de sages-femmes de 36 pays dévoilent que, dans la majorité des contextes, cette relation de pouvoir entre médecins et sages-femmes est aujourd'hui encore au cœur de tensions dans le quotidien des pratiques en maïeutique. Une sage-femme camerounaise affirme que les jeux de pouvoir entre médecins et sages-femmes sont sous-tendus par une volonté de restreindre les champs d'activités des sages-femmes en les contrôlant tant dans leur pratique que dans l'enseignement.

> « (…) en Afrique, il y a beaucoup de guerres d'intérêt avec les gynécos, donc eux ils veulent tout faire, tout ce qui est un peu pécuniaire, même ce qui est du ressort des sages-femmes. (…) La profession de sage-femme est beaucoup taillée par les infirmiers et les gynécologues. (…) ça déstabilise la profession, parce que progressivement ça devient leurs tâches et leurs gains. (…) ça devient leur gain quotidien avec lesquels ils s'occupent de leur famille (…) ils ne veulent pas reconnaître que certains actes peuvent être posés par des sages femmes, donc ils auront peur que les sages femmes prennent une autonomie et s'approprient certains actes. Par exemple, on est en train de faire une évaluation des écoles de sages-femmes et c'est des gynécos qui font l'évaluation. Et aucune sage-femme n'est impliquée à l'intérieur. Parfois le langage utilisé même… ils sont méprisants, parfois même pas encourageants, ils sont démotivants même à l'endroit des sages-femmes. Et l'autre côté aussi, c'est que dans les écoles de sages-femmes, au moins à 90 %, c'est des médecins qui enseignent, mais pas les sages-femmes. » (Cameroun SF)

Une sage-femme belge témoigne que les réunions de service, permettant de présenter chaque matin les naissances des dernières 24 heures, peuvent être, là où elle a exercé, des espaces où se rejouent des rapports d'autorité et de contrôle des médecins envers les sages-femmes :

> « On avait un obstétricien responsable d'unité qui demandait toujours un compte-rendu. On devait toujours se justifier. (…) Donc il y avait une peur du lendemain qui était instaurée parce que c'était le grand jugement à huit heures du matin, quand le grand chef arrivait. » (Belgique SF)

Des sages-femmes décrivent des situations de soins où elles se sont perçues soumises à l'autoritarisme d'un médecin, et à son mépris quant à leurs compétences. Ainsi, les témoignages d'une sage-femme argentine et d'une sage-femme française se font écho pour décrire des situations où, lors d'un désaccord avec un médecin sur la nécessité de réaliser une épisiotomie, elles ont été contraintes à accepter un geste qu'elles ont vécu comme abusif envers la parturiente et envers elle-même. Elles décrivent, l'une comme l'autre, avoir ressenti des « émotions de rébellion » ayant participé à ce qu'elles quittent l'exercice en hôpital pour une pratique d'accouchements accompagnés à domicile.

> « Pour dire à quel point j'ai été habituée à un milieu extrêmement hiérarchique. Ouais, extrêmement hiérarchique. Je me souviens, on est sur un accouchement, on a appelé le médecin, un interne. En fait, il est arrivé. Il a pris des ciseaux [pour pratiquer une épisiotomie]. Et moi j'ai vu, j'ai regardé le médecin et j'ai fait : « Mais non, ça passe[94] ». Et il fait : « c'est moi le médecin, c'est moi qui décide ». Et en fait, ça m'avait rendue… J'étais hors de moi, quoi ! J'étais hors de moi ! En plus, j'étais sage-femme vacataire. Tu sais, j'avais une blouse en papier jetable. Moi-même j'étais jetable en fait. Si un jour j'écris un roman, pour le titre, je mettrai ça *: Même ma blouse, elle était jetable*. (..) Enfin, mais c'est censé être une super maternité où j'étais, physiologique et tout ! Laisse tomber. Franchement, il y avait des médecins, donc lui, par exemple… Ou un autre aussi, c'était un médecin qui recousait son épisiotomie et il laissait les femmes les quatre fers en l'air, en laissant la porte grande ouverte pour que la sage-femme fasse la petite toilette[95], tu vois ? Il rallongeait même pas la dame…. (…) J'en pouvais plus. J'ai fini par quitter l'hôpital. (…) Je me suis engagée dans une pratique d'accouchements à domicile » (France SF3)

> « Si vos sos diferente en el hospital, recibís mucha violencia. También amenazas. Es una tortura, realmente te torturan psicológicamente y de diferentes maneras. Yo me acuerdo de un parto que estaba atendiendo en el hospital, y el bebé venía como avanzando, el periné abriéndose. Y vino una médica del hospital. ¿Viste que te hacen poner toda la ropa esterilizada? Bueno, entonces yo tenía el camisolín acá y todas las cosas y vino esta médica, me agarró de la ropa, y entonces me terminó ahorcando. Me hacía así como… ahorcándome [la partera imita una mano tirando de la parte trasera de su blusa de manera que el cuello la estrangule]. Y me decía : "¡Cortala, cortala! ¡Cortale la vagina! ¡Cortale así, así!" Bueno. Y

[94] La sage-femme en disant « ça passe » exprime que l'ampliation du périnée lors de la descente de la tête de l'enfant dans les voies vaginales maternelles montre l'absence de risques de déchirure périnéale. Elle affirme donc qu'il n'y a pas de nécessité d'agrandir le passage en réalisant une épisiotomie (incision du périnée maternel).

[95] L'expression « petite toilette » désigne la toilette vulvaire consistant à nettoyer la vulve de la patiente. Juste après un accouchement hospitalier, une toilette vulvaire est systématiquement réalisée par un soignant au lit de la patiente, celle-ci n'étant généralement pas autorisée à se lever pour la réaliser elle-même.

después quedé con problemas cardíacos, muchos meses, muchos meses. Y además tenía que convivir con esta mujer que me agredía, porque ya se sabía en el hospital que yo no cortaba las mujeres, que no usaba medicación. O sea, no sé... tipo oxitocina, ¿viste? Para apurar el trabajo cuando en realidad todo iba bien, no hacía falta. Como que tenía que hacer eso a escondidas, con ayuda de enfermeras. Y tenía buenos partos. No es que yo era negligente. (…) Y bueno, al final dejé la práctica hospitalaria y armé mi práctica de partos en casa, para recuperar mi autonomía. »[96]. (Argentine SF)

Relations interprofessionnelles : entre tensions, ajustements et zones de coopération

D'autres sages-femmes décrivent observer des relations conflictuelles entre sages-femmes et médecins mais en insistant sur leurs propres bonnes relations avec leurs collègues médecins. Une sage-femme belge explique par exemple comment elle arrive à garder des relations cordiales avec les obstétriciens :

« (…) il faut commencer déjà par être bienveillant avec les internes qui sont complètement paumés parce qu'ils sont pas pris en charge. Parce que les médecins responsables sont souvent très occupés et que donc, du coup, ils sont un peu livrés à eux-mêmes. Alors s'ils tombent sur une sage-femme qui est sympa, qui leur montre comment faire un accouchement et comment suturer, ils en ont un bon souvenir. Et généralement ça se passe bien par la suite. (…) moi en tout cas j'ai jamais eu le sentiment d'avoir eu des problèmes avec les obstétriciens. (…) Est ce qu'après c'est peut-être aussi la maturité ? J'en sais rien. Ben je pense qu'il y a un respect mutuel qui s'installe et je pense qu'il faut pas que les sages-femmes attendent qu'il y ait du respect dans un sens, mais faut que ça aille dans les 2 sens. Et franchement voilà, je pense aussi qu'il y a le fait d'entendre ce que la personne vous dit en face. Moi personnellement j'ai jamais eu vraiment de gros problèmes. Oui, y a toujours des personnes qui sont, voilà, un peu

[96] Traduction : « Si tu es différente à l'hôpital, tu reçois beaucoup de violence. Des menaces aussi. C'est une torture, ils te torturent vraiment, psychologiquement et de différentes manières. Je me souviens d'un accouchement que j'étais en train d'accompagner à l'hôpital, le bébé avançait, le périnée était en train de s'ouvrir. Et une médecin de l'hôpital est arrivée. Tu vois, on te fait mettre tous les vêtements stériles ? Bon, donc j'avais la blouse ici, toutes les affaires, et cette médecin est venue, elle m'a attrapée par les vêtements, elle a fini par m'étrangler. Elle me faisait comme ça, en m'étranglant (la sage-femme mime une main tirant sur l'arrière de sa blouse de telle manière à ce que le col de la blouse l'étrangle). Et elle me disait : "Coupe, coupe ! Coupe-lui le vagin ! Coupe-lui comme ça, comme ça !" Voilà. Et après, j'ai eu des problèmes cardiaques. Pendant des mois, des mois. Et en plus je devais continuer à travailler avec cette femme qui m'agressait. Parce qu'à l'hôpital, on savait déjà que moi je ne coupais pas les femmes, que je n'utilisais pas de médicaments. Enfin tu vois, genre l'ocytocine, quoi… juste pour accélérer le travail alors qu'en vrai, tout se passait bien, y'avait pas besoin. Donc je devais faire ça en cachette, avec l'aide des infirmières. Et j'avais de bons accouchements, hein, ce n'est pas que ça se passait mal. Ce n'est pas que j'étais négligente. (…) Et voilà, au final, j'ai quitté la pratique hospitalière et j'ai développé une pratique pour les accouchements à domicile, pour retrouver mon autonomie. »

autoritaires, paternalistes, mais s'ils voient qu'on fait du bon travail généralement ça va. » (Belgique SF)

Une seule sage-femme, anglaise, décrit des relations de bonne entente généralisée entre les obstétriciens et les sages-femmes au sein de son pays. Elle rattache cela à une répartition stricte des rôles de chacun au sein du dispositif de soins ainsi qu'à une autonomie avérée des sages-femmes dans leur champ d'expertise.

> « Generally, I would say it's good, it's good relationship. (..) And as a college, a Royal College of Midwives, we have a good relationship with the Royal College of Obstetricians (…) even at that level, I think it's good, good working relationship, but they're obviously pockets where it breaks down. I think it is to do with the autonomy and on the whole the medic, medical staff respect midwives (…) Then that is very clearly the remit of the midwife, and that's in our law as well, written in our law. Whereas if it deviates from that normality, if it deviates from spontaneous, spontaneous, whatever, then that is clearly a medical referral. So I think it's when to refer to a medic is very clear. In the UK, midwives have taken on all sorts of specialist roles as well, which might have been medical roles in the past. (…) All sorts of specialist midwives in foetal medicine, in diabetes… (…). And I think the clear definition of roles makes that relationship easier. So the midwife does have autonomy when it's straightforward, when it's going to happen… (…) I think that makes that relationship clearer and I think that's why we have quite good relationships overall with our medical colleagues. Hmm." (Royaume-Uni, SF)

Rappelons que l'Angleterre fait figure d'exception au niveau européen quant à l'histoire de la maïeutique des XVIIIe-XIXe: l'autonomie des sages-femmes y a été préservée alors qu'elle a été combattue à la même époque dans les autres pays (Ruiz Berdún, 2014; Sage Pranchère, 2020).

Enjeux d'autonomie pour les pratiques à la marge du modèle de la naissance hospitalière

Certaines sages-femmes interrogées dans le cadre de cette recherche évoquent des tensions spécifiques liées à l'exercice de leur profession hors du cadre hospitalier, notamment dans le contexte des accouchements accompagnés à domicile (AAD) ou en maisons de naissance (MDN). Ces modalités de pratique, bien qu'autorisées dans plusieurs pays, semblent dans certains cas exposer les professionnelles à des formes de disqualification ou de mise en

question de leur légitimité, que ce soit de la part de médecins ou d'instances professionnelles comme le Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes.

Une sage-femme française exerçant en AAD rapporte par exemple que certains médecins auraient eu recours à des signalements auprès du Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes dans le but de contester ces pratiques. Ce témoignage souligne que les difficultés rencontrées ne relèveraient pas uniquement de divergences interprofessionnelles, mais pourraient également s'exprimer dans le champ de la régulation professionnelle :

> « Pendant longtemps, on entendait les médecins dire : « de toute façon, nous, contre les sages femmes AAD[97], on pose des plaintes au conseil de l'ordre des sages-femmes parce qu'au pénal elles sont pas…. elles sont pas condamnées, les juges sont trop neutres. Par contre à l'ordre, on les fait dégommer. » Voilà ce qu'on entendait. Donc on voit bien la neutralité de notre ordre, hein. Peut-être ce sera moins le cas maintenant, on l'espère. » (France SF2)

Ces mots témoignent d'un sentiment de fragilité perçue vis-à-vis des mécanismes de régulation internes à la profession. Il invite à interroger les effets différenciés que peuvent produire certaines configurations institutionnelles sur les pratiques professionnelles alternatives.

Plusieurs sages-femmes ayant exercé en maisons de naissance évoquent par ailleurs la nécessité de composer avec des relations interprofessionnelles instables. Dans un contexte où l'existence même de ces structures repose souvent sur une coopération avec un établissement hospitalier de référence, les rapports entre équipes peuvent jouer un rôle déterminant dans la pérennité du dispositif. L'une d'entre elles[98], exerçant en maison de naissance, décrit par exemple comment l'arrivée de nouveaux médecins dans l'hôpital partenaire a modifié les équilibres établis :

> « (…) Je te dis ça à contrecœur avec l'émotion : pour la pratique en maison de naissance, ne jamais se reposer sur les lauriers, ne jamais penser que c'est acquis la confiance, être super vigilant dès qu'il y a un nouveau médecin de l'équipe de l'hôpital de référence qui arrive, qui change. (…) Là il y a juste deux gynécos et deux pédiatres qui sont arrivés, qui sont jeunes, hein, et qui sont habités par leurs peurs, qui sont dans une autre dynamique, méfiants par

[97] AAD : Accouchement Accompagné à Domicile

[98] Volontairement, ici, le pays d'origine de la sage-femme n'est pas précisé afin d'éviter qu'elle ne puisse être reconnue à travers son verbatim.

> rapport à la maison de naissance. (…) Et là, pendant une réunion de coordination, pour instaurer la confiance, on leur dit de passer à la maison de naissance, de voir comment ça se passe. Et là, silence. On se regarde entre les filles, et on a dit : « OK, bon enfin, c'était juste une proposition. » Ça a été interprété comme de l'arrogance de notre part, en fait. Tu vois et c'est à partir de là, en fait que ça a accéléré les choses (…) Et là il y a une réunion et nous, les sages-femmes de la maison de naissance, on n'est pas conviées. (..) Voilà, les médecins discutent de nous sans nous, quoi, en fait. Pourtant, le cœur de la maison de naissance, c'est des sages-femmes ! On n'est même pas conviées à la réunion où vous parlez de notre maison de naissance ! (…) Et là, la maison de naissance, après 6 ans et demi de fonctionnement, c'est remis en cause. (…) et on n'est même pas à la réunion ! Et ils discutent de ça et après j'entends en off qu'on va voir pendant 6 mois comment ça marche, pour faire nos preuves ! Non, vraiment, excuse-moi, mais là oui, ça ressemble … Euh, je me dis, là, je me suis dit non, mais en fait, malgré tout ce qu'on a fait… Ça revient à cette méfiance des médecins envers les sages-femmes… Alors ça fait 4 mois et demi qu'on secoue tout le monde-là, qu'on alerte tout le monde, qu'on bosse comme des tarées en fait, qu'on dort pas, qu'on porte les parents qui sont inquiets … (…) Je ne suis pas d'une nature méfiante comme ça en fait, plutôt optimiste, mais là j'avoue que je serai vigilante et je serai sur mes gardes en fait la prochaine fois qu'il y aura des nouveaux médecins. Individuellement, tu as des gens, des médecins qui sont super hein ? Mais là… »

Dans ce récit, la sage-femme met en lumière l'absence de consultation de l'équipe de la maison de naissance dans les discussions concernant son avenir. Ce type de situation soulève des questions sur la reconnaissance de l'expertise des sages-femmes et sur les modalités de gouvernance des structures de soins hybrides. Ce vécu fait écho à certaines analyses d'universitaires qui soulignent les implications symboliques de la localisation des maisons de naissance. Sylvain Missonnier, professeur de psychologie clinique de la périnatalité à l'université Paris-Cité, note ainsi que la séparation physique entre une maison de naissance et une maternité ne constitue pas seulement une organisation spatiale, mais traduit également une séparation symbolique en termes de responsabilités cliniques entre sages-femmes et médecins. Selon lui, cette autonomie est parfois perçue par des gynécologues-obstétriciens comme une remise en cause de leur position centrale dans l'organisation des soins périnataux.

> « Cette séparation physique entre mdn[99] et maternité de référence permet d'objectiver l'existence de deux lieux distincts, correspondant à des pratiques de suivi et à des modalités

[99] Maisons de naissance

d'accouchement différentes. Mais aussi parce que cette séparation physique en traduit une autre d'ordre symbolique : dans les mdn, les sages-femmes sont autonomes, pleinement responsables de leurs conduites car non soumises à l'autorité de la hiérarchie obstétricale locale, ni à des pratiques inutilement médicalisées qu'induit souvent sa vision de l'accouchement comme étant systématiquement à risque. Ceux des obstétriciens qui sont hostiles aux mdn ne se sont d'ailleurs pas trompés sur le risque qu'il y aurait pour leur position dominante actuelle à accepter le principe d'une séparation physique, fût-elle limitée en distance par rapport aux maternités. C'est pourquoi ils défendent bec et ongles l'option exclusive de mdn attenantes ou situées au sein des maternités, arguant pour cela des risques de l'accouchement. Ils disqualifient ainsi la plupart des projets de mdn actuels (qui sont à proximité et non attenants aux maternités partenaires : c'est le cas du projet mutualiste de Rennes, du projet de Lyon, etc.). Et, comme par hasard, ils sont bien sûr favorables à la création de pôles d'accouchements physiologiques au sein des blocs obstétricaux, projets qui seront plus ou moins directement sous leur autorité. Leur position en la matière tend à influencer grandement celle des représentants de l'administration, par ailleurs obnubilés par une prise de risque minimale et d'autant plus enclins à favoriser les pôles physiologiques en raison d'un faible coût d'investissement supposé pour leur mise en place. » (Missonnier, 2007)

En définitive, dans notre corpus, les sages-femmes exerçant en marge du modèle dominant de la naissance hospitalière révèlent des expériences marquées par l'incertitude, la vigilance constante, et la nécessité de défendre la légitimité professionnelle dans des espaces où les normes dominantes de la naissance sont rarement remises en question. Ces éléments invitent à approfondir la réflexion sur les conditions institutionnelles favorables à une pluralité de modèles de prise en charge périnatale, en tenant compte des enjeux d'autonomie, de reconnaissance, et de coopération interprofessionnelle.

De la domination masculine historique à l'escalator de verre pour les hommes en maïeutique

Une exclusion historique des femmes de l'espace médical légitime

Dès l'immixtion des hommes dans la prise en charge de l'accouchement, les femmes sont cantonnées à un rôle subalterne dans le champ du soin autour de la naissance, n'accédant qu'au statut de sage-femme, considéré socialement comme inférieur à celui de médecin ou de chirurgien. Les études de médecine leur sont interdites en Europe jusqu'au dernier quart du XIXe. En France, ce n'est qu'en 1875 que Madeleine Brès devient la première femme à obtenir le titre de docteure en médecine. (Pigeard-Micault, 2013). Cette exclusion historique

repose sur des représentations genrées des professions de soin, justifiant la marginalisation des femmes au nom de qualités supposément incompatibles avec l'exercice médical. Un témoignage emblématique de cette vision est celui du Docteur Henri Montanier, publié en 1868 dans la Gazette des Hôpitaux, où il affirme :

> « Pour faire une femme médecin, il faut lui faire perdre la sensibilité, la timidité, la pudeur, l'endurcir par la vue des choses les plus horribles et les plus effrayantes (…) Lorsque la femme en serait arrivée là, je me le demande, que resterait-il de la femme ? Un être qui ne serait plus ni une jeune fille ni une femme ni une épouse ni une mère ! » (Gazette des Hôpitaux n°42, p34-35, 1868)

Ce discours illustre comment les normes de genre ont contribué à façonner les contours de la légitimité professionnelle, en réservant la médecine aux hommes tout en assignant les femmes à un espace de soin limité, dévalorisé et subordonné.

De l'ouverture tardive à l'ascension différenciée : l'entrée des hommes en maïeutique

À l'inverse, l'accès des hommes aux études de sages-femmes est longtemps resté impossible en France, jusqu'à son ouverture en 1982 (Charrier, 2007). Toutefois, une fois cet accès autorisé, un phénomène bien documenté s'observe : les hommes bénéficient d'un processus d'ascension professionnelle accéléré dans les métiers féminisés, que la sociologue Christine L. Williams a nommé « escalator de verre » (Williams, 1992). Contrairement au « plafond de verre » auquel sont confrontées les femmes dans les professions masculinisées, cet escalator de verre décrit la facilité avec laquelle les hommes minoritaires dans les professions féminisées accèdent aux postes de direction ou à des fonctions académiques. Danièle Kergoat souligne que, même dans les métiers historiquement féminins, les hommes parviennent à maintenir une domination structurelle (Kergoat, 2012). Dans la profession de sage-femme, les hommes restent aujourd'hui numériquement minoritaires, mais ils sont largement sur-représentés dans les postes d'encadrement et d'enseignement. Effectivement, des études dans différents pays, dont une étude transversale entre le Canada, la Grande Bretagne et les Etats-Unis d'Amérique, ont constaté que les hommes travaillant comme infirmiers ou sages-femmes accèdent plus facilement aux postes de management ou de leadership, malgré leur sous-représentation (Evans, 1997, 2004).

> “even in female-dominated occupations such as nursing, patriarchal gender relations which reflect a high valuation of all that is male and masculine, play a significant role in situating a disproportionate number of men in administrative and elite specialty positions.”(Evans, 1997)

Il a été montré que les stéréotypes favorisant les hommes dans les positions de pouvoir et de prise de décision jouent un rôle clé dans cette dynamique. Une étude britannique a notamment révélé que, bien que les hommes représentent une petite minorité dans ces professions, ils sont perçus comme plus compétents pour occuper des rôles de supervision ou de direction (Simpson, 2004).

> “Men benefit from their minority status through assumptions of enhanced leadership (the assumed authority effect), by being given differential treatment (the special consideration effect) and being associated with a more careerist attitude to work (the career effect)” (Simpson, 2004, p. 2)

Aux États-Unis, le même schéma a été documenté dans diverses professions féminisées, dont celle de sage-femme. Les hommes y sont promus plus rapidement, sont mieux payés et connaissent moins de freins liés à la gestion des responsabilités familiales ou des interruptions de carrière, contrairement à leurs collègues féminines. En revanche, cette progression ne profite pas uniformément à tous les hommes, notamment ceux issus de minorités raciales ou des communautés LGBTQ+, qui font face à des formes de discrimination qui limitent l'accès à ces avantages (Wingfield, 2009).

> « Many men who work in women's professions experience a glass escalator effect that facilitates their advancement and upward mobility within these fields (…) subtle aspects of the interactions, norms, and expectations in women's professions push men upward and outward into the higher-status, higher-paying (…) the upward mobility implied by the glass escalator is not uniformly available to all men who do “women's work.” (…) the glass escalator is a racialized concept and a gendered one. » (Wingfield, 2009)

Des chiffres révélateurs en France : surreprésentation masculine dans les sphères de pouvoir de la maïeutique

En France, les constats de progression professionnelle facilitée pour les hommes dans ces professions sont identiques. Ainsi, si la formation de sage-femme ne s’est ouverte qu’en 1982

aux hommes (Charrier, 2013)[100], et que les hommes ne représentent aujourd'hui que 2,72 % des effectifs de sages-femmes (Anguis et al., 2021, p. 29), les hommes sont actuellement surreprésentés dans les postes de pouvoir au sein de la profession. Les travaux de Philippe Charrier, spécialiste de la sociologie de la profession des sages-femmes lui font ainsi constater qu'en France :

> « les hommes sages-femmes sont surreprésentés dans les postes valorisés : ils sont souvent cadres, enseignants ou dirigeants des instances syndicales. » (Charrier, 2021)

J'ai calculé plus précisément cette surreprésentation en examinant la composition de quelques bureaux de différentes instances nationales importantes en maïeutique. Au niveau du bureau national du collège national des sages-femmes (CNSF) 2023-2025, la représentation masculine est 5 fois supérieure[101] au pourcentage d'hommes dans la profession, au conseil d'administration du CNSF 2023-2027, elle est 6,7 fois supérieure[102] et au sein du bureau de la Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique (CNEMA), présenté à l'assemblée générale du 20 mars 2024, elle est 18,4 fois supérieure[103].

Ajoutons qu'au niveau de la recherche académique, mes observations lors de colloques et congrès en maïeutique montrent une surreprésentation masculine des intervenants lorsque ceux-ci sont choisis par cooptation des organisateurs. Ainsi, lors d'un congrès national sur la recherche en maïeutique organisé en 2024 par des sages-femmes[104], 29,4 % des sages-

[100] La formation de sages-femmes s'est ouverte très tardivement aux hommes en France, un texte limitant la formation en maïeutique aux seules femmes jusqu'au début des années 1980. Ce n'est qu'en 1982 que le premier étudiant homme a intégré une école de sages-femmes. Et c'est en 1985 que ce premier homme sage-femme a été diplômé, les études étant alors de 3 ans (Charrier, 2013) alors qu'elles sont aujourd'hui de 6 ans. Puis, progressivement, d'autres étudiants hommes ont intégré le parcours de formation de sages-femmes. Les hommes restent cependant très minoritaires dans la profession qui reste féminine à plus de 97 % (Anguis et al., 2021, p. 29)

[101] Le bureau du CNSF 2023-2025 est composé de 7 sages-femmes dont 1 homme (source : site internet officiel du CNSF), soit une proportion masculine de 14,3 %. Or, les hommes représentant 2,72 % des effectifs en France, il s'agit d'une surreprésenation masculine 5 fois supérieure par rapport à leur représentation dans la population totale des sages-femmes en France.

[102] Le Conseil d'administration du CNSF 2023-2027 est composé de 22 sages-femmes dont 4 hommes (source : site internet officiel du CNSF), soit une proportion masculine de 18,2 %. Or, les hommes représentant 2,72 % des effectifs en France, il s'agit d'une surreprésenation masculine 6,7 fois supérieure par rapport à leur représentation dans la population totale des sages-femmes en France.

[103] Le bureau de la CNEMA est composé de 4 sages-femmes dont 2 hommes (source : rapport moral 2024 de la CNEMA), soit une proportion masculine de 50 %. Or, les hommes représentant 2,72 % des effectifs en France, il s'agit d'une surreprésenation masculine 18,4 fois supérieure par rapport à leur représentation dans la population totale des sages-femmes en France.

[104] Le colloque « La maïeutique. Enjeux professionnels § perspectives de recherche », qui a eu lieu le 1er février 2024 au centre des colloques d'Aubervilliers, a mis au programme 18 intervenants sages-femmes (et quelques autres intervenants d'autres professions). Parmi les 18 intervenants sages-femmes, 13 étaient des femmes et 5 des hommes. Le jour du colloque, une des intervenantes sages-femmes était absente et il y eut donc ce jour-là 17 intervenants sages-femmes dont 12 femmes et 5 hommes, soit une proportion de 29,4 % d'intervenants qui étaient des hommes sages-femmes. Or, les hommes n'étant que de 2,72 % des effectifs sages-femmes (Anguis et al., 2021, p. 29), ils sont 10,8 fois surreprésentés par rapport à leur proportion effective dans la population globale des

femmes ayant fait une communication ou animé une table ronde étaient des hommes (5 hommes pour 12 femmes). Or, les hommes n'étant que 2,72 % dans la profession (Anguis et al., 2021, p. 29), les hommes sages-femmes étaient ainsi 10,8 fois surreprésentés par rapport à leur proportion dans la population de sages-femmes. De plus, l'un de ces intervenants masculins a introduit la journée par une communication traitant des inégalités de genre dans la construction historique de la profession, sans faire référence à la situation contemporaine de surreprésentation des hommes dans les postes de pouvoir au sein de la profession. Cet état de fait de la surreprésentation masculine dans les postes de pouvoir en maïeutique est ainsi passé sous silence, semblant montrer un aveuglement de la profession face à cette forme de la domination masculine. Cela n'est pas sans évoquer les travaux de Bourdieu sur l'incorporation de la domination masculine tant par les hommes que par les femmes (Bourdieu, 1990).

Cet escalator de verre témoigne d'une persistance des représentations patriarcales quant à des capacités supposées supérieures aux hommes par rapport aux femmes. Ainsi, les hommes bénéficient encore aujourd'hui d'un apriori favorable quant à leurs capacités à produire et transmettre des savoirs scientifiques sur la naissance, à diriger des équipes de sages-femmes ou à interagir avec les institutions académiques ou de santé (Simpson, 2004). Ce processus historique de disqualification des femmes dans la production des savoirs et dans l'organisation des soins autour de la naissance continue ainsi aujourd'hui sous des formes insidieuses, reconduisant la domination masculine au sein d'un champ pourtant féminisé. Cela illustre la capacité du patriarcat à se recomposer au sein même des espaces qui semblent lui échapper (Williams, 1992).[105]

Observations de terrain : des stéréotypes et biais implicites aux logiques d'ascension

L'analyse de mes carnets de terrain donne quelques pistes de réflexion sur les dynamiques internes à la profession qui permettent à cet escalator de verre de s'ériger. Des observations, relatées dans mes carnets de terrain au fil des années, reflètent effectivement différentes

sages-femmes. (si la sage-femme femme absente avait été présente, la proportion d'homme sages-femmes en tribune aurait été de 17,8 % et la surreprésentation aurait été de 10,2 fois supérieure à la représentation féminine de la pofession.)

[105] Nous reviendrons plus longuement dans la partie II de ce manuscrit sur la manière dont cet escalator de verre pour les hommes sages-femmes s'érige concrètement au sein de la profession à l'heure actuelle.

dynamiques pouvant participer à expliquer cette surreprésentation masculine dans les postes de pouvoir en maïeutique.

Je fais partie de cette génération de sages-femmes qui a été formée alors que les études de sage-femme s'étaient ouvertes aux hommes depuis moins d'une décennie. Durant mes années d'études, dans les années 1990, seuls deux étudiants sages-femmes, sur l'ensemble des promotions, étaient des hommes. Alors que nous revêtions toutes pendant nos stages une tenue-pyjama blanche avec un liseré rose, eux revêtaient une blouse blanche. Une première différenciation marquait ainsi le statut des hommes dans la profession dès leur entrée dans la formation : la tenue. L'uniformisation des tenues quel que soit le genre de l'étudiant sage-femme, a mis du temps à se mettre en place, et des disparités peuvent continuer à subsister, aussi bien chez les étudiants que chez les professionnels. Pour ces deux étudiants, il s'est avéré que les patientes et leurs conjoints, se référant à leur blouse blanche, les appelaient alors « docteur ». Ce détail anodin en apparence témoigne de la manière dont les rôles genrés sont perçus dans les soins. Cette anecdote montre non seulement la difficulté à concevoir un homme dans une profession historiquement féminine, mais aussi la tendance à le placer spontanément dans une catégorie hiérarchiquement et socio-économiquement supérieure. Ainsi, avant même d'avoir prouvé ses compétences, ces étudiants bénéficiaient déjà d'une forme de reconnaissance associée au statut masculin, à travers ce titre de « docteur » que les patients leur octroyaient.

D'autres observations relevées pendant mes trente années de pratique montrent ensuite des pratiques discursives pouvant participer à expliquer l'ascension professionnelle rapide des hommes. Certains propos, consignés dans mes carnets de terrain, traduisent une forme de légitimation implicite du masculin dans les interactions avec les sphères décisionnelles.

Ainsi, dans différentes équipes, il a pu être suggéré que la présence d'un collègue masculin lors d'échanges avec la direction permettrait de « mieux faire passer les messages » ou de « faciliter les négociations », en raison de stéréotypes associés à l'autorité masculine. Un extrait de carnet particulièrement révélateur consigne ces phrases entendues au sein d'une équipe de sages-femmes : « Il faut que ce soit lui qui aille à cette réunion avec la direction : en tant qu'homme, il sera mieux écouté. C'est mieux pour les négociations. »

Ce type de représentations, bien qu'exprimé sur un mode parfois anecdotique, révèle une internalisation persistante de stéréotypes de genre, y compris dans des professions

majoritairement féminines. Ces dynamiques sont particulièrement significatives si l'on considère que, selon Divay (Divay, 2018), la visibilité répétée dans les espaces décisionnels constitue un levier important d'avancement professionnel pour les cadres de santé. Ces observations s'inscrivent dans la continuité des analyses de Simpson (Simpson, 2004), qui documente la manière dont les hommes bénéficient, même en minorité, de mécanismes d'ascension accélérée en raison de leur genre.

Enseignement supérieur et recherche : un terrain de reproduction des inégalités

D'autres observations consignées sur plusieurs années suggèrent des dynamiques similaires dans le champ académique en maïeutique. Il est notamment arrivé que l'attribution de responsabilités universitaires ou de soutiens spécifiques à des sages-femmes enseignants ou doctorants soit justifiée par une affinité déclarée avec le genre du bénéficiaire[106]. Cela rejoint les constats nationaux et internationaux pour la recherche en général : les hommes chercheurs perçoivent davantage de financements que leurs consœurs (Elsevier, 2017; Schmaling & Gallo, 2023). Cela est facilité par le fait que les réseaux au sein des universités peuvent favoriser certains chercheurs par rapport à d'autres dans l'accession aux ressources et aux postes universitaires. Comme l'ont démontré Olivier Godechot et Nicolas Mariot, les réseaux sont une forme puissante, bien qu'illégitime, de contournement de l'évaluation au mérite, notamment pour l'attribution de postes universitaires (Godechot & Mariot, 2004). Or, dans les métiers féminisés du *care*, comme nous l'avons vu, le capital social des hommes est plus important que celui des femmes et leur permet ainsi non seulement de pénétrer plus rapidement ces réseaux mais aussi d'y gagner plus rapidement en légitimité du fait des stéréotypes de genre.

[106] En témoigne différentes anecdotes consignées dans mes carnets autoethnographiques, telle une remarque entendue et retranscrite selon laquelle il serait « plus facile de prendre certaines décisions entre hommes » (paroles précédent l'annonce que tel homme sage-femme sera promu sur un poste d'enseignant et sera encouragé à réaliser un doctorat, avec allégement des responsabilités académiques le temps du doctorat). De telles paroles, lorsqu'elles s'inscrivent dans des pratiques effectives de distribution des opportunités, soulèvent des interrogations sur la manière dont les stéréotypes de genre peuvent influencer les trajectoires académiques. Une situation observée dans ce même cadre universitaire et relatée également dans mes journaux autoethnographiques illustre de manière complémentaire cette logique académique de l'escalator de verre pour les hommes sages-femmes : parmi plusieurs enseignants sages-femmes des deux sexes engagés dans un doctorat à une même période, seuls les hommes ont bénéficié de postes spécifiquement aménagés pour accompagner leur parcours doctoral. Ces créations de postes n'ont pas fait l'objet d'un appel à candidatures ni n'ont été pensées pour une pérennisation à l'issue de l'obtention du doctorat par ces hommes sages-femmes. Ces attributions de postes ont donc échappé à toute mise en concurrence, ne permettant pas à leurs consœurs sages-femmes doctorantes de pouvoir y postuler lors de leur création ni de pouvoir y prétendre par la suite.

Enfin, certaines de mes observations font apparaître des logiques de cooptation entre hommes sages-femmes. Une fois installés dans des fonctions d'encadrement ou d'enseignement, certains professionnels peuvent, parfois sans intention explicite, faire appel à leurs pairs masculins lors de recrutements, ne serait-ce qu'en leur transmettant précocement des informations. Ce mécanisme, qui peut sembler anodin, rejoint les analyses de la littérature sur la reproduction sociale par les réseaux montrant que, tant dans le milieu hospitalier (Divay, 2018) que dans le milieu académique (Godechot & Mariot, 2004), les privilèges d'accès à l'information et au capital relationnel peuvent contribuer à renforcer des dynamiques inégalitaires.

Cette prédominance du pouvoir masculin dans le monde académique a des effets concrets sur les possibilités de faire reconnaître des savoirs féminins situés en sciences humaines et sociales. Une sage-femme chercheure expose ainsi les difficultés qu'elle a rencontré pour pouvoir publier un article questionnant la normalisation de la position gynécologique pour les accouchements à partir d'épistémologies féministes :

> « (…) suite à cette recherche et ce colloque, j'ai écrit un article qui a été très compliqué et je suis assez déçue parce que j'ai renié beaucoup de choses dans cet article, c'est à dire qu'au début il était beaucoup plus transgressif, beaucoup plus féministe je dirais, et j'ai eu des reviewers qui m'ont franchement emmerdée. Excuse-moi, mais je trouve que tu sais dans les reviewers t'en as parfois qui sont constructifs et tu te dis t'as envie de les embrasser, tu sais pas qui c'est mais tu dis mais merci d'avoir passé tant de temps sur cet article et de m'avoir aidée à l'améliorer et puis t'en as parfois qui te cassent pour te casser et qui disent des conneries. Sauf que la revue ne remet pas en question ce que disent les reviewers et du coup t'en es à devoir faire des modifs juste parce que t'en peux plus et que t'as envie que ton article passe, quoi ! Donc moi notamment, je sais que c'était un homme parce qu'il conjuguait au masculin ses remarques. Au moment où je dis que la position gynéco ou la science obstétricale est une science masculine et que la position gynéco a été mise en place par des hommes sur le corps des femmes pour gouverner, contrôler le corps des femmes, et puis qu'il y a position de supériorité où l'homme est debout, alors que la femme est allongée, et là, il m'a quand même répondu dans les remarques : « quand un mécanicien est allongé sous la voiture pour la réparer, je n'ai pas l'impression que la voiture soit dans un état de domination par rapport au mécanicien. » Tu vois pour te dire le niveau du truc quoi. Et voilà, et je t'assure cet article pendant un an et demi, j'ai eu des retours. Je crois que j'ai eu 3 reviews, je trouvais des trucs

d'une dizaine de pages, j'en pouvais plus. Et puis voilà, j'ai… Du coup je te dis j'ai renié pas mal de trucs, bon. » (France SF4)

Ce témoignage illustre comment la domination historique des épistémologies masculines prend de nouvelles formes, non seulement dans le monde du soin mais aussi dans le monde académique, participant à invisibiliser la capacité des femmes et des sages-femmes à construire la connaissance scientifique à partir de leurs savoirs incarnés et situés. Cependant, comme nous l'avons vu au fil du chapitre, cette domination des épistémologies masculines peut aussi être véhiculée par les femmes elles-mêmes, qu'elles soient sages-femmes, médecins ou universitaires. De la même façon, les résistances à ces épistémologies masculines autour de la naissance n'émanent pas que de femmes mais peuvent aussi être le fait d'hommes, qu'ils soient sages-femmes, médecins, co-parents ou encore chercheurs.

Se prémunir d'inégalités de genre dès les études en maïeutique

L'analyse de mes carnets de terrain comme enseignante-maïeutique m'a également conduite à m'interroger sur l'importance de repérer précocement les dynamiques pouvant favoriser des trajectoires différenciées selon le genre, y compris durant la formation initiale. Cette vigilance prend tout son sens dans une profession historiquement féminine, où les hommes, bien que très minoritaires, semblent parfois bénéficier de formes implicites de légitimation.

A noter que le concours pour intégrer la formation de sage-femme était jusque 2003-2004 totalement indépendant des concours d'intégration aux autres filières médicales. Les étudiants avaient donc envisagé la profession de sage-femme en s'y inscrivant. En 2003-2004, l'accès aux études de sages-femmes a été modifié : passage du concours après une première année d'études commune à l'ensemble des filières de kinésithérapie, odontologie, pharmacie, médecine et maïeutique, avec un concours commun à l'ensemble de ces filières. Cette réforme a ouvert la possibilité que certains étudiants, initialement candidats à d'autres filières, soient affectés en maïeutique sans l'avoir envisagé comme premier choix.

Certaines étudiantes et étudiants intègrent alors un parcours de formation en maïeutique par défaut. Ils s'engagent pour cinq années supplémentaires jusqu'à l'obtention du diplôme de docteur en maïeutique, obtenu après six années d'études et ouvrant à la pratique de sage-femme (le diplôme d'Etat de sage-femme, obtenu en cinq années d'études est transformé en diplôme d'Etat de docteur en maïeutique, obtenu en six années, avec une première remise

de ce nouveau diplôme pour la promotion 2023-2029)[107]. Mes observations de sage-femme enseignante montrent que certaines et certains de ces étudiants ou étudiantes finissent par embrasser la pratique en maïeutique. Un aperçu en a été donnée sur grand écran dans le film « Sage-Homme » (Devoldère, 2023) retraçant les études d'un de ces étudiants entrés dans la filière maïeutique par défaut.

Ces étudiantes et étudiants ayant intégré la filière maïeutique par défaut ont cependant, depuis 2021, la possibilité de demander une réorientation en cours d'études vers une autre filière médicale. Beaucoup tenteront alors cette procédure « Passerelles » permettant aux titulaires de certains titres ou diplômes, d'accéder directement en 2ème ou 3ème année d'une des filières du cursus santé. Les étudiants sages-femmes peuvent ainsi demander à intégrer la filière médecine après avoir obtenu la validation de la licence en maïeutique, ou après avoir validé l'ensemble de leur cursus en maïeutique et avoir obtenu leur diplôme d'état. C'est ensuite un jury universitaire qui sélectionne les candidats, sur dossier et oral de motivation. Or, le nombre de places pour intégrer les études de médecine après une passerelle est très limité et les candidats nombreux. De nombreuses étudiants sont donc déboutés de leurs demandes.

Dans ce contexte très concurrentiel, il paraît important de rester attentif à la manière dont les critères de sélection sont formulés, perçus et appliqués, notamment à travers le prisme du genre[108]. Si certains profils masculins bénéficient d'un surcroît de légitimité perçue en raison de leur statut minoritaire ou de biais implicites valorisant certaines qualités historiquement et socialement associées au masculin (autorité, leadership, ambition, rigueur, objectivité scientifique, etc.), cela peut engendrer des différences d'accès aux opportunités, discrètes mais significatives.

[107] Réforme 2024 : le diplôme d'état de sage-femme est transformé en diplôme d'état de docteur en maïeutique, titre qu'obtiendra la promotion intégrant la filière maïeutique à la rentrée universitaire 2024-2025 lors de sa remise de diplôme en 2029, après 6 années d'études dont une réalisée avant le concours d'entrée.

[108] Une observation locale a par exemple montré que, dans une université, les deux seuls hommes étudiants ayant intégré la filière maïeutique entre 2019 et 2021 ont chacun demandé et obtenu une passerelle pour intégrer la médecine — l'un au sein de la même université après sa 3e année de licence, l'autre dans une autre université après l'obtention de son diplôme d'État. Bien qu'il s'agisse de cas isolés qui ne permettent pas de tirer de conclusion généralisable, ce constat peut interroger, notamment au regard du nombre d'étudiantes déboutées durant la même période, dont certaines présentaient un dossier au moins aussi solide selon les critères connus. On peut dès lors se demander si une forme d'ascension facilitée, évoquant l'escalator de verre, pourrait exister dès la formation initiale pour certains profils masculins. Cette hypothèse, formulée avec prudence, mériterait d'être explorée par une étude à plus grande échelle pour être confirmée ou infirmée.

Il est essentiel de s'interroger sur la manière dont les mécanismes de sélection ou de réorientation peuvent, même involontairement, reproduire des hiérarchies de genre déjà observées dans la profession. Cette vigilance vis-à-vis des formes précoces de différenciation permettrait de mieux comprendre comment certaines trajectoires peuvent être favorisées avant même l'entrée dans la vie professionnelle. Cela donnerait des outils pour agir en amont afin de garantir une équité effective et durable dans l'accès aux parcours d'excellence, que ce soit au sein de la maïeutique ou lors de réorientation d'études.

Une double peine pour les femmes : discriminations professionnelles et épuisement

Les conclusions d'une étude mondiale réalisée par l'OMS montrent ainsi que, d'une part, les femmes dans les professions du soin sont confrontées à des obstacles que leurs collègues masculins ne rencontrent pas, et que, d'autre part, cela impacte leur bien-être et leurs moyens de subsistance. Cette étude met en exergue que l'escalator de verre dont bénéficient les hommes impacte négativement les systèmes de santé, faisant perdurer les inégalités de genre et diminuant la qualité des soins.

> "The female health and social care workers who deliver the majority of care in all settings face barriers at work not faced by their male colleagues. This not only undermines their own well-being and livelihoods, it also constrains progress on gender equality and negatively impacts health systems and the delivery of quality care" (OMS, 2019, p. 1)

En dehors des seuls privilèges masculins, une approche intersectionnelle permettrait d'analyser comment d'autres facteurs, comme la classe sociale ou l'origine ethnique, interagissent avec le genre pour produire des inégalités supplémentaires ou différenciées. Par exemple, les sages-femmes racialisées ont-elles le même accès aux privilèges académiques ou professionnels par rapport à leurs consœurs non racialisées ?

Conclusion du chapitre 4

Ce chapitre a montré que l'histoire de la maïeutique est marquée par des ruptures brutales, des transferts de savoirs, et des processus d'effacement qui ont progressivement déplacé l'autorité autour de la naissance des femmes vers les institutions médicales. Ce déplacement s'est opéré au prix d'une disqualification des savoirs féminins émotionnels, expérientiels et

endogènes, au profit d'une rationalité biomédicale portée par une domination masculine. Ce processus a progressivement érigé un modèle unique, hospitalo-centré, standardisé, dont les logiques persistent aujourd'hui jusque dans les pratiques les plus intimes du soin. Pourtant, cette dynamique ne s'est jamais imposée sans résistances.

Les pratiques contemporaines qui réhabilitent l'accouchement accompagné à domicile, qui réinventent les pratiques en maisons de naissance, ou qui contestent la surmédicalisation de la périnatalité, s'inscrivent dans une généalogie longue de réappropriation des savoirs, de luttes pour l'autonomie, de résilience face à l'institutionnalisation du corps des femmes. Qu'elles émergent en Europe, en Amérique latine, en Afrique, en Asie, ou en Océanie ces formes de résistance tissent des ponts entre héritages minorés et aspirations à une naissance plus respectueuse, plus incarnée, plus humaine.

Ce chapitre montre que les tensions actuelles ne peuvent être dissociées des trajectoires historiques qui ont façonné la profession de sage-femme et l'organisation des soins autour de la naissance. Penser la maïeutique aujourd'hui, c'est donc reconnaître l'héritage de cette histoire, en mesurer les traces dans les pratiques, et envisager les résistances comme les formes vives d'une pensée critique incarnée dans les gestes du soin. En ce sens, elles apparaissent non seulement comme des survivances, mais comme des forces transformatrices qui ouvrent la voie aux analyses suivantes, centrées sur leur ancrage émotionnel (Partie II) et institutionnel/transnational (Partie III).

Conclusion de la partie I

Cette première partie a posé les fondements critiques, méthodologiques et épistémologiques de cette recherche, en interrogeant les tensions contemporaines entre standardisation des soins et humanisation de l'accompagnement à la naissance. À travers une démarche inductive articulant matériaux empiriques et réflexions théoriques, elle a permis de faire émerger des concepts originaux — les « émotions de rébellion » et les « résistances à bas bruit » — qui éclairent avec acuité les dynamiques de résistance et de réinvention en maïeutique.

Le **chapitre 1** a détaillé l'élaboration progressive d'une posture de recherche inductive et critique, ancrée dans les expériences situées des actrices du soin. En mobilisant notamment les notions de justice cognitive, de savoirs situés et de colonialité du savoir, croisées avec des données de terrain issues d'une enquête multi-située sur cinq continents, il a permis de construire une grille de lecture apte à reconnaître les savoirs subalternisés comme des formes légitimes de connaissance. Ce chapitre a insisté sur la nécessité d'une vigilance épistémologique pour éviter de reproduire, dans l'analyse, les logiques de domination que l'on prétend déconstruire. Il propose ainsi un cadre réflexif pour penser une pratique de recherche éthique, engagée et située.

Le **chapitre 2** a ensuite présenté la méthodologie déployée dans cette recherche, marquée par une approche multi-située et une triangulation des méthodes (55 récits de pratique dans 36 pays, enquêtes socio-anthropologiques dans 6 pays, auto-ethnographie dans 12 pays et analyses documentaires). Il a souligné l'attention portée à l'éthique de la recherche et à la réflexivité nécessaire pour rendre compte de formes de résistance parfois affirmées, parfois clandestines, mais toujours significatives.

Le **chapitre 3** a mis en lumière les effets ambivalents des normes biomédicales mondialisées sur les pratiques des sages-femmes et les expériences des femmes-patientes. Il a montré que, loin d'être passives face à ces cadres contraignants, de nombreuses sages-femmes développent des formes discrètes d'ajustement ou de contournement des normes. Ce chapitre a proposé deux concepts centraux issus du terrain : les « émotions de rébellion », révélatrices d'injustices structurelles et porteuses de potentialités critiques, et les « résistances à bas bruit », gestes discrets mais porteurs d'un pouvoir transformateur, capables de modifier les pratiques de soin depuis l'intérieur même des institutions.

Le **chapitre 4** a replacé ces résistances dans une perspective historique, en retraçant les processus de dépossession et d'objectivation des savoirs féminins en maïeutique. En faisant dialoguer une revue de littérature en histoire mondiale de la maïeutique avec mes données empiriques internationales de terrain, il a montré que les pratiques critiques actuelles s'inscrivent dans une mémoire longue de luttes et de disqualification des savoirs. Ainsi, les résistances apparaissent comme les expressions contemporaines de trajectoires de réappropriation et de reconfiguration des savoirs.

Sur le plan scientifique, cette partie appelle à développer une politique de recherche ouverte aux savoirs situés, émotionnels, expérientiels et endogènes, en les reconnaissant comme des contributions légitimes à la production scientifique. Sur le plan pédagogique, elle invite à intégrer à la formation des sages-femmes une réflexion critique sur l'histoire des savoirs en maïeutique et sur les mécanismes d'injustice épistémique, afin de renforcer leur capacité à valoriser la diversité des pratiques de soin. Sur le plan institutionnel et politique, elle plaide pour des dispositifs de santé publique attentifs à l'écologie des savoirs, capables de reconnaître et de soutenir des pratiques alternatives ou marginalisées.

Ce socle conceptuel et méthodologique ouvre la voie aux développements de la suite de la thèse. La Partie II s'attardera sur les émotions vécues par les sages-femmes et les femmes-patientes : elle montrera comment, en entrant en tension avec les prescriptions institutionnelles, certaines émotions deviennent foyers de résistance et moteurs de réinvention des pratiques. La Partie III élargira ensuite l'analyse à l'échelle globale, en explorant les effets de la mondialisation des normes et les résistances qu'elle suscite, notamment dans les contextes pandémiques et de coopération internationale.

Ainsi, cette première partie constitue la matrice critique du manuscrit : elle offre les outils pour suivre, dans les parties suivantes, le fil des résistances et des savoirs invisibilisés, dans leur historicité, leur diversité et leur puissance transformatrice.

Partie II. Les émotions de rébellion comme vecteurs de résistance – Du vécu intime aux dynamiques collectives

Introduction de la partie II

La première partie de cette thèse a posé les fondements critiques, méthodologiques et conceptuels nécessaires pour penser la maïeutique depuis ses marges. Elle a permis de dégager une posture de recherche située et engagée, attentive aux résistances discrètes et aux savoirs subalternisés, tout en formulant deux outils conceptuels centraux : les « émotions de rébellion » et les « résistances à bas bruit ». La troisième partie élargira ensuite l'analyse à l'échelle institutionnelle et transnationale, afin d'interroger la circulation des normes globalisées et les résistances qui s'y déploient.

La présente partie II occupe une place charnière : elle opère le passage entre l'élaboration théorique et méthodologique de la recherche (Partie I) et l'analyse des configurations globales de domination et de résistance (Partie III). Elle propose d'entrer au cœur des subjectivités, des corps et des collectifs, pour comprendre comment les émotions — et en particulier les « émotions de rébellion » — s'ancrent dans l'expérience vécue et deviennent des vecteurs de transformation. Elle montre que les émotions ne relèvent pas seulement de l'intime ou de l'individuel : elles sont également des ressources critiques, susceptibles de nourrir des résistances partagées et de recomposer les pratiques de soin, ouvrant ainsi des pistes pour penser une « maïeutique émancipatrice ».

Elle s'inscrit dans la problématique générale de la thèse : *Comment les résistances — qu'elles soient émotionnelles, discrètes ou collectives — exprimées par les sages-femmes et les femmes-patientes face aux normes biomédicales globalisées émergent-elles, se manifestent-elles et reconfigurent-elles la maïeutique contemporaine ?* Plus précisément, il s'agit ici de répondre à la question suivante : *De quelle manière les émotions vécues — en particulier les « émotions de rébellion » — deviennent-elles des vecteurs de résistance et de transformation des pratiques en maïeutique ?*

Cette partie se déploie en trois chapitres complémentaires :

- **Le chapitre 5** explore les fondements conceptuels et méthodologiques permettant de mobiliser la subjectivité de la praticienne-chercheure comme ressource épistémique. À travers une revue de littérature croisant épistémologies féministes, phénoménologie et approches réflexives, il introduit l'auto-ethnographie comme cadre

méthodologique pour objectiver la subjectivité et valoriser une sensibilité située, en dialogue avec la pratique clinique et la recherche.

- **Le chapitre 6** déplace l'attention vers le corps, envisagé comme archive des émotions silenciées. En analysant comment les vécus émotionnels s'inscrivent et resurgissent dans la mémoire corporelle, il met en évidence le travail émotionnel des sages-femmes, souvent invisibilisé. Ces réactivations corporelles peuvent faire surgir des « émotions de rébellion », révélant l'injustice de certaines normes et ouvrant la voie à des formes de résistance et de transformation des pratiques.
- **Le chapitre 7** élargit enfin la focale à la dimension collective. Il interroge la circulation et le partage des « émotions de rébellion », et la manière dont elles nourrissent des résistances collectives face aux normes émotionnelles dominantes. Ce chapitre montre comment la mise en commun d'émotions silenciées peut devenir force subversive, tout en soulignant les risques de récupération institutionnelle.

En somme, cette partie II montre comment les émotions constituent des lieux d'ancrage de la critique et des leviers de recomposition des pratiques, préparant ainsi la possibilité d'une maïeutique plus émancipatrice.

Chapitre 5. Usage des émotions de rébellion en recherche : de la sensibilité située à la méthode de l'auto-ethnographie critique

Introduction du chapitre 5

Avant de mobiliser l'auto-ethnographie dans l'analyse, il importe d'en situer les fondements. Ce chapitre explore la manière dont le regard de la praticienne-chercheure, façonné par son vécu et ses émotions, peut devenir un outil de production de connaissances. À travers une revue de littérature croisant épistémologies féministes, phénoménologie et méthodologies réflexives, il pose les bases conceptuelles et méthodologiques qui permettront, dans la suite du manuscrit, de mobiliser l'auto-ethnographie comme approche critique en maïeutique.

Ce chapitre interroge la place et la reconnaissance de la subjectivité dans la recherche en maïeutique lorsque celle-ci est portée par une praticienne-chercheure occupant une double appartenance — professionnelle et académique. Plus précisément, il s'agit de se demander :

Comment la subjectivité, et en particulier la sensibilité située issue d'un parcours professionnel et de terrain, peut-elle être prise en compte dans la production de savoirs, et quelles tensions épistémologiques et institutionnelles cette prise en compte soulève-t-elle ?

Pour répondre à cette question, la démarche adoptée est celle d'une revue de littérature afin de dégager les principales approches ayant traité de la subjectivité du chercheur et de ses implications méthodologiques. Elle mobilise des travaux relevant principalement de la philosophie des sciences — incluant notamment les épistémologies féministes, les approches constructivistes et, plus marginalement, la phénoménologie — ainsi que de la socio-anthropologie critique. Cette analyse s'appuie sur des concepts tels que les « savoirs situés » (Haraway, 1988) , l'« implexité assumée » (de Lavergne, 2007; Le Grand, 2006), les « outlaw emotions » (Jaggar, 1989) ou encore la « meta-lucidity » (Medina, 2013).

L'argumentation se déploie en quatre temps.

- **La première partie** examine les apports théoriques autour de la subjectivité située et de la double appartenance, en montrant leur portée pour penser la posture de praticienne-chercheure.
- **La deuxième partie** explore la tension entre subjectivité comme ressource épistémique et son escamotage dans les écrits académiques, en analysant les mécanismes qui conduisent à sa marginalisation et leurs effets sur la légitimité scientifique.
- **La troisième partie** présente l'auto-ethnographie comme cadre méthodologique pertinent pour articuler expérience vécue et production de connaissances, en discutant ses origines, ses principes, ainsi que ses atouts et limites au regard de la littérature.
- **La quatrième partie** précise les détails de la méthode des vignettes auto-ethnographiques appliquée dans les deux prochains chapitres.

En posant ces bases, ce chapitre précise ainsi le terrain conceptuel et méthodologique sur lequel s'appuie cette deuxième partie de manuscrit.

I- *Subjectivité de praticienne-chercheure*

Subjectivité et double appartenance

Maurice Merleau-Ponty rappelle que nous pensons le monde à travers notre subjectivité :

> « je suis jeté dans une nature et la nature ne m'apparaît pas seulement hors de moi dans les objets sans histoire, elle est visible au centre de la subjectivité ». (Merleau-Ponty, 1945, p. 398)[109]

Cette conception met en lumière que toute recherche s'élabore à partir d'un point de vue situé. C'est précisément ce qu'exprime Donna Haraway lorsqu'elle développe le concept de « savoir situé » (Haraway, 1988) : il suppose de s'interroger sur la position de la personne qui

[109] Pour lui, « la réflexion n'est vraiment réflexion que si elle ne s'emporte pas hors d'elle-même, se connaît comme réflexion-sur-un-irréfléchi, et par conséquent comme un changement de structure de notre existence. » (Merleau-Ponty, 1966, p. 76)

produit ce savoir et sur sa vision nécessairement parcellaire. Le chercheur ne peut « tout voir » de son objet depuis sa propre position. Pour Haraway, atteindre une plus grande objectivité suppose donc de prendre en compte la subjectivité du chercheur, en comprenant « d'où il parle » — et, pourrait-on ajouter, « d'où il ressent ».

Cette articulation entre sensibilité et engagement en recherche prend une dimension particulière pour le « praticien-chercheur » (Kohn, 2001), ou plutôt, ici, la praticienne-chercheure : à la fois professionnelle en exercice dans un domaine et chercheure travaillant sur ce même domaine. Cette double appartenance entraine une position ambivalente : être à la fois « dedans » et « dehors », observant des pratiques tout en les incarnant Or, être praticienne-chercheure suppose un « effort d'objectiver la subjectivité » (Kohn, 2013). Dans un souci d'éthique de la recherche, cet effort est nécessaire car il permet

> « l'analyse de l'implication déjà-là dans nos appartenances et non-appartenances, nos références et non-références, nos participations et non-participations, nos surmotivations et démotivations, nos investissements ou non-investissements libidinaux… » (Lourau, 1990)

De Lavergne identifie trois axes centraux d'interférence entre cette posture de praticien-chercheur et la recherche: subjectivité et engagement en recherche, interactions avec les communautés d'appartenance, transformation personnelle et créativité dans la recherche (de Lavergne, 2007).

Une sensibilité située : ancrage personnel et parcours professionnel

Ma subjectivité de praticienne-chercheure s'est façonnée au fil d'un parcours pluriel : pratique de la maïeutique sur différents continents, expériences comme sage-femme, enseignante en maïeutique, chargée de recherche en santé publique et socio-anthropologie, mais aussi en tant que femme-patiente. Ce vécu m'a rendue particulièrement attentive aux tensions entre normes institutionnelles et réalités vécues sur le terrain.

Je qualifie cette subjectivité de « sensibilité située », en écho au « savoir situé » de Haraway (Haraway, 1988). Elle articule mon corps, mon histoire et mes expériences professionnelles, en influençant mes manières d'observer, de comprendre et de questionner la maïeutique. Chaque chercheur entretient un lien singulier, souvent intangible, avec son objet d'étude. Comme l'écrit Ruth Canter Kohn :

> « Faire œuvre scientifique, c'est nommer les contours d'une parole : qu'est-ce qui permet de dire que… Pour que d'autres puissent suivre, voire reproduire, la démarche. Pour que d'autres puissent repérer les facteurs qui ont joué dans l'explication proposée. Est-il alors possible d'inclure dans cette œuvre des dimensions intangibles, qui échappent à la vue, immesurables, au-delà, en dessous, ailleurs que la conscience rationnelle et rationalisante ? Le résonné autant que le raisonné. La complexité, la mouvance, le tourbillon, le labyrinthe. (…) c'est l'effort d'un certain nombre d'entre nous aujourd'hui : spécifier « la nature » de l'humain, du regard humain, au moins pour reconnaître les limites de notre savoir, alors de notre pouvoir. Regarder le regard humain, pour mieux comprendre comment on construit ce monde, pour se situer dedans autant qu'en vis-à-vis, pour s'y intégrer au lieu de vouloir le mâter, le dominer. Pour mieux comprendre de quoi on est fait, par quoi et pour quoi on regarde. » (Kohn, 1984, p. 104)

Rendre visible ces dimensions est essentiel : « le silence est toujours suspect » écrit Crapanzano au sujet des vécus émotionnels, pouvant laisser croire à « un symptôme de refoulement, d'oubli » de celles-ci (Crapanzano, 1994), qui amènerait le chercheur à nier sa subjectivité.

Dans ma propre démarche, objectiver ma subjectivité consiste à explorer les liens entre les traces mémorielles sensorielles de mon vécu, ma compréhension fine des enjeux de la maïeutique et l'orientation de mes questions de recherche.

Les vécus émotionnels marquants comme ressource scientifique

Pascal Galvani souligne que les vécus émotionnels marquants d'un praticien-chercheur sont porteurs de savoirs qui orientent non seulement sa pratique mais aussi la problématisation de sa recherche (Galvani, 2004, p. 95)[110].

Partager des vécus émotionnels dans un cadre académique diffère des partages sociaux d'émotions tels que décrits par les sociologues Bernard Rimé et Dario Paez. Pour Rimé et Paez, un partage social émotionnel vise à « susciter des états de communion émotionnelle entre les membres d'un groupe » et ainsi à répondre au besoin d'appartenance de tout individu envers une communauté (Rimé & Paez, 2011, p. 295). Dans un cadre académique, ce partage répond à des objectifs différents. Il prétend rendre compte de la place de la subjectivité du chercheur

[110] « L'exploration phénoménologique et herméneutique de ces moments intenses ou opportuns (kaïros) permet de prendre conscience des gestes emblématiques d'un savoir d'action personnel (mètis). Dès lors, les gestes et les moments opportuns d'une pratique se révèlent porteurs d'une intelligence personnelle des situations psychosociales. Cette intelligence pratique oriente autant le sens vocationnel du métier que les questions de recherche des praticiens-chercheurs. » (Galvani, 2004, p. 95)

dans son champ d'étude, il entreprend de dévoiler les intrications de sa subjectivité aux différentes étapes de la recherche.

Dans mon cas, cette exploration des vécus émotionnels et leur partage par mise en mots dans mon manuscrit vise deux objectifs : objectiver les contours de mon regard et les limites du savoir que je produis, comprendre comment mes savoirs émotionnels et expérientiels enrichissent ma compréhension de la maïeutique.

Elle permet ainsi de mettre en lumière les atouts et limites, pour ma recherche, de ma corporéité et de ma subjectivité de praticienne-chercheure.

II- Subjectivité : entre ressource épistémique et enjeux de légitimité scientifique

L'escamotage de la subjectivité dans les écrits académiques

Catherine de Lavergne remarque différentes attitudes chez les chercheurs quant à la place donnée à l'analyse de leur subjectivité dans leurs écrits de recherche. Ainsi, elle note que cette subjectivité et les éléments à même de l'étayer et l'analyser sont le plus souvent « évacués, niés » au sein même des écrits publiés. Elle observe que les éléments décryptant la subjectivité du chercheur sont souvent présents dans le journal de bord (qu'elle appelle journal intime du chercheur) mais occultés lors d'écrits rendus publics. Selon de Lavergne, cet escamotage est réalisé dans une volonté de répondre à une norme présupposée de « chercheur conforme ». (de Lavergne, 2007, p. 35-36)

Cela fait écho à la situation des soignants s'attachant à montrer une neutralité émotionnelle dans leur pratique, en réponse aux prescriptions émotionnelles institutionnelles (Loriol, 2013; Loriol & Weller, 2005). Dans les deux cas, il s'agit de ne pas donner à voir sa subjectivité, que ce soit en masquant ses émotions en pratique médicale ou que ce soit en escamotant sa corporéité dans ses écrits de recherche.

Mémoires d'étudiantes sages-femmes : émotions fondatrices, émotions invisibilisées

Cela résonne également avec mon expérience de direction d'une vingtaine de mémoires[111] de recherche d'étudiantes[112] sages-femmes en deuxième année de master de maïeutique, entre 2019 et 2024. J'ai ainsi observé qu'a été systématiquement escamoté dans leurs écrits finaux le lien entre leur question de recherche et les vécus marquants qui ont participé à l'émergence de cette question. Or, les accompagnant dès l'émergence de leur question de recherche, j'ai noté que, sur la vingtaine d'étudiantes sages-femmes dont j'ai dirigé le mémoire à ce jour, la grande majorité a choisi sa thématique de recherche à la suite de vécus marquants de terrain. Ainsi, l'une avait été frustrée de constater que la très grande majorité des femmes rencontrées en stages accouchaient en position gynécologique, malgré les recommandations prônant la liberté de position pour les parturientes[113]. Elle a choisi de réaliser une recherche qualitative sur la question des freins à la liberté de position lors de l'accouchement. Une autre avait été témoin de situations de racisme obstétrical ayant éveillé chez elle des émotions liées à un sentiment d'injustice. Elle a centré sa recherche sur la qualité des soins prodigués aux femmes migrantes et les formes invisibilisées de discriminations à l'encontre des populations racisées[114]. Encore une autre avait ressenti des émotions d'indignation face à des situations de subalternisation des femmes lors de consultations gynécologiques ou prénatales. Elle a consacré son mémoire à l'auto-gynécologie[115], à partir d'observations participantes menées lors d'ateliers organisés par des collectifs féministes, complétées par des entretiens à distance avec des animatrices et des pratiquantes de l'auto-gynécologie. Ces trois exemples résonnent avec les constats de Jaggar quant à la capacité des

[111] A noter que ce mémoire sera remplacé dès 2029, en France, par une thèse d'exercice en maïeutique avec l'application du Décret n° 2024-679 du 3 juillet 2024. En portant le nombre d'années d'études en maïeutique à 6 ans, ce décret transforme effectivement l'actuel diplôme d'Etat de sage-femme en un diplôme d'Etat de docteur en maïeutique.

[112] Dans l'ensemble de ce manuscrit, comme indiqué dans la note liminaire, je considère que le féminin l'emporte sur le masculin au niveau grammatical lorsque je parle de sages-femmes ou d'étudiantes sages-femmes. Ici, en l'occurrence, sur la vingtaine d'étudiantes dont j'ai dirigé le mémoire, seule une était de sexe masculin.

[113] Comme vu dans le chapitre 4, en France, selon le rapport 2021 de l'enquête nationale périnatale, 94% des femmes accouchent sur le dos (INSERM et al., 2022, p. 136).

[114] Par "personnes racisées", j'entends des personnes socialement assignées à une origine ethnique et exposées à des rapports de pouvoir racistes.

[115] Nées dans les années 1970 en Amérique du Nord, les pratiques d'auto-gynécologie s'inscrivent dans le mouvement féministe de réappropriation des savoirs gynécologiques. Popularisées par le Boston Women's Health Book Collective à travers l'ouvrage Our Bodies, Ourselves (1971), elles consistent notamment à encourager l'auto-observation des organes génitaux féminins (avec un spéculum et un miroir) et à partager des savoirs corporels de manière participative. Ces pratiques s'opposent à la domination médicale traditionnelle et visent à renforcer l'autonomie des femmes. (Voir glossaire pour une définition plus complète et les références bibliographiques)

« outlaw emotions », face à des situations de subalternisation des femmes, de pouvoir être à l'origine d'axes et de méthodes de recherches enrichissant la théorie critique féministe.

> "The most obvious way in which feminist and other outlaw emotions can help in developing alternatives to prevailing conceptions of reality is by motivating new investigations. This is possible because, as we saw earlier, emotions may be long-term as well as momentary; it makes sense to say that someone continues to be shocked or saddened by a situation, even if she is at the moment laughing heartily. As we have seen already, theoretical investigation is always purposeful, and observation always selective. Feminist emotions provide a political motivation for investigation and so help to determine the selection of problems as well as the method by which they are investigated. Susan Griffin makes the same point when she characterizes feminist theory as following 'a direction determined by pain, and trauma, and compassion and outrage'." (Jaggar, 1989, p. 167)

Norme du « chercheur conforme » (de Lavergne, 2007, p. 35-36) : un escamotage institutionnalisé de la subjectivité

J'ai pu observer comment le lien singulier des étudiantes avec leur objet de recherche s'effaçait progressivement de leurs écrits intermédiaires, jusqu'à finir par être absent au sein du manuscrit finalisé. Cet effacement s'observait dans les suites de la présentation de leur recherche aux différents relais institutionnels encadrant celle-ci. Cet escamotage s'inscrit à ce titre dans la description de de Lavergne comme étant une réponse au besoin de se conformer à une norme de « chercheur conforme ». Ici, il s'agissait pour les étudiantes de conformer leur écrit à ce qui leur semblait être celui d'un « chercheur conforme » aux yeux de l'institution leur délivrant le diplôme d'Etat de sage-femme. Les étudiantes sages-femmes construisent leur perception du « chercheur conforme » attendu par leur institution à travers leurs interactions avec celle-ci. Pour les étudiantes sages-femmes, ces interactions ont déjà commencé dès leur entrée dans la formation de sage-femme, ce qui les a notamment confrontées aux différentes prescriptions émotionnelles institutionnelles, dont celles de neutralité émotionnelle (Loriol, 2013; Loriol & Weller, 2005). Les interactions se poursuivent lors de leur travail de recherche au sein de la même institution. En sus des interactions avec leur directeur de mémoire, les étudiantes sont confrontées à différents panels de praticiens et d'universitaires chargés de la validation des différentes étapes de leur recherche, depuis la validation de leur thème de recherche, en passant par la validation de leur problématique et de leur méthodologie jusqu'à la validation de leur mémoire finalisé lors de la soutenance.

Ces différentes interactions avec des panels d'universitaires et de praticiens sont organisées au sein d'instances chargées d'encadrer la production de la recherche par les étudiantes sages-femmes. Ces instances émettent des discours normatifs quant à la manière de construire et présenter une recherche, et donc sur ce qui fait science ou non. A travers cet escamotage par les étudiantes du rôle de leurs vécus émotionnels dans l'émergence de leurs questions de recherche, on voit ainsi apparaître en filigrane une dichotomie entre raison et émotion, largement inscrite dans les traditions académiques (Jaggar, 1989). Cette dichotomie valorise une objectivité conçue comme détachée de la subjectivité dans les épistémologies dominantes (Harding, 1991, 1993). Cependant, bien qu'escamotées dans leur écrit final de mémoire, les émotions et la subjectivité des étudiantes ont bel et bien participé à la production de leur recherche. Je pourrais alors déclarer comme Sarah Wall que, lorsqu'un chercheur escamote son vécu, alors

> « What I see as most significant is that traditional research and writing conventions create only the illusion that the knowledge produced is more legitimate. » (Wall, 2006)

De la même façon, j'ai pu observer que la mobilisation de certains cadres théoriques constructivistes, tels que certains courants féministes ou décoloniaux, avait pu être reprochée à des étudiantes sages-femmes comme teintant de subjectivité leur travail de recherche. Reconnaître sa subjectivité en exposant ses émotions et/ou mobiliser certains cadres théoriques est donc alors vécu par ces étudiantes comme un risque. Elles craignent de ne plus être perçues comme en capacité de produire un travail de recherche, de produire un savoir reconnu comme tel par leurs pairs, et ici d'avoir accès au diplôme permettant la pratique en maïeutique. Ajoutons que diriger un travail de recherche, au sein d'une institution qui à la fois valide le travail de recherche de l'étudiante et lui délivre un diplôme permettant l'exercice d'une profession, est aussi devoir se conformer à ce que l'institution, ou tout au moins les personnes exerçant le pouvoir au sein de cette institution, perçoivent de ce qu'est un « chercheur conforme ». Il s'agit effectivement d'éviter de mettre des étudiantes en difficulté face à l'enjeu que représente la validation de leur mémoire, la validation de celui-ci étant obligatoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme. Toutefois, bien qu'escamotée, force est de constater que l'expérience vécue et l'implication émotionnelle de ces étudiantes

ont constitué des ressources heuristiques[116] pour faire émerger leur question de recherche. Leurs expériences incarnées en maïeutique ont participé à mettre au jour des réalités complexes et souvent invisibilisées, rejoignant les constats de différents auteurs (Harding, 1991, 1993; Jaggar, 1989; Medina, 2013) sur le potentiel heuristique des vécus du chercheur.

Reconnaissance, subjectivité et légitimité scientifique

Ces situations d'escamotage s'inscrivent ainsi dans une dynamique de pouvoir au sein des institutions académiques. Qui décide de ce qui fait science ? Qui détermine quelles épistémologies sont acceptées ou écartées dans la validation d'un travail de recherche ? Ces questions soulèvent des enjeux politiques plus larges sur les critères de légitimité dans la production des savoirs. Elles rappellent que, loin d'être neutre, la construction scientifique est façonnée par des normes institutionnelles et des cadres épistémologiques hérités, qui participent à invisibiliser certaines formes de construction du savoir.

Axel Honneth (Honneth, 2013) nous rappelle, à cet égard, que la reconnaissance sociale des expériences personnelles et des vécus subjectifs constitue une étape fondamentale dans le processus d'auto-réalisation et dans la reconnaissance des savoirs issus de l'expérience. En miroir inversé, nier les émotions et les expériences subjectives peut être perçu comme une forme d'aliénation institutionnelle. Cette négation imposerait au praticien-chercheur une distance entre son identité et sa pratique, au détriment d'une forme de solidarité[117] avec ses expériences et celles de ses pairs. La reconnaissance de soi signifie pour Honneth le soutien social des traits, expériences et émotions singulières de l'individu. En occultant ses émotions et sa subjectivité, le praticien-chercheur peut être en contradiction avec sa propre expérience de terrain. Cela signifie que les expériences émotionnelles et réflexives du praticien, qui pourraient nourrir une compréhension plus profonde de la pratique, sont neutralisées ou sous-évaluées, bloquant ainsi la pleine expression de sa contribution personnelle et unique à

[116] Heuristique : ce terme recoupe à la fois les approches pour répondre à une question de recherche et celles permettant de déployer de nouvelles questions de recherche.

> « Ce terme, du grec « heuristikê tekhnê » (…) peut se traduire, en fait, par « l'art de trouver » ou par « l'art de découvrir ». Ce terme qualifierait ainsi tous les outils intellectuels, tous les processus, tous les procédés, mais aussi toutes les approches destinées à favoriser « l'invention dans les sciences ». Cette définition explique les recouvrements (…) avec les différentes déclinaisons structurantes du champ heuristique : Création, Intuition, Créativité et Stratégie d'Innovation. » (Vincent, 2012, p. 32)

[117] Pour Honneth, la solidarité se définit comme « une relation d'interaction dans laquelle les sujets s'intéressent à l'itinéraire personnel de leur vis-à-vis parce qu'ils ont établi entre eux des liens d'estime symétrique » (Honneth, 2013, p. 156).

son champ d'étude. Ainsi, la non-reconnaissance de la subjectivité dans les écrits académiques peut créer un espace de dissonance pour le praticien-chercheur.

Pour tout praticien-chercheur, reconnaître sa subjectivité participe également à affiner son positionnement réflexif vis-à-vis de sa double appartenance au champ professionnel et au champ académique. En reconnaissant le rôle des vécus émotionnels et subjectifs dans la construction des connaissances, il explore les intrications entre expérience personnelle, engagement professionnel et production scientifique.

« Emotions de rébellion » en recherche : des « outlaw emotions » (Jaggar, 1989) à la « résistance épistémique » (Medina, 2013)

Jaggar (Jaggar, 1989) montre que la construction des savoirs dominants repose sur une « rationalité émotionnellement neutre », souvent perçue comme la seule manière légitime de produire de la connaissance. Elle souligne que cette conception tend à exclure les savoirs issus d'expériences émotionnelles subjectives, particulièrement lorsqu'ils émergent des femmes ou d'autres groupes sociaux associés culturellement à l'émotion. Selon Jaggar, cette exclusion contribue au maintien de rapports de pouvoir académiques et institutionnels qui invisibilisent les voix dissidentes et les savoirs alternatifs, réduisant la diversité épistémique, et sapant l'autorité épistémique des femmes ainsi que d'autres groupes subalternisés. Elle postule quant à elle que les émotions sont des vecteurs de connaissance et de compréhension du monde social, et elle présente le concept d'« outlaw emotions » comme une forme de résistance aux injustices structurelles. Jaggar argumente que les émotions, loin d'être des perturbations de la rationalité, offrent une perspective critique qui peut remettre en question les normes dominantes et favoriser un savoir plus complet et inclusif. Elle montre comment les émotions des femmes ou autres groupes subalternisés peuvent nourrir la théorie sociale critique. Dans cette perspective, José Medina (Medina, 2013) nomme « résistance épistémique » la capacité à mobiliser conjointement ressources cognitives et affectives pour questionner et transformer des structures normatives oppressives. Les recherches menées par les étudiantes sages-femmes évoquées en constituent une illustration. À partir de leurs « émotions de rébellion » face à des situations telles que le racisme obstétrical, la restriction de la liberté des femmes quant au choix de leur position d'accouchement ou la domination patiente-soignant en gynécologie, elles ont orienté leur travail de mémoire vers l'exploration

critique de ces problématiques[118]. Ce faisant, elles ont participé à la documentation des dynamiques de pouvoir qui traversent la pratique médicale et ses institutions.

« Meta-lucidity » (Medina, 2013) : vigilance critique née des positions liminales

Dans *The Epistemology of Resistance* (Medina, 2013), Medina définit la « meta-lucidity », telle qu'elle est développée par des sujets opprimés ou marginalisés, comme une vigilance constante face aux biais, aux angles morts et aux représentations déformées qui structurent la perception sociale dans un contexte de rapports de pouvoir. Cette lucidité accrue naît de la confrontation simultanée à plusieurs points de vue : le sien propre et celui imposé par les normes dominantes. Elle s'apparente à ce que William. E. B. Du Bois appelait la « double conscience » (Du Bois, 1903)[119], mais Medina en souligne la dimension active et critique : il ne s'agit pas seulement de voir depuis deux positions, mais de cultiver la friction entre ces perspectives comme source de questionnement et de transformation. Elle classe cette « meta-lucidity » parmi les vertus épistémiques (parfois appelées vertus intellectuelles), c'est-à-dire les capacités cognitives ou les dispositions de caractère qui motivent ou aident à rechercher la vérité et à éviter l'erreur. Dans *Virtues of the Mind*, Linda Zagzebski (Zagzebski, 1996) définit les vertus épistémiques comme des dispositions intellectuelles stables – telles que l'ouverture d'esprit, la persévérance, le courage ou l'humilité intellectuelle – qui permettent d'orienter la recherche de connaissance vers « la vérité ». Medina, dans *The Epistemology of Resistance* (Medina, 2013), déplace cette perspective en soulignant que certaines vertus – comme la curiosité, l'humilité mais surtout la lucidité critique – acquièrent une portée particulière dans les contextes de domination. Chez lui, les vertus ne sont pas seulement des traits individuels de fiabilité cognitive, mais des ressources collectives de vigilance et de résistance face aux injustices épistémiques (Fricker, 2007), d'où l'importance qu'il accorde à la « meta-lucidity » telle qu'il la définit.

[118] Voir quelques pages plus haut, dans la sous-partie intitulée « Mémoires d'étudiantes sages-femmes : émotions fondatrices, émotions invisibilisées »

[119] Dans *The Souls of Black Folk* (Du Bois, 1903), Du Bois décrit la double conscience (double consciousness) comme la sensation, pour les Afro-Américains, de se percevoir simultanément à travers leurs propres yeux et à travers le regard d'une société raciste. C'est une conscience « toujours double », marquée par la tension entre deux identités irréconciliables : être à la fois Noir et Américain, tout en sachant que la société dominante ne reconnaît pas pleinement cette double appartenance. Du Bois recourt aussi à la métaphore du voile pour signifier la séparation symbolique qui empêche une véritable reconnaissance mutuelle. Cette expérience, bien que douloureuse, peut également conférer une lucidité particulière sur les structures de pouvoir et sur les contradictions du monde social.

Cette notion de « meta-lucidity » éclaire particulièrement la situation des étudiantes sages-femmes. Celles-ci portent en elles des savoirs biomédicaux hégémoniques, acquis au fil de leur formation, tout en occupant une position subalterne : elles sont stagiaires dans une hiérarchie médicale, jeunes femmes dans un univers obstétrical empreint d'une histoire de domination patriarcale, et peuvent parfois être racisées. Leur expérience s'inscrit aussi dans une double appartenance : en tant que soignantes, elles participent à la reproduction des normes cliniques ; en tant que femmes-patientes, elles peuvent en subir les effets de pouvoir comme ceux que certaines d'entre elles ont documenté (réification[120] du corps des femmes dans les soins gynéco-obstétricaux, discriminations au sein des systèmes de santé envers les groupes sociaux subalternisés).

Ces allers-retours entre des rôles et positions contrastés nourrissent une « meta-lucidity » (Medina, 2013) chez ces étudiantes. Elles perçoivent les justifications internes des pratiques médicales mais aussi leurs biais, elles vivent les tensions entre prescriptions institutionnelles et réalités vécues. La vigilance critique qui en naît peut devenir un outil professionnel et scientifique, leur permettant d'identifier des biais invisibilisés et de produire des savoirs situés qui enrichissent la pratique en maïeutique. Toutefois, comme le montre la dynamique d'« escamotage » décrite plus haut, cette ressource épistémique est souvent neutralisée dans les écrits académiques au nom d'une objectivité supposée neutre, réduisant ainsi la portée transformatrice de leur double regard.

L'« implexité assumée » (de Lavergne, 2007; Le Grand, 2006) : reconnaître et analyser son implication

Face aux situations d'escamotage de la subjectivité du chercheur, de Lavergne oppose alors la situation qu'elle nomme celle de « l'implexité assumée » (de Lavergne, 2007, p. 37).

[120] Dans le champ médical, et particulièrement en gynécologie, la réification du corps des femmes consiste à le considérer comme un objet de diagnostic ou d'intervention, détaché de la personne qui l'habite, de son vécu et de son autonomie. Cette réduction peut se traduire par des pratiques ou discours qui fragmentent le corps en organes et fonctions, ou qui ignorent la dimension émotionnelle et relationnelle de la consultation. Les approches féministes et critiques de la médecine, notamment celles du Boston Women's Health Book Collective dans *Our Bodies, Ourselves* (Boston Women's Health Book Collective, 1973), y voient un mécanisme favorisant la déshumanisation et pouvant contribuer aux violences obstétricales et gynécologiques.

L'implexité est entendue comme la contraction des mots « implication » et « complexité », et est en quelque sorte une implication complexe (Le Grand, 2006, p. 2)[121].

Dans la situation d'« implexité assumée » décrite par de Lavergne, le chercheur, d'une part, reconnaît et assume, dans ses écrits de recherche, la subjectivité inhérente à sa corporéité, tout en l'analysant et la questionnant. Et d'autre part, il la reconnaît comme un outil participant à l'élaboration des questions de recherche puis à la production des connaissances. Galvani observe quant à lui que lorsque les chercheurs-praticiens ont fait le lien entre la résurgence sensorielle de vécus fondateurs liés à leur pratique et l'émergence de leurs questions de recherche, les traces mémorielles de ces vécus sont le plus souvent consignées dans leurs écrits de recherche (Galvani, 2004). Ils assument alors de s'inscrire dans des épistémologies de recherche reconnaissant la part de subjectivité dans la construction du savoir, c'est-à-dire dans des épistémologies constructivistes.

Je fais ainsi partie de ces praticiens-chercheurs décrits par Galvani qui, face à la puissance du lien entre les traces mémorielles sensorielles de leur vécu de praticien et l'émergence de leurs questions de recherche, consignent et analysent ces traces mémorielles dans leurs écrits de recherche. Cependant, je suis aussi ce chercheur qui est « partagé entre la nécessité de décrire son implication, et la crainte de verser dans l'exhibition de soi » (de Lavergne, 2007, p. 35). Partager des traces mémorielles sensibles de mon vécu semble ainsi autant incontournable qu'impudique. Cet acte est doublement impudique car il donne aussi à voir, comme le décrit Le Grand, le « sentiment de vertige », « l'angoisse fondamentale du chercheur » confronté à son implication complexe, à son implexité au sein de sa recherche (Le Grand, 2006, p. 2)[122].

Il s'agit bien, effectivement, d'exposer ici ce qui m'a touché le plus intimement dans ma pratique en maïeutique. Car c'est ce qui m'a amenée à formuler mes premières questions de recherche, a généré mes premiers engagements en recherche en ONG, et enfin a débouché sur de nouvelles questions de recherche m'ayant amenée à un parcours doctoral. Il s'agit de

[121] « Par "implexité" j'entends donc cette dimension complexe des implications, complexité largement opaque à une explication. L'implexité est relative à l'entrelacement de différents niveaux de réalités des implications qui sont pour la plupart implicites (pliées à l'intérieur). » (Le Grand, 2006, p. 2)

[122] Citation complète : « La confrontation à cette implexité a tendance à susciter l"angoisse" fondamentale du chercheur enlacé dans le questionnement de ce qui le tisse et l'étreint. Ce sentiment de vertige surgit chez celui ou celle qui se regarde pris(e) dans la spirale de sa fusion au monde et s'ouvre à la perplexité qui le (la) traverse, angoisse qui va parfois se lover jusqu'au nœud émotionnel du corps : le plexus solaire. » (Le Grand, 2006, p. 2)

montrer comment mes expériences vécues en maïeutique ont influencé, façonné ma compréhension des enjeux liées à la maïeutique.

David Le Breton a joliment imagé l'importance de notre subjectivité dans la compréhension du monde qui nous entoure :

> « Parcourant la même forêt, des individus différents ne sont pas sensibles aux mêmes données. Il y a la forêt du chercheur de champignons, du flâneur, du fugitif, celle de l'Indien, la forêt du chasseur, du garde-chasse ou du braconnier, celle des amoureux, des égarés, des ornithologues, la forêt aussi des animaux ou de l'arbre, celle du jour et de la nuit. Mille forêts dans la même, mille vérités d'un même mystère qui se dérobe et ne se donne jamais qu'en fragments. Il n'y a pas de vérité de la forêt, mais une multitude de perceptions à son propos selon les angles d'approche, les attentes, les appartenances sociales et culturelles. (…) Ce n'est pas une réalité physique objective, mais un immense test projectif qui dit l'histoire personnelle et la culture de l'individu. C'est un monde de significations et de valeurs, un monde de connivence et de communication entre les hommes en présence et leur milieu. » (Le Breton, 2007, p. 45)

Je suis ainsi une chercheure cheminant au cœur de la maïeutique avec une histoire, un vécu, dont la singularité teinte son regard. Il s'agit ici de rendre compte de cette sensibilité et d'analyser ses intrications avec l'émergence de mes questions de recherche. En adoptant une démarche inspirée par la phénoménologie, notamment celle de Maurice Merleau-Ponty (Merleau-Ponty, 1945), je reconnais que ma perception du monde – ici, de la maïeutique – est conditionnée par mon vécu, mon corps et mes émotions. Ne pas escamoter les vécus qui ont participé à mon cheminement réflexif montre comment la construction de la science est intimement liée aux conditions de sa production, et à la subjectivité de ceux qui la produisent[123].

III- L'auto-ethnographie comme outil réflexif

La reconnaissance et l'analyse de mon « implexité assumée » (de Lavergne, 2007, p. 37) appellent la mise en œuvre d'une méthodologie capable d'articuler, dans le cadre de la

[123] Le Grand dira quant à lui que : « L'implexité renvoie à la notion de chaos, de désordre fondamental, d'hétérogénéité inépuisable. Pourtant tout comme dans les théories de l'auto-organisation il s'agit bien d'un désordre organisateur : c'est le chaos des implications des chercheurs qui tisse l'ordre d'une science en tant que réalité organisée. Les régularités et les constances d'une production scientifique fonctionnent "dans" et "par" le désordre de l'implexité et non "contre". » (Le Grand, 2006, p. 2)

recherche, l'expérience vécue et la production de savoirs. Parmi les approches possibles, l'auto-ethnographie s'impose comme un outil privilégié : elle offre un cadre pour explorer, de manière réflexive, les interférences entre mon vécu personnel et ma posture de chercheure.

En combinant des éléments autobiographiques avec des données issues de la revue de littérature et des données empiriques, l'auto-ethnographie permet de mettre en perspective les expériences individuelles dans des contextes sociaux, culturels et institutionnels plus larges (Ellis & Bochner, 2000). Elle rend possible l'objectivation de la subjectivité en faisant dialoguer l'intime et le scientifique, tout en assumant la part incarnée de la construction des connaissances.

Origines et spécificités de l'auto-ethnographie

L'auto-ethnographie émerge en réponse à une « crise de la représentation », un débat survenu dans les années 1980 concernant la manière dont les ethnographes représentent les cultures qu'ils étudient (Anderson, 2006). Ce débat critique les approches ethnographiques traditionnelles, où l'ethnographe, souvent perçu comme une figure omnisciente et distante, prétendait représenter objectivement des cultures « autres ». Ces approches ignoraient fréquemment les biais personnels et culturels de l'ethnographe, ainsi que les dynamiques de pouvoir implicites dans la collecte et l'interprétation des données. Il leur était également reproché d'exploiter les données recueillies pour des fins académiques, sans retombées significatives pour les groupes étudiés. (Hammersley, 2016) Ainsi, ces critiques ont mis en lumière la nécessité d'un changement dans les pratiques ethnographiques, visant à considérer la subjectivité du chercheur et à reconnaître les rapports de pouvoir au sein même des pratiques de recherche.

Face à ces critiques, des chercheurs comme Carolyn Ellis (Ellis & Bochner, 2000) ont proposé l'auto-ethnographie comme une méthodologie alternative. Cette approche mêle autobiographie et ethnographie pour inclure la subjectivité du chercheur dans le processus de recherche, tout en cherchant à dépasser le simple récit personnel pour produire une compréhension plus profonde des dynamiques sociales et culturelles. En reconnaissant et en rendant visibles les biais et les expériences personnelles du chercheur, l'auto-ethnographie contribue à construire un récit où l'intime devient un point d'entrée vers le collectif. Cette méthodologie favorise également une recherche plus engagée, en établissant un dialogue réflexif entre le chercheur et le groupe social étudié, auquel le chercheur appartient souvent

lui-même. L'objectif est alors double : enrichir la compréhension académique des expériences humaines tout en créant des retombées concrètes et significatives pour les participants.

Ellis souligne que l'auto-ethnographie vise à produire des récits personnels qui servent non seulement à approfondir la compréhension des expériences humaines, mais aussi à offrir un soutien face aux défis, qu'ils soient personnels ou collectifs. Cette méthodologie ne se limite pas à une démarche introspective : elle invite le chercheur à situer ses expériences dans des contextes sociaux, culturels et institutionnels plus larges, établissant ainsi un dialogue constant entre le personnel et le collectif. Elle permet ainsi de révéler les tensions entre subjectivité et objectivité, sans chercher à les éliminer mais plutôt à en tirer une valeur épistémologique (Guzik, 2013).

En tant que praticienne-chercheure, l'auto-ethnographie me permet ainsi de mobiliser mes expériences personnelles pour éclairer des réalités plus larges. Elle offre un cadre permettant d'explorer cette sensibilité dans un contexte théorique rigoureux. Cette approche, en intégrant les dimensions émotionnelles et réflexives, offre une perspective particulièrement pertinente pour l'étude de pratiques complexes comme celles de la maïeutique, où les émotions du praticien et les dynamiques sociales jouent un rôle central dans la production et la transmission des savoirs. Cette méthodologie permet de reconnecter l'intime et le social, mettant en lumière les liens entre les expériences individuelles et les dynamiques institutionnelles et socioculturelles (T. Adams et al., 2015).

Dans cette démarche, mes journaux de terrain et journaux personnels deviennent des sources de données essentielles. L'auto-ethnographie permet de donner sens à mes expériences singulières, en les replaçant dans un cadre réflexif. Comme l'explique Wall, l'auto-ethnographie permet de rendre compte des émotions, pensées et réflexions du chercheur tout en reconnaissant la tension entre subjectivité et objectivité (Wall, 2006).

Atouts et limites de la méthode auto-ethnographique

Le point de vue d'une revue exploratoire de 26 études auto-ethnographiques en soins infirmiers (Salzmann-Erikson, 2024)

Une revue exploratoire récente, portant sur 26 études auto-ethnographiques publiées et menées par des infirmières dans divers champs d'exercice (santé mentale, formation, soins

palliatifs, rééducation, douleur chronique, compétence culturelle) (Salzmann-Erikson, 2024), met en lumière les potentialités et les zones de fragilité de cette approche méthodologique. Cette synthèse bibliographique permet d'alimenter ma propre réflexion et ainsi d'en tirer des leçons apprises pour l'application de l'auto-ethnographie dans ma propre recherche.

Parmi les atouts relevés, l'auto-ethnographie se distingue d'abord par sa capacité à articuler étroitement vécu subjectif et analyse socio-culturelle. En intégrant les récits incarnés de soignantes, elle met au jour les dimensions invisibilisées ou implicites des pratiques. Dans cette perspective, elle favorise une compréhension plus fine des dynamiques émotionnelles et relationnelles du soin, tout en renforçant la compétence culturelle et l'empathie. Sa flexibilité méthodologique lui permet d'être mobilisée dans des contextes variés, et son potentiel formatif en fait un levier de transformation des pratiques, tant cliniques qu'éducatives. Enfin, elle offre un espace légitime d'expression aux voix marginalisées, contribuant à la pluralité épistémique et à la reconnaissance des savoirs situés.

Cependant, la revue souligne aussi plusieurs limites. D'abord, une couverture inégale des champs du soin : certaines spécialités demeurent peu explorées. Ensuite, la méthode soulève des enjeux éthiques : respect de l'anonymat des tiers mentionnés, gestion de la frontière entre sphère privée et sphère publique. La qualité scientifique est également variable, la rigueur analytique et la profondeur réflexive n'étant pas homogènes entre études. La forte dimension subjective, si elle n'est pas articulée à une analyse critique structurée, peut conduire à un repli sur le récit individuel, au détriment d'une mise en perspective avec les structures et rapports de pouvoir qui façonnent les expériences. Enfin, la revue note que la production académique reste dominée par des publications en anglais et issues de certaines zones géographiques, ce qui restreint la diversité culturelle des perspectives.

Croisement avec une littérature méthodologique plus large sur l'auto-ethnographie

Ces observations trouvent de nombreux échos dans la littérature méthodologique plus large sur l'auto-ethnographie, au-delà du champ infirmier. Plusieurs auteurs soulignent la capacité unique de cette approche à relier l'expérience intime aux structures sociales et culturelles (Anderson, 2006; Ellis & Bochner, 2000). Ce lien entre subjectivité et analyse critique est fréquemment présenté comme sa principale force, permettant d'explorer des dimensions implicites comme les dynamiques de pouvoir ou les réalités marginalisées (Chang, 2016; Méndez-López, 2013). De même, l'intérêt formatif et transformateur de l'auto-ethnographie

est régulièrement mis en avant, en tant qu'outil de réflexivité critique et de transformation personnelle (Qutoshi, 2015).

Sur le plan des limites, le reste de la littérature rejoint également plusieurs points relevés par la revue exploratoire. Les critiques récurrentes portent sur le risque de « narcissisme » ou de centration excessive sur soi, en particulier lorsque le récit n'est pas solidement articulé à des cadres théoriques et à une analyse socio-culturelle structurée (Delamont, 2009). De nombreux travaux insistent donc sur la nécessité de maintenir un « décentrement analytique » (Anderson, 2006) et de répondre à des critères explicites de qualité pour la recherche qualitative, tels ceux décrits par Sarah Tracy et qui seront rappelés plus loin (Tracy, 2010), pour éviter que la subjectivité ne se substitue à l'analyse. Les enjeux éthiques constituent un autre point de convergence : Tolich (Tolich, 2010) rappelle l'importance de stratégies précises d'anonymisation, de consentement processuel et de gestion des conséquences possibles pour les tiers évoqués dans le récit. Enfin, Méndez (Méndez-López, 2013) met en lumière un biais fréquemment observé dans l'auto-ethnographie : la sur-représentation de certains contextes — linguistiques, disciplinaires ou géographiques — au détriment d'une diversité épistémique. Elle souligne l'importance d'intégrer des perspectives variées, en termes de langues, cultures et terrains, afin que l'auto-ethnographie tienne véritablement sa promesse de pluralité et de réflexivité collective.

Ainsi, la littérature internationale issue de différents champs disciplinaires rejoint les conclusions de la revue des articles auto-ethnographiques en soins infirmiers : l'auto-ethnographie est un outil méthodologique puissant pour éclairer les pratiques de soin dans une perspective critique, mais dont la portée dépend étroitement de la rigueur analytique, de l'attention éthique et de l'ouverture à des voix diverses. Ces exigences ne sont pas propres à l'auto-ethnographie : elles s'inscrivent dans les repères plus larges de la recherche qualitative. En ce sens, les huit critères de qualité pour la recherche qualitative proposés par Sarah Tracy (Tracy, 2010) constituent un cadre pertinent, y compris pour l'auto-ethnographie. Ils invitent à : (1) choisir un sujet de recherche porteur de signification et d'intérêt social ; (2) déployer une richesse et une rigueur méthodologique ; (3) assumer une sincérité et une réflexivité explicites ; (4) garantir la crédibilité par des descriptions denses et la diversité des voix ; (5) rechercher la résonance avec le lectorat ; (6) offrir une contribution significative à la connaissance ; (7) maintenir une attention éthique constante ; et (8) assurer une cohérence entre question, méthode et résultats. Ces repères offrent un garde-fou contre le risque de

repli sur soi et pour que la subjectivité participe pleinement à son rôle de ressource heuristique et analytique. C'est dans cet esprit que s'inscrit ma propre démarche : mobiliser l'auto-ethnographie comme un outil réflexif où l'intime dialogue avec le collectif, où l'émotion éclaire l'analyse, et où la sensibilité située devient un vecteur de compréhension critique des dynamiques institutionnelles et culturelles qui traversent la maïeutique.

IV – L'auto-ethnographie appliquée aux deux prochains chapitres

Méthodologie des vignettes auto-ethnographiques

Pour rendre compte de mon implexité (Le Grand, 2006, p. 2), j'utilise la méthodologie des vignettes auto-ethnographiques telle que proposée par des auteurs comme Michael Humphreys (Humphreys, 2005) et Gabrielle Dubé (Dubé, 2016). Cette approche s'inscrit également dans la lignée des épistémologies féministes (Haraway, 1988; Harding, 1991; Jaggar, 1989), qui considèrent la subjectivité et les émotions non comme des biais à effacer mais comme des ressources critiques pour questionner les rapports de pouvoir et les savoirs établis.

Cette approche consiste à articuler des récits auto-ethnographiques issus de mon expérience incarnée en maïeutique avec des données factuelles issues de la littérature scientifique, de l'épidémiologie et des récits de pairs recueillis dans le cadre de mon enquête. Il ne s'agit pas d'une juxtaposition entre subjectivité et objectivation, mais d'un dialogue méthodologique structuré qui s'inscrit dans une épistémologie constructiviste. : ni positiviste (fondée sur l'illusion d'une neutralité absolue), ni purement subjectiviste (limitée au témoignage individuel), mais une posture critique et située, attentive aux conditions sociales de production du savoir. Celui-ci vise à faire émerger des questionnements ancrés dans la réalité vécue, tout en s'appuyant sur des cadres de compréhension plus larges. Ce dialogue permet un éclairage non seulement des vécus émotionnels mais également des données de santé publique.

Prenons l'exemple de vignettes auto-ethnographiques relatant des vécus émotionnels lors du face-à-face avec la mortalité périnatale, infantile et maternelle : les données chiffrées sur cette mortalité peuvent offrir un cadre pour mieux comprendre la fréquence à laquelle une

sage-femme est exposée à la mort d'une femme-patiente ou à accompagner des mères confrontées au décès de leur enfant. Cela peut donner des pistes de recherche sur les liens potentiels entre cette fréquence, variable selon les régions du monde, et les niveaux d'épuisement émotionnel[124] ou d'usure compassionnelle[125] .

Inversement, les récits enrichissent la compréhension des chiffres en mettant en lumière les vécus singuliers qui les accompagnent. Ainsi, les données chiffrées sur la mortalité maternelle trouvent une densité humaine et une profondeur critique lorsqu'elles sont mises en résonance avec les récits de terrain. Comme le montre Didier Fassin dans son ouvrage « Vies invisibles, morts indicibles » (Fassin, 2022), les récits incarnés réhumanisent les chiffres de mortalité. Ils donnent une consistance biographique aux morts cachés derrière des statistiques. Ici, ils permettent un éclairage émotionnel sur la réalité de ceux qui font l'expérience sensorielle de la mortalité périnatale, infantile et maternelle, en premier lieu en tant que femmes-patientes mais aussi en tant que sages-femmes, témoins impliqués de cette mortalité. Au-delà, cela permet de relier l'expérience émotionnelle à des inégalités sociales et sanitaires plus larges et d'en dégager des pistes de recherche à la fois enracinées et critiques. Cette approche s'inscrit ainsi dans une tradition de recherche qui reconnaît les émotions non pas comme des biais, mais comme des révélateurs de réalités structurelles et des outils critiques pour interroger les injustices sociales (Jaggar, 1989). Ainsi, cette méthode permet d'analyser les émotions comme des signaux critiques — au sens de Jaggar — susceptibles de révéler des angles morts de la recherche et de complexifier les savoirs produits. Ce dialogue entre corpus sensibles et données factuelles aide à élaborer des questionnements ancrés dans la réalité de la pratique en maïeutique.

Mes traces mémorielles ne sont donc pas secondaires mais fondamentales dans la formulation de mes interrogations. En les mettant en dialogue avec des données plus objectives, je ne cherche pas à valider mes vécus par les chiffres, mais plutôt à faire émerger des pistes de recherche complexes, où les dimensions subjectives et objectives interagissent pour ouvrir de nouvelles perspectives. Cette approche se rapproche de celle défendue par

[124] L'épuisement émotionnel est considéré comme la première manifestation d'un épuisement professionnel ou « burn out ». « Emotional exhaustion is the key aspect of the syndrome and is viewed as its primary manifestation. It refers to the depletion of emotional resources, feelings of strain, and chronic fatigue, thus reflecting the stress component underlying the construct. Emotionally exhausted employees lack adaptive resources and cannot give any more to their jobs. » (Lheureux et al., 2017, p. 163)

[125] L'usure compassionnelle (Figley, 1995) se manifeste quand le soignant exposé de façon répété à la souffrance des autres devient moins capable de ressentir de la compassion et est moins empathique.

Max Van Manen, qui soutient que la phénoménologie herméneutique[126] permet d'explorer les expériences vécues tout en maintenant un dialogue critique avec le monde des faits (Van Manen, 1997).

En fin de compte, cette mise en dialogue entre subjectivité et objectivité permet d'enrichir et affiner la formulation de mes questions de recherche, tout en reconnaissant que le chercheur n'est jamais neutre. Comme le soutient Catherine Kohler Riessman dans ses travaux sur les récits de vie, c'est précisément cette absence de neutralité, cette implication du chercheur dans son propre objet d'étude, qui permet au chercheur de saisir la profondeur des réalités qu'il interroge (Riessman, 1993). En mettant en résonance mes expériences sensibles avec des données factuelles, je revendique une posture réflexive où l'implication personnelle devient un outil méthodologique pour interroger les enjeux contemporains en maïeutique.

Sélection des vignettes et émergence de quatre corpus thématiques

Selon Gabrielle Dubé,

> « une vignette autoethnographique est une fenêtre qui permet aux lecteurs d'avoir accès, dans ses dimensions sensorielles et émotionnelles, à l'intensité d'un moment significatif ». (Dubé, 2016, p. 10)

Les vignettes sélectionnées ici sont composées d'écrits personnels de deux types. Certains ont surgi à distance d'événements marquants, au gré de résurgences émotionnelles liées à mon vécu en maïeutique. D'autres ont été rédigés dans la proximité immédiate de l'expérience, souvent sous forme de nouvelles réalistes, cherchant à restituer avec précision la scène vécue.

J'ai procédé en plusieurs étapes pour définir les vignettes sur lesquelles m'appuyer. J'ai tout d'abord rassemblé l'ensemble des textes rédigés au fil de mes trente années de vécus en maïeutique dans douze pays. Ces textes étaient issus de carnets personnels tenus sur différents terrains. Certains ont été rédigés à la main, le plus souvent au crayon à papier ou au critérium — mon outil d'écriture privilégié lorsqu'il s'agit de mettre en mots des expériences émotionnellement marquantes, une forme de chemin main-esprit ritualisé. D'autres textes ont été écrits directement sur ordinateur ou téléphone portable, ou bien

[126] La phénoménologie consiste en la description et l'analyse de faits observés. L'herméneutique met en avant l'interprétation à travers des analyses textuelles et contextuelles. La phénoménologie herméneutique telle que définie par Heidegger met le chercheur en position de donner une interprétation de l'expérience vécue.

retranscrits à partir de notes manuscrites. Dans la majorité des cas, cependant, l'écriture à la main au critérium a constitué le premier geste de mise en mots — une manière incarnée, lente et intime de relier l'expérience au langage. Comme le soulignent les travaux de Delphine Leroy (Leroy, 2021), l'écriture de soi peut fonctionner comme une pratique d'« auteurisation[127] » et permet de refigurer l'expérience.

Mes carnets, compagnons constants de ma pratique clinique comme de mes recherches socio-anthropologiques remplissaient des fonctions diverses : parfois personnelles, pour me permettre de mettre à distance ou « digérer » ce qui avait été vécu (que ce soit en tant que sage-femme clinicienne, sage-femme chercheure ou femme-patiente) ; parfois méthodologiques, constituant de véritables carnets de terrain.

Après avoir rassemblé ces textes personnels, une relecture approfondie m'a permis de voir émerger de cet ensemble d'écrits quatre thèmes principaux. J'ai alors réparti ces écrits en quatre corpus thématiques. Le premier corpus rassemble des écrits intimes ayant trait aux émotions ressenties et à des scènes vécues lors du face-à-face avec la mort périnatale et infantile et avec la mort maternelle. Le deuxième corpus collige les mises en mots de mes ressentis ou de paroles recueillies en tant que témoin et acteur impliqué de pratiques déshumanisantes. Le troisième corpus est composé de textes relatant mes vécus émotionnels ou décrivant fidèlement des évènements lors de la confrontation à l'approche tayloriste de la naissance. Le quatrième corpus réunit les traces émotionnelles ou les retranscriptions de vécus liés à mes expériences de dialogue entre savoirs biomédicaux et savoirs émotionnels, expérientiels ou endogènes.

Enfin, j'ai effectué une sélection resserrée, en veillant à conserver un maximum de trois à quatre textes par corpus. Mes critères de sélection se sont basés sur une variation des terrains (pays, types d'offres de soins…) et des formes d'écrits (textes poétiques, nouvelles réalistes…), tout en étant vigilante à ce que l'échantillon soit fidèle à ce qui émanait de l'ensemble du corpus. J'ai veillé à pseudonymiser les récits et à respecter la dignité des personnes impliquées. Cette démarche s'est accompagnée d'une réflexion éthique sur la confidentialité,

[127] « L'auteurisation est ici posée comme moment précis, ou signe visible, où la personne, jusque-là empêchée, s'autorise à devenir autrice d'elle-même. Elle prend acte et agit, non pas nécessairement contre quelque chose mais indéniablement pour elle-même. Elle se constitue en tant que sujet à travers un acte (ici l'écriture) qu'elle endosse ou signe. En agissant, elle se donne à la fois la liberté et le pouvoir de l'action. C'est donc bien en termes de pouvoir d'agir que cette notion est appréhendée » (Leroy, 2021)

la non-réification des vécus et la responsabilité affective engagée dans la mise en mots d'expériences parfois douloureuses.

Le passage par cette mise en corpus m'a permis de clarifier les récurrences émotionnelles et épistémiques traversant mon parcours. Ces quatre axes thématiques reflètent les tensions majeures de ma pratique et constituent le socle à partir duquel mes questionnements en recherche ont pris forme.

Une fois l'ensemble des vignettes sélectionnées, je les ai croisées avec une revue de littérature relative aux thèmes abordés et avec les récits de pratique des 55 sages-femmes issues de 36 pays ainsi qu'avec les principaux résultats des six enquêtes socio-anthropologiques que j'ai menées entre 2011 et 2018 dans cinq pays (voir chapitre 2 pour le détail de ces corpus). Cette confrontation m'a permis, d'une part, de valider les quatre thèmes qui avaient émergé de l'analyse de mes carnets auto-ethnographiques et, d'autre part, de voir émerger des axes complémentaires comme le thème des récupérations institutionnelles des résistances. Ce travail de mise en corpus et de sélection des vignettes ne constitue pas seulement une préparation des analyses ultérieures : il fonde la possibilité même de penser, dans les chapitres suivants, le corps comme archive des émotions silenciées (chapitre 6) et la circulation collective des émotions de rébellion (chapitre 7). En d'autres termes, la méthodologie des vignettes auto-ethnographiques est le dispositif qui rend visible et analysable à la fois l'inscription corporelle des émotions et leur potentiel subversif lorsqu'elles circulent au sein des collectifs.

Conclusion du chapitre 5

Ce chapitre a mis en évidence combien la subjectivité des praticiennes-chercheures en maïeutique peut constituer une ressource heuristique dans la production de connaissances. L'analyse des « émotions de rébellion » et des vécus fondateurs éclaire les tensions entre normes institutionnelles et réalités vécues, et participe à l'émergence de nouvelles questions de recherche. Les « émotions de rébellion » deviennent ainsi un outil de dévoilement des angles morts de la pratique et de la recherche, capable d'alimenter une compréhension critique et transformatrice des dynamiques de pouvoir qui traversent la maïeutique.

L'examen des mécanismes d'« escamotage » de la subjectivité dans les écrits académiques, illustrés par le cas des écrits de mémoires d'étudiantes sages-femmes, révèle les tensions

entre les normes institutionnelles de « neutralité » et la valeur critique des vécus situés. Ces mécanismes reflètent une norme académique du « chercheur conforme » qui tend à invisibiliser la corporéité et la sensibilité de celui-ci. Or, comme l'ont montré les épistémologies féministes et critiques, cette invisibilisation participe aux injustices épistémiques, en marginalisant des savoirs critiques susceptibles de dévoiler des situations de domination et d'injustices structurelles.

Ce chapitre apporte ainsi des contributions à trois niveaux. Sur le plan théorique, il articule les apports des épistémologies féministes, de la phénoménologie et de la socio-anthropologie critique pour discuter le potentiel heuristique de la subjectivité située en maïeutique. Sur le plan méthodologique, il examine l'auto-ethnographie comme une approche capable d'articuler *meta-lucidity* (Medina, 2013) des praticiennes-chercheures – cette vigilance critique née des positions liminales – et production de savoirs. Sur le plan institutionnel, il souligne combien la reconnaissance de la subjectivité en recherche représente un enjeu politique de légitimation scientifique et d'ouverture épistémique.

Ces analyses ouvrent des implications pédagogiques et professionnelles concrètes. Elles invitent :

- **sur le plan individuel**, à encourager les sages-femmes et étudiantes à reconnaître leurs vécus sensibles comme des ressources de réflexivité, en développant des pratiques d'écriture et d'analyse personnelle (carnets de terrain ou journaux réflexifs[128]);
- **sur le plan de la formation**, à intégrer explicitement des dispositifs de réflexivité critique dans les cursus (journaux[129], portfolios[130], débriefings post-stage[131], analyses de pratiques[132])[133], afin de cultiver la *meta-lucidity* (Medina, 2013) et de transformer

[128] Dans la formation infirmière, des études montrent que la tenue régulière d'un journal réflexif favorise l'auto-conscience, la pensée critique et la capacité à mettre en question des routines professionnelles perçues comme "allant de soi" (Asselin & Fain, 2013)

[129] Des journaux ou carnets de terrain tenus tout au long des études permettent aux étudiantes de noter ce qu'ils perçoivent encore – et que les professionnelles expérimentées, par habituation, peuvent avoir cessé de voir.

[130] En France, des outils, tels que le portfolio réflexif, apparaissent dans les recommandations pour la formation en maïeutique de niveau licence suite à la réforme des études en maïeutique amenant les étudiantes ayant intégré en 2024 la filière maïeutique à obtenir un diplôme de docteur en maïeutique en 2029.

[131] De débriefings post-stage réguliers permettent non seulement d'accompagner les émotions et de renforcer les compétences cliniques, mais aussi d'analyser collectivement les tensions entre normes institutionnelles et réalités vécues.

[132] De séances d'analyse critique de pratiques articulent récits d'expériences, données scientifiques et apports théoriques (éthique, socio-anthropologie, épistémologie), afin de transformer les vécus en ressources d'apprentissage et d'action.

[133]Au niveau international, certaines filières en sciences maïeutiques ont intégré depuis plusieurs années des dispositifs de pratique réflexive structurée : journaux de terrain, portfolios réflexifs, groupes de débriefing post-

les « émotions de rébellion » en leviers d'analyse critique et de transformation des pratiques ;

- **sur le plan des institutions de formation et des lieux de stage**, à former les encadrants et tuteurs à l'écoute active et à la valorisation des perceptions étudiantes[134], à garantir des espaces protégés pour la parole sensible[135], et à reconnaître la valeur épistémique des savoirs situés produits par les étudiantes dans leur parcours[136] ;
- **sur le plan de la recherche,** à valoriser l'exploration par les praticiennes-chercheures de leurs vécus émotionnels en maïeutique comme des ressources heuristiques.

Ainsi, ce chapitre a posé les bases conceptuelles et méthodologiques de l'auto-ethnographie critique en maïeutique. En reconnaissant la subjectivité comme ressource scientifique et en proposant un cadre méthodologique pour la mettre en œuvre, il prépare l'analyse des dimensions corporelles et émotionnelles de la pratique qui feront l'objet du chapitre suivant.

stage (Bass et al., 2017; Mann et al., 2009). Ces outils permettent aux étudiantes sages-femmes de consigner leurs observations sensibles, de formuler leurs interrogations et de mettre en lien leurs expériences avec des cadres théoriques ou éthiques.

[134] La prise en compte de la *meta-lucidity* (Medina, 2013) des étudiantes sages-femmes suppose une préparation spécifique des formateurs et des tuteurs de stage. Les résistances institutionnelles et professionnelles ne sont pas marginales : dans certains contextes, les observations formulées par les étudiantes, notamment lorsqu'elles portent sur des pratiques problématiques comme les violences obstétricales, peuvent être perçues comme des remises en cause de l'institution ou des personnes, suscitant des réactions de protection corporatiste. Bourdieu (Bourdieu, 1990) a montré comment l'habitus — ensemble de dispositions durables et incorporées par la socialisation — conduit les individus à percevoir et à agir selon des schèmes qui tendent à reproduire l'ordre établi. Ces dispositions, souvent acquises dans un champ professionnel particulier, peuvent amener à considérer comme naturelles ou légitimes des pratiques qui participent pourtant à des rapports de domination. Transposé au champ de la maïeutique, ce cadre permet de comprendre comment certaines sages-femmes, formées et socialisées dans un environnement obstétrical donné, peuvent avoir intégré comme allant de soi des situations de contrôle ou de limitation de l'autonomie des femmes, et percevoir leur remise en question comme une atteinte à l'équilibre professionnel. Ce réflexe de défense, nourri par ces dispositions incorporées, tend alors à freiner la reconnaissance et la valorisation des savoirs situés produits par les étudiantes.

[135] Il s'agit notamment d'établir des règles explicites de stricte confidentialité et d'absence de conséquences négatives pour les participantes, afin de favoriser une parole libre et constructive. Il s'agit également de veiller à ne pas disqualifier les témoignages par leur réduction à des "cas isolés" ou à de "simples réactions émotionnelles", mais en les replaçant dans leurs dimensions structurelles et professionnelles.

[136] L'objectif n'est pas seulement d'accompagner les étudiantes dans la gestion émotionnelle des situations vécues, mais de mobiliser ces observations comme leviers de transformation des pratiques. La littérature montre que lorsque les retours étudiants sont intégrés dans un dialogue institutionnel, ils peuvent conduire à des ajustements organisationnels et pédagogiques significatifs (Neshastesaz Kashi et al., 2024). En maïeutique, ces retours peuvent éclairer :

- les zones de friction entre recommandations et pratiques réelles ;
- les biais liés aux rapports de pouvoir ;
- les écarts entre discours institutionnels et expériences patientes.

En ce sens, accompagner la « meta-lucidity » (Medina, 2013) des étudiantes contribue non seulement à former des professionnelles compétentes et réflexives, mais aussi à outiller une maïeutique capable de se penser et de s'adapter en permanence.

Chapitre 6. Le corps comme archive des émotions silenciées : du travail émotionnel aux émotions de rébellion

Introduction du chapitre 6

Après avoir posé, au chapitre précédent, les fondements théoriques et méthodologiques de l'auto-ethnographie et montré en quoi la subjectivité et la sensibilité située d'une praticienne-chercheure peuvent constituer de véritables ressources heuristiques[137], ce chapitre propose de déplacer le regard vers un autre niveau : celui du corps.

L'objectif est de comprendre comment les expériences sensibles de la pratique en maïeutique — joies, peines, traumatismes, moments de grâce — s'inscrivent durablement dans le corps des sages-femmes et se réactivent parfois à distance. Ces réminiscences corporelles, qu'elles passent par une odeur, un geste, une voix, ou encore une sensation viscérale, mettent en lumière un aspect central mais invisibilisé de leur pratique : le travail émotionnel (Hochschild, 2012). Celui-ci se déploie non seulement dans l'instant du soin, pour répondre aux attentes institutionnelles, mais aussi dans un temps différé, lorsque le corps restitue les vécus émotionnels qu'il avait dû contenir. Ces réactivations corporelles ne renvoient pas seulement à des mémoires affectives : elles peuvent aussi faire surgir des « émotions de rébellion », telles que définies dans le chapitre 3, ouvrant la voie à des formes discrètes ou affirmées de résistance face aux normes dominantes.

La problématique de ce chapitre se formule ainsi :

Comment le corps archive-t-il et réactive-t-il les expériences émotionnelles en maïeutique, et en quoi ces réactivations peuvent-elles nourrir à la fois la compréhension de l'ampleur du

[137] Heuristique : ce terme recoupe à la fois les approches pour répondre à une question de recherche et celles permettant de déployer de nouvelles questions de recherche.

> « Ce terme, du grec « heuristikê tekhnê » (…) peut se traduire, en fait, par « l'art de trouver » ou par « l'art de découvrir ». Ce terme qualifierait ainsi tous les outils intellectuels, tous les processus, tous les procédés, mais aussi toutes les approches destinées à favoriser « l'invention dans les sciences ». Cette définition explique les recouvrements (…) avec les différentes déclinaisons structurantes du champ heuristique : Création, Intuition, Créativité et Stratégie d'Innovation. » (Vincent, 2012, p. 32)

travail émotionnel des sages-femmes, et l'émergence d'« émotions de rébellion » génératrices de résistance ?

Pour y répondre, la méthodologie croise des récits auto-ethnographiques et des récits issus d'un corpus de 55 entretiens menés auprès de sages-femmes de 36 pays, analysés à travers les théories de la mémoire corporelle (Bergson, 1959; Kirouac, 2004; Le Breton, 2006b), du travail émotionnel (Hochschild, 2012), des normes émotionnelles du soignant (Bautzer, 2022; Foley & Saraga, 2021; Loriol, 2013; Loriol & Weller, 2002, 2005), du travail du *care* (Fraser, 2013; Gilligan, 1993; Hochschild, 2013, 2014; Molinier, 2013; Tronto, 1993) ainsi que des « émotions de rébellion » (chap. 3).

Le chapitre s'organise en trois temps :

- Le corps comme mémoire émotionnelle, qui conserve et restitue les traces sensibles du soin et peut être le lieu d'un surgissement d'« émotions de rébellion »,
- Le travail émotionnel, au cœur de la pratique, mais rarement reconnu par les institutions,
- La tension entre *care* et *cure*, qui met en évidence la position singulière des sages-femmes, partagées entre une fonction relationnelle dévalorisée et des responsabilités médicales majeures.

Ainsi, ce chapitre prolonge la réflexion méthodologique sur la subjectivité (chapitre 5) en la déplaçant vers l'incarnation corporelle des émotions, et prépare l'analyse des formes de résistance et de transformation portées par les « émotions de rébellion » (chapitre 7).

I- Le corps comme mémoire émotionnelle et les émotions comme vecteur de transformation des pratiques

Je propose d'abord une série de vignettes auto-ethnographiques croisées avec des extraits du corpus international de récits de pratiques de sages-femmes. Cet ensemble articulé donne à voir la mémoire corporelle des émotions et servira de base à l'analyse théorique développée dans les sections suivantes.

Récits croisés

Réminiscences joyeuses

L'odeur des huiles essentielles, utilisées pour les bains de parturientes en salle de naissance, me replonge instantanément dans des souvenirs positifs de pratique clinique.

De même, lorsque mes mains se creusent en coupe pour accompagner la descente de la tête d'un enfant vers sa nouvelle vie hors du ventre maternel, je suis envahie d'une sensation heureuse. Mes mains de sage-femme ressentent alors la joie d'être au contact de l'énergie de vie de l'enfant qui avance avec force vers sa naissance. Cette sensation et cette joie-là, je les ai ressenties aussi en tant que mère, lorsqu'à la naissance de mes enfants, mes mains les ont accueillis dès la sortie de mon ventre.

Ma pratique a été transformée à partir du moment où j'ai pris le temps d'écouter la mémoire de mes mains de sage-femme — ces mains qui refaisaient toujours le même geste en accueillant l'enfant. Elles étaient empreintes des sensations des premiers touchers de tous ces nouveau-nés accueillis pendant mes années d'apprentissage. J'ai alors pris conscience que lorsque je guidais et attrapais, gantée de caoutchouc, l'enfant d'une autre femme, les propres mains de celle-ci étaient disponibles. Elles étaient disponibles pour accueillir son bébé et celui-ci s'apaisait, lors de sa naissance, au contact de la peau et de l'odeur de ses parents. J'ai repris alors ma vraie place de maïeuticienne : accompagner la naissance humblement en n'intervenant et n'immisçant mes mains entre l'enfant et ses parents que lorsque nécessaire ou souhaité explicitement par les parents.

Cette transformation de ma pratique peut se lire à travers le concept d'« émotions de rébellion » (chapitre 3). En effet, la mémoire de mes mains a révélé l'injustice structurelle d'une dépossession de la naissance par la biomédecine et l'invisibilisation de gestes et savoirs féminins ancestraux (chapitres 1 et 4). Ce ressenti s'est converti en moteur de résistance, me conduisant à restituer aux parents le geste fondateur d'accueillir leur enfant.

« (…) quand on sent une tête arriver dans nos mains de sage-femme… »

Cette sensation et ce cheminement sont aussi décrits par une sage-femme entendue en entretien :

« Je sais pas, toi… mais quand on sent une tête arriver dans nos mains de sage-femme… c'est pas pour rien qu'on a envie d'y mettre les mains ! C'est grisant comme sensation, c'est absolument fantastique et j'adore cette sensation. Mais je me disais… est-ce que c'est à moi d'avoir ce cadeau-là ? C'est peut-être aux parents d'avoir ce cadeau. Et quand c'est arrivé, que des mamans attrapent elles-mêmes leur bébé, à chaque fois, elles me témoignaient de ça… Elles me disaient, plusieurs jours après : "j'ai encore la sensation dans la main. C'était tellement merveilleux. Ça m'a tellement aidé de sentir ça." (…) Ah oui non mais là vraiment faut arrêter de mettre les mains sauf quand la femme veut que ce soit mes mains. Faut pas faire ça, tu vois, même c'est le contraire, ça me révolte. Enfin ça me révolte quand je vois des accouchements où la sage-femme met ses mains. Ah mais non, voilà, ne fais pas ça. Et du coup j'en parle avec les parents aussi pour expliquer aux mamans que bah elles vont avoir ce réflexe, qu'elles se fassent confiance. Plus j'ai avancé, plus je me suis rendu compte qu'il y avait aussi beaucoup moins de déchirures[138]. Parce que quand les mamans mettent leurs mains, elles gèrent complètement toutes seules… Elles retiennent la tête[139]… Elles font le job vachement mieux que moi parce qu'en plus elles ont la sensation de la tête. Donc voilà, toutes mes observations cumulées m'ont dit : à tous les niveaux, c'est le truc qu'il faut faire. En fait, il n'y a aucune raison de faire autrement sauf problème particulier. (…) En dehors de cas exceptionnels, moi je ne touche plus les enfants depuis très longtemps. Les premières mains qui devraient toucher votre bébé, a priori c'est maman ou papa — mais pas moi. » (France SF2)

Ici encore, l'émotion décrite ne se limite pas à la joie de la transmission : elle exprime une rébellion intime contre l'accaparement biomédical du geste de naissance. Elle dévoile une injustice — la dépossession des femmes de leur propre pouvoir corporel — et traduit la volonté de transformer les pratiques vers une maïeutique qui redonne aux parents leur juste place. Cette sage-femme en est venue à s'engager dans la pratique des accouchements à domicile où cette intuition de laisser aux parents le privilège de toucher leur enfant en premier est largement partagée. Ainsi, le rapport 2021 sur les accouchements accompagnés à domicile en France indique, d'une part, que 85,5% des femmes ont-elles-mêmes réceptionné leur bébé et, d'autre part, que les sages-femmes n'ont majoritairement pas immiscé leurs mains lors de la naissance (pratique « hands-off ») (APAAD, 2021, p. 14).

[138] Ici, la sage-femme fait références aux déchirures du périnée maternel, qui peuvent apparaître lors de l'accouchement, au moment du dégagement de la tête fœtale.

[139] Une manière de limiter le risque de déchirures périnéales maternelles est de maintenir une pression sur la tête fœtale avec la paume de la main, de manière à ralentir légèrement sa sortie, laissant le temps au périnée maternel de s'amplier pour gagner en élasticité. « Ampliation du périnée : Modification du périnée fibreux et musculaire maternel distendu par la présentation fœtale après le franchissement du détroit inférieur » (Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine)

Mais à côté de ces sensations positives de la naissance, qui transforment la pratique, d'autres mémoires sensorielles, plus douloureuses, marquent aussi durablement les sages-femmes et amènent aussi à des engagements pour une maïeutique au service des femmes et des nouveau-nés.

Les petits paquets de pagne



Figure 12 : Les petits paquets de pagne (Photo prise par ML Deneffe Dobrzynski, Sénégal, 1999)

Mes yeux tombent sur cette photo, échappée d'une enveloppe lors d'un rangement. Tout me revient, jusqu'aux odeurs et à la moiteur des pagnes que je sens au creux de mes mains…

Il est 7 heures du matin. Déjà près de 40°C. Arrivée à la maternité. Comme tous les matins, je commence par compter le nombre de petits paquets de pagne posés sur la paillasse. Dans chaque paquet de pagne, un nouveau-né décédé, parfois deux, des jumeaux. A l'odeur et à la moiteur des pagnes, je ressens, avant d'ouvrir le pagne, le degré de macération du corps.

La nuit, mes collègues sages-femmes déposent les corps des nouveau-nés décédés sur la paillasse. Au fil de leur garde. Après les avoir enveloppés dans un pagne apporté par la famille de la mère. Au petit matin, remise des corps aux familles. Identification du corps : le pagne reconnu par la famille.

Au dos de la photo, quelques mots : « Quatre nouveau-nés décédés dans la nuit. Sénégal. 1999 ». Dans l'enveloppe, un papier sur lequel ont été recopiées les trois lignes notées dans le relevé d'activités de cette nuit-là :

« Mme …, 18 ans, 1geste, 7 mois, Déclenchement cytotec pour MFIU. Acct VBS, expulsion Nné macéré, sexe M, 1600g, DA-RU

Mme…, 25 ans, 6geste, 6pare (3 enfants vivants, 2 décédés), 8 mois, Déclenchement cytotec pour MFIU. Acct VBS, expulsion Nné macéré, sexe F, 2300g, DA-RU

Mme…, ? ans, 1geste, 7 mois, Grossesse gémellaire, Acct VBS, expulsion J1 et J2, < 900g, sexes M, nés vivants, décédés en salle de naissance, DA-RU »

Tous les matins, commencer par compter le nombre de petits paquets de pagne posés sur la paillasse… Ce matin-là, trois pagnes pour quatre bébés…

(Extrait de carnets auto-ethnographiques)

Refaire malgré soi le geste de fermer les yeux d'un enfant décédé

Après plusieurs années de pratique au Cameroun, au Sénégal, en Côte d'Ivoire, et en Angola (contextes subsahariens marqués par une forte mortalité maternelle et infantile), j'ai pris conscience d'un geste récurrent de mes doigts : le mouvement qui mime celui de fermer les yeux d'un enfant décédé. Un jour, mon regard a été attiré par mes doigts qui mimaient malgré moi ce geste. Ce geste involontaire a alors fonctionné comme un appel corporel, me permettant d'accéder à des vécus émotionnels jusque-là contenus. J'ai alors pris conscience que mes mains avaient aussi la mémoire d'un autre geste mortuaire. Pour les « tout-petits », ce sont l'index et le majeur de ma main droite qui ont toujours fermé les paupières dans une dernière caresse. Pour les femmes, mes deux mains viennent entourer la tête dans un ultime geste d'adieu tandis que mes deux pouces descendent les paupières. Les vécus liés à ces gestes s'étaient construits dans des environnements de travail où le rythme incessant, de jour comme de nuit, et la fréquence des décès, rendaient impossible toute élaboration émotionnelle immédiate. La corporéité s'est alors imposée comme mémoire silencieuse des émotions, là où le contexte ne laissait pas de place à leur expression. Ces terrains, dépourvus d'espaces d'accompagnement ou de partage émotionnel, imposaient une posture de mise à distance des émotions. J'ai alors, à distance, quand mon corps m'a rappelé ces vécus, pris le temps d'entendre mes émotions. J'en ai rendu compte dans un texte couché dans un de mes carnets de terrain intitulé « Mains de sage-femme », écrit en 2004. Ces résurgences ne relevaient pas seulement d'une tristesse intime : elles exprimaient une indignation face à

l'injustice structurelle d'un système où tant de vies auraient pu être sauvées. Elles m'ont poussée à transformer cette douleur en résistance, en inscrivant ma recherche et ma pratique dans un refus actif de considérer ces morts comme une fatalité.

Mains de sage-femme

Mes mains m'ont parlé. Hier, mon regard a été happé par mes mains. Mes mains ont accroché mon regard pour y déverser leurs états d'âme. Mes doigts mimaient le geste de fermer les yeux de ces enfants morts sous mes yeux. Mon cœur s'est alors fendu à nouveau et a saigné. Puis mes doigts se sont placés en coupe sur un périnée imaginaire et ont caressé des cheveux soyeux rencontrant l'air pour la première fois. Mes mains se remémoraient ces sensations si proches et si lointaines à la fois. Elles criaient, frémissaient comme des mains en manque, des mains qui pleurent loin de leur passion, de leur vocation de sage-femme. Elles me contaient à s'en fendre la paume leur passion de mains, leur vocation de mains.

Mes doigts ont fermé les yeux d'enfants partis dans un monde où leur mère pleurait de ne pouvoir les suivre, un monde où tout serait lumière et amour. Je leur ai fermé les yeux. J'ai appuyé mes doigts sur leurs paupières une fois le dernier sursaut de vie éteint. J'ai caché ces regards qui ne voyaient plus le désespoir de leur mère, ces yeux qui, brutalement, s'étaient éteints. Mes doigts se souviennent et mon cœur saigne comme il n'a pu se permettre de saigner quand il devait être fort. Il devait être fort pour permettre à mes mains de s'avancer vers ces visages enfantins, pour donner la force à mes doigts d'accomplir le geste rituel qui est une torture infligée au cœur d'une mère, au cœur d'un père. Mes doigts se souviennent de la tendre élasticité de ces paupières qui déjà résistent avec la force d'inertie du cadavre. Ces tendres et douces paupières n'obéissent plus aux injonctions humaines. Leur maître est déjà la rigide mort. Fermez-vous paupières. Fermez-vous donc. Mort, laisse aux vivants le temps de cacher ce regard que tu habites, ce regard déshabité insoutenable pour le cœur d'une mère et d'un père. Mort, entends les cris, les pleurs de ceux qui restent parmi les vivants. Aie pitié de nous. Laisse les paupières cacher ce regard de cadavre. Aie pitié de nous. Laisse mes doigts donner à cet enfant un visage d'enfant, un visage d'enfant endormi, ne nous impose pas ce regard d'outre-tombe au travers duquel tu nous nargues, nous les blouses-blanches qui n'avons pas su sauver l'enfant, eux les parents qui n'ont pas pu retenir leur enfant. Les paupières sont fermées. Mes mains, attrapez ce pagne dans lequel l'enfant est venu accroché au dos de sa mère. Mes mains, soulevez le corps de cet enfançon et enroulez-le dans le pagne. Mes mains,

vous le savez bien que vous n'avez jamais pu couvrir tout le corps de l'enfant ; toujours il a fallu que vous laissiez l'enfant respirer. Mes mains, vous saviez bien que cet enfant n'avait plus besoin d'avoir le visage découvert, ses délicates narines tournées vers la lumière. Mes mains, pourquoi n'avez-vous jamais pu enfouir ce visage dans le pagne devenu linceul ? Allez, laissez-donc cet enfant respirer puisque vous ne voulez m'obéir. Et, maintenant, prenez courage mes mains. Prenez courage. Soulevez avec toute la tendresse et l'amour dont je vous sais capable ce corps d'enfant et déposez-le dans mes bras, là tout contre mon cœur. Mes mains, la mère a vu ce que vous venez de faire, la compassion que vous essayez de lui témoigner. Maintenant, courage mes mains, tendez à cette mère le corps de son enfant. Peut-être l'attirera-t-elle contre ses seins gorgés de lait. Peut-être l'étreindra-t-elle dans une dernière et déchirante étreinte. Peut-être criera-t-elle sa douleur sans pouvoir tendre les bras vers ce qui était son enfant. Cette fois-là, mes mains, vous sentirez alors comme ce cadavre, ce poids-mort est insupportablement lourd et comme mon cœur ne peut plus être fort. Vous savez que cette mère-là a compris qu'elle n'ouvrirait pas les bras à son enfant mais à un cadavre. Cette mère-là sait que son enfant n'est plus dans mes mains. Il est parti vers un ailleurs qui ne serait que lumière et amour.

Mes mains, ressaisissez-vous. Vous voyez bien que cette vieille femme attend depuis des heures avec un nouveau-né blotti contre son sein. Où est donc la mère du petit ? Comment, sa mère n'est plus ? La vieille, tu pleures. C'est ta fille qui s'en est allée. Cet enfant va mourir sans la douce chaleur du lait maternel ! Que dis-tu, la vieille ? Une femme du village pourrait l'allaiter en même temps que son propre enfant ? Que soit bénie cette mère. Elle sauvera peut-être l'enfant.

Là, ce nourrisson, je ne vois pas non plus sa mère ! C'est une fillette qui le porte. A la main, elle tient un biberon rougi par la poussière de son village. Le petit a la diarrhée. Il est déjà si maigre, ce petit. Un bébé peut donc avoir un visage de vieillard ? Est-il possible que ses yeux aient connu toute la souffrance qu'ils contiennent ? Mes mains, ne restez pas inertes. Faites donc quelque chose. Bravo, il a grossi ! Oh, aujourd'hui, il a souri ! Le petit repart au village ? Ne vous attristez pas, mes mains, peut-être le reverrons-nous. Vous voyez bien, aujourd'hui, il est de retour. Mais, vous pleurez, mes mains ! Quoi, la diarrhée a repris ? L'enfant se meurt ? La mort ne laisse donc qu'en sursis ces tout-petits dont elle a pris la mère ?

Comment, vous riez mes mains ? Vous dansez ? Quelles sont toutes ces mains calleuses qui vous serrent, vous congratulent et vous bénissent ? Comment, un enfant est né ? Vous avez senti ses doux cheveux soyeux rencontrant l'air pour la première fois ? Ah non, c'était des petites fesses rebondies qui se sont présentées les premières cette fois-ci ? Que dites-vous ? Cet enfant est un petit miraculé ? Mais ne sont-ils pas tous un peu miraculés les enfants que vous avez aidés à mettre au monde, mes mains ? Pour arriver jusqu'à vous, ils ont été ballottés dans le ventre de leur mère au gré des cahots de la piste, au gré du balancement des mains qui ont porté le brancard de fortune pendant des heures, des jours. Les enfants qui n'ont pas besoin de vos soins naissent dans le village où ils grandissent et d'autres mains aident leurs mères à les faire naître, des mains qui pourraient en raconter elles aussi, des mains de femmes sages, des mains d'accoucheuses communautaires, des mains que vous aimez tant serrer, des mains avec qui vous travaillez main dans la main. Quand ces mains qui ont vu naître tout un village ne suffisent à aider une mère à faire naître son enfant, vous savez mes mains que le temps que le duo amoureux de la mère et de son enfant arrive à vous, la mère dansera déjà en solo bien souvent. Pour que la piste de danse ne soit vidée de son dernier occupant, mes mains, vous lutterez aux côtés de cette mère qui n'en peut déjà plus de s'accrocher à la vie. Cette mère n'est déjà plus qu'un cercueil pour la chair de sa chair, pour cet enfant dont elle ne connaîtra le visage que marqué du sceau de la mort, pour ce tout petit qui ne tétera pas ses seins pleins. Si elle survit à son enfant, ses seins gonflés de lait inemployé crieront à gorge déployée la douleur d'une femme assourdie par le cri inexistant de son bébé. Mais peut-être que, là où il est, son tout-petit a quand même poussé un cri. Peut-être a-t-il pleuré de n'avoir pu noyer son regard dans celui de sa mère, crié de désespoir de n'avoir pu goûter à la douceur du sein promis, geint de n'avoir pu s'endormir repu dans les bras chauds et doux de sa maman, là, tout contre son cœur. Peut-être que dans cet ailleurs qui ne serait que lumière et amour, la douleur de ne pas connaître les bras de sa mère existe.

Aujourd'hui, les esprits de la brousse ont veillé sur ce petit jusqu'au bout de l'espérance de la mère en devenir. Comme vous riez, mes mains, comme vous dansez ! Vous présentez à cette mère épuisée mais vivante son nouveau-né. La petite bouche avide de vie happe le sein plein. Un enfant est né ! Dansez, riez, mes mains !

Chut, mes mains, la mère et l'enfant se sont endormis blottis l'un contre l'autre. Reposez-vous, mes mains. Déjà une autre mère et un autre enfant ont pris la piste ocre qui mène à vous.

Quoi ? Que me dites-vous mes mains ? Quels sont tous ces noms que vous écrivez ? Oh non, mes mains, taisez-vous donc… Oui, mes mains, je sais bien… Ce sont les noms de celles pour qui vous n'avez été qu'accoucheuses d'âme… Elisa, Kadidja, Rose, Fanta, Maria, Madoussou… Mortes pour avoir vécu là où être pleine d'un enfant c'est avoir un pied dans la tombe… Angèle, Kadi, Donatienne, Barakissa, Mireille… Mortes pour avoir vécu là où décider d'avorter c'est avoir presque les deux pieds dans la tombe… Albertine, Mama, Maïmouna… Mortes pour avoir été femmes : mortes sous les coups de leurs compagnons… Jacqueline, Esperanza… Mortes pour n'avoir plus eu la force de vivre une vie grevée des séquelles des abus sexuels subis…

A quoi sert de vous tordre de douleur mes mains ? Serrez donc les poings. Et levez-les ! Le combat n'est pas fini.

(Extrait de carnets auto-ethnographiques)

« Please help me, please help me… I'm dizzy, I'm dizzy… » ou la mémoire auditive d'une sage-femme sierra-léonaise

De nombreuses sages-femmes, entendues en entretien dans le cadre de cette recherche, ont relaté des résurgences émotionnelles liées à la mémoire corporelle lors de la confrontation à la mort. Elles ont témoigné comment cela continue de participer à leur engagement en maïeutique. Ainsi, une sage-femme sierra-léonaise raconte comment elle peut encore entendre distinctement, quinze ans après que la situation soit arrivée, la voix d'une femme lui demandant de l'aider alors qu'elle était en train de mourir d'une hémorragie du post-partum. Elle se remémore alors la situation comme si elle venait d'arriver, se rappelant des moindres détails. En voici un court extrait :

> « And this woman was lying down. We were trying all efforts. Time was going, time was going… and she started talking: "Please help me, please help me… I'm dizzy, I'm dizzy…" and gradually her speech became sluggish: "help me… help me…" until finally, silence. You see somebody dying gradually, gradually… No blood… We were trying all the procedures that we could, but nothing was working anymore. The doctors said they could not transfuse her — there was no blood available. Honestly, this woman died. She was so hefty, and there was no way to help. For me, that was a terrible situation. That, I will say, is a preventable death, an unacceptable death. This experience, together with the many other severe cases I have seen — women with fistula, with terrible complications, with maternal mortality so high — has given me the

conviction never to quit training midwives. I want to remain in this work of midwifery, to save the lives of women and newborns, and to ensure that the voices of midwives are also heard in the decisions of the hospital. » (Sierra Leone SF).

Ici encore, la mémoire corporelle agit comme déclencheur d'une « émotion de rébellion » : ce n'est pas seulement le souvenir d'une scène douloureuse, mais la persistance d'une indignation contre l'injustice de morts qualifiées par elle-même d'« évitables » et « inacceptables ». Cette révolte intime nourrit une résistance active, qui se traduit par un engagement durable dans la formation et le plaidoyer interne pour que de telles situations ne soient plus considérées comme inéluctables.

« I was nine years old (…) I lost my brother. »

Certaines sages-femmes relient ainsi leur engagement à des expériences fondatrices, où la douleur intime est devenue une source durable de résistance. C'est le cas également de cette sage-femme kenyane, qui raconte comment la perte d'un frère et ses propres complications obstétricales ont façonné son parcours.

> «And the reason I am a midwife… my mother gave birth to a child who was to follow me when I was about nine years. And remember, I'm the 10th born in my home, so that was the 11th baby and she struggled quite a bit in because she was not young cause myself I was born with my mother was 40s so she wasn't young at the time. She was trying to give birth to this last one. And I witnessed because she really was ashamed of going to the hospital because of her age. So she labored in the house for quite a long time before she went to the hospital, which complicated. She was taken for cesarean section. And unfortunately, now, I lost my brother. Yeah. So yeah, so I kept on wondering what could have caused the death of that baby because he was big. He was 4.5 kilos at birth. So I was young at the time, but it kept on wondering why. Why did my mother fear going to hospital at the time? Now, over time, I've realized it's about shame and not shame because her she's feeling shameful. But it's because in the hospital, when you go to the maternity ward, the midwives put the shame on you. Like, why are you giving birth at this age? Why do you need a child? So I think in my heart I started aching to change the narrative in midwifery, in terms of building the positivity around midwifery and maybe being part of the change for midwifery in the countries. Yeah. So actually that's one of the reasons I did midwifery. And then the other thing is when I was giving birth to my second born child. Also, I really complicated, had pph[140]. Yeah, it was severe, very bad (…) and then at

[140] Pph : post-partum hemorrhage

> that time there were so many deaths in our country occurring because of ppH and I was wondering I could have been part of the statistic. (…) that has made me really become passionate about ppH management in our country. We formed a committee for ppH management and I'm part of it. » (Kenya SF)

Cette double expérience — la honte maternelle et la perte d'un frère, puis sa propre confrontation à la mort — a conduit cette sage-femme à transformer sa révolte intime en engagement collectif : elle participe aujourd'hui à la formation, au plaidoyer et aux politiques nationales de santé maternelle au Kenya pour changer le récit dominant sur la maternité et renforcer l'efficience des soins.

Ces continuités entre mémoire personnelle, « émotions de rébellion » et résistance éclairent aussi d'autres vécus, comme ceux liés aux réminiscences corporelles de situations de déshumanisation.

Résurgence corporelle d'émotions enfouies face à des situations de déshumanisation

Les mémoires liées aux vécus émotionnels sont inscrites durablement. Dans les vingt premières années qui ont suivi mon diplôme de sage-femme, à chaque passage devant un certain centre hospitalier, je ressentais une « boule au ventre », identique à celle que j'avais ressentie en continu sur ce terrain en tant qu'étudiante deux décennies plus tôt. Ce signal somatique agissait comme un rappel involontaire d'expériences vécues dans ce lieu : scènes de déshumanisation de la naissance, pratiques qui seraient aujourd'hui identifiées comme des violences obstétricales. A une époque où ces situations étaient banalisées, mon vécu émotionnel m'avait semblé indicible au sein du monde des soignants que j'intégrais. Mais il se rappelait à moi dès que j'approchais à moins de cent mètres de cet ancien lieu de stage. Cette « boule au ventre » n'était pas seulement un souvenir corporel douloureux : elle traduisait une « émotion de rébellion », une révolte intime face à l'injustice de pratiques de maltraitance institutionnalisées et de l'invisibilisation du vécu des femmes. C'est en ce sens qu'elle a nourri un engagement pour l'humanisation de la naissance, transformant une souffrance silencieuse en moteur de résistance.

« C'est l'habitude du service… »

Je me souviens de la boule au ventre qui ne me quittait pas quand, jeune stagiaire, on m'intimait de déshabiller la femme dès son entrée en travail, de lui enfiler une blouse blanche d'hôpital, puis de la relier à tant de fils qu'elle ne pouvait plus quitter son lit (perfusion, monitoring, tensiomètre automatique…). Je me souviens que, lors de la pose de péridurale, un des anesthésistes, par excès de précaution, exigeait que l'on pose une perfusion à chaque bras de la femme et qu'alors le tensiomètre automatique était posé à la cheville… Je me souviens qu'avant chaque naissance, on me demandait d'installer la parturiente en position gynécologique, voire de lui attacher les jambes avec les sangles des étriers si elle avait le malheur de les bouger. Puis, il s'agissait de lui raser le pubis, d'asperger son sexe d'un jet froid de désinfectant, de la couvrir de linges stériles, de se glisser à genoux derrière sa tête pour appuyer avec force sur son ventre si l'enfant ne descendait pas assez vite sous les poussées de sa mère. Je me souviens des marques rouges laissées par nos mains sur son ventre. Je me souviens de nous tous autour d'elle, soignants et accompagnant, dans un même camaïeu de blouses vertes et avec un calot sur la tête. Je me souviens de la lumière aveuglante du scialytique, du bruit des pinces et ciseaux qui heurtaient le plateau en inox lors de la préparation du « plateau d'accouchement », du bruit de tissu déchiré lorsque les ciseaux entaillaient le périnée. Je revois le nouveau-né saisi par des mains gantées appartenant à un soignant inconnu de lui et de ses parents encore quelques heures ou minutes auparavant. Je me souviens que lorsque le nouveau-né retrouvait les odeurs, voix et peaux de ses parents, dans le même temps, le placenta, son compagnon de 9 mois, disparaissait sans façon dans le congélateur ou la poubelle. Je me souviens que le temps suspendu d'après la naissance (émotions des parents, premiers regards des nouveau-nés…) pouvait être brutalement interrompu par des soins à donner, « pas urgents mais vous comprenez, on est débordé, faut s'organiser » ou « c'est l'habitude du service ». Je me souviens qu'il fallait très vite à nouveau enchaîner les gestes (soins au nouveau-né, délivrance, suture de périnée…) et, entre deux soins, courir d'une salle d'accouchement à l'autre. D'autres femmes enfantaient, nous n'avions pas le temps de nous poser à leur chevet.

Je me souviens de ces nouveau-nés prématurés et considérés « non viables » « gaspant » seuls dans un coin de l'office ou d'une salle déserte, sur un plateau en inox argenté froid et impersonnel…

Je me souviens que le seul modèle de naissance qui nous était présenté pendant la formation de sage-femme était ce modèle de la naissance hospitalière. Je me souviens qu'une de mes consœurs étudiantes sages-femmes avait été convoquée, enceinte, par le gynécologue-obstétricien en chef : « J'ai appris que vous projetez d'accoucher chez vous ! Un accouchement accompagné à domicile ! C'est insensé ! Vous êtes doublement irresponsable à la fois comme mère et comme future sage-femme ! ».

Je me souviens d'habituels propos et attitudes sexistes et paternalistes envers les patientes, envers les sages-femmes. Je me souviens de soignants fatigués, stressés, parfois rassurants dans leur présence bienveillante et souvent débordés voire excédés face aux besoins des femmes ou de leur accompagnant. Je me souviens d'une sage-femme qui empoignait à deux mains les plis de graisse de ventres pleins d'un enfant : « Marie-Laure, tu vois ce tablier graisseux ? Comment veux-tu qu'elle accouche bien ! Il y a trop d'obèses dans notre région ! » Je revois le regard de femmes se voiler de honte et de culpabilité.

Je me souviens de cette hiérarchie hospitalière qui me laissait tremblante, fragile et muette face aux brimades.

Je me souviens de la colère d'un pédiatre envers moi. Un nouveau-né prématuré vient de décéder, après une décision d'interruption de soins. Après le décès, le pédiatre me demande de le suivre. Il veut que je m'entraîne à l'intubation sur ce petit cadavre. Choquée, je refuse, d'un simple « Non, je n'en serais pas capable ». Comment pourrais-je accepter ? Violence faite à l'intégrité d'un cadavre. Violence faite aux parents non informés de ce geste. Voilà ce qui résonne en moi. Le pédiatre se met en colère. Ma « sensiblerie » sera responsable du décès de nouveau-nés : par manque d'entraînement, je ne saurai pas intuber le moment venu en salle de naissances. Je ne sais que continuer à lui répéter, du haut de mes timides vingt ans, que 'Non, je n'en serais pas capable'…

Je me souviens des points de bascule entre bientraitance et déshumanisation, de la régularité de leur survenue sous couvert de manque de temps, de manque de personnel, d'habitude de service, de protocole médical imposé de manière verticale, ou bien sûr de « légitimité de l'urgence » faisant agiter le « drapeau du linceul ». Je me souviens de cette boule au ventre qui, pendant les premières années qui ont suivi mon diplôme de sage-femme, revenait inexorablement dès que je passais à proximité de cet ancien lieu de stages, haut lieu de formation universitaire. J'étais surprise pas la persistance de cette empreinte émotionnelle. Je travaillais depuis avec davantage de bonheur dans une autre région, dans un hôpital où les pratiques hospitalières étaient plus humanisées, où les soignants tentaient de promouvoir

l'autonomie des femmes et des sages-femmes. J'avais réalisé déjà plusieurs années de missions en ONG où j'avais été confrontée à des situations complexes, exercé dans des zones de conflit armé… Mais je redevenais cette jeune étudiante à la boule au ventre dès que j'approchais de ce centre hospitalier. J'en parlais avec mes collègues sages-femmes d'ici et d'ailleurs. De nombreuses sages-femmes, dont des presque retraitées, me disaient se liquéfier encore au seuil des hôpitaux où elles avaient été formées. Au fil des décennies qui suivent, dans tant de maternités d'ici et d'ailleurs, je sens mon corps se raidir à chaque fois que l'humanité dans l'accompagnement déserte, brutalement toujours, durablement parfois. De chacun de mes terrains de sage-femme ou d'anthropologue, j'entends encore résonner en moi des paroles âpres, des gestes inappropriés, des attitudes condescendantes, des négligences fatales, des décisions verticales… Et j'entends en écho les voix de femmes, d'accompagnants, de membres de communautés me relatant des expériences négatives, douloureuses… et la voix de soignants me partageant leurs souffrances, leurs découragements, leurs désillusions, leurs frustrations, leurs envies d'avoir les moyens de travailler autrement…

(Extrait de carnets auto-ethnographiques)

Ces sensations de « boule au ventre » à l'approche de cet ancien lieu de stage se sont apaisées peu avant que je devienne enseignante sage-femme, en 2019. Mon choix d'enseigner s'inscrivait dans une volonté de participer à transformer la pratique en agissant dès la formation initiale. En écoutant la nouvelle génération d'étudiantes sages-femmes, j'ai reconnu certaines de mes propres traces et de celles de la communauté des sages-femmes aguerries — le sentiment puissant de l'engagement dans une profession profondément humaine mais aussi les « émotions de rébellion » face à certaines normes et devant les conditions d'exercice. De ce passage vers l'enseignement, j'ai enrichi mes résistances, les ancrant dès la formation initiale des professionnelles. J'ai tenté de donner à d'autres le temps et les mots qui m'avaient manqué pendant ma formation : des débriefs après les stages pour déposer les affects, des espaces protégés où relire ensemble ce que les corps retiennent, mais aussi des unités d'enseignement sur l'histoire critique de la biomédicalisation de la naissance, ou encore sur l'approche interculturelle des soins en périnatalité et sur les déterminants socio-culturels de l'accès aux soins. Il s'agissait que les étudiantes puissent nommer ce qu'elles voient et ce qu'elles vivent. Ce sont de petites « résistances à bas bruit » : elles n'annulent ni les sous-effectifs ni les injonctions contradictoires, mais elles ouvrent des interstices où les « émotions de rébellion » trouvent des lieux de reconnaissance, de légitimation et deviennent

des ressources d'apprentissage et de réinvention du soin. Ce déplacement a toutefois un coût : ces initiatives s'ajoutent aux charges institutionnelles et exposent à l'épuisement. Les chiffres le confirment : 37,5 % des enseignantes sages-femmes souffrent de burnout (Collège National des Sages-Femmes, 2020). Être à la jonction de la clinique et du pédagogique, c'est tenir deux rives à la fois : accompagner les naissances et accompagner celles qui apprennent à accompagner.

Mémoire incarnée des premiers accouchements observés

Parmi les sages-femmes entendues en entretien, certaines évoquent elles aussi de manière très incarnée la mémoire de leurs premières expériences en salles de naissance, remontant parfois à 20, 30 ou 40 années. Une sage-femme québécoise raconte ainsi, comme si elle en ressentait encore la sensation dans son propre corps, l'impression physique de double réalité qu'elle a éprouvée en assistant à son premier accouchement :

> « Je dirais que les premiers accouchements que j'ai vus comme étudiante m'ont beaucoup questionnée. (…) Y avait quelque chose qui se passait, qui était un peu contradictoire entre l'événement que les parents vivaient, puis euh… l'événement auquel j'avais l'impression d'assister, qui ressemblait plus à une opération finalement avec des champs verts, la table gynécologique, la faire attacher à la table (la femme), vraiment tout ça. Puis, en même temps, les parents… C'était les années où le père commençait à assister à l'accouchement, mais de façon très, très… moi, le premier accouchement que j'ai vu, le père était présent mais c'était rarissime, là, tu sais. Et, là, tout le monde s'inquiétait s'il allait perdre connaissance. Mais non, lui était vraiment bien là. Puis eux autres, il y avait… moi ce que je voyais c'est qu'eux autres vivaient vraiment quelque chose de… tu sais, de la mise au monde de leur enfant. C'était vraiment un événement de vie pour eux autres. À l'autre bout, « l'opération » … Fait que, là, j'ai ressenti deux réalités… je me suis dit : il y a quelque chose qui fonctionne bizarrement ici. » (Canada-Québec SF)

" (…) elle avait la vulve éclairée par le scialytique, les jambes dans les étriers… »

Une sage-femme des DROM français raconte dans une perspective similaire le souvenir du premier accouchement auquel elle a assisté, comme si elle y était encore, avec des souvenirs sensoriels très précis et une même sensation de déshumanisation :

> « Dès le premier accouchement que j'ai vu, j'étais contente de voir un accouchement, mais j'étais… j'avais été balancée dans la pièce juste avant l'accouchement de la dame. Et j'étais très gênée avec tout le monde qui était là et d'être là alors qu'elle me connaissait pas… et elle avait la vulve éclairée par le scialytique, les jambes dans les étriers…et je me suis dit : mais je voudrais pas accoucher comme ça moi en fait. (...) Et donc pendant les études… Ben c'était passionnant hein, vraiment, mais très vite, j'ai eu l'impression d'être complice de maltraitance. » (France-DROM SF2)

Ces récits montrent que les premières expériences en salle de naissance laissent souvent des empreintes émotionnelles profondes, dont le corps se souvient pendant des décennies. Pour la sage-femme québécoise, l'inconfort viscéral naît du contraste entre l'expérience vécue par les parents et la mise en scène hospitalière d'un « acte médical ». Pour la sage-femme des DROM, c'est la gêne d'être propulsée dans une scène de déshumanisation, avec le sentiment d'être complice de maltraitance. Dans les deux cas, ces vécus signalent l'injustice de pratiques qui réduisent la naissance à un dispositif technique. Elles ont toutes deux témoigné que ces vécus émotionnels les ont orientées, l'une comme l'autre, dès la fin de leurs études, vers des pratiques plus humanisées puis, plus tard, à être à l'origine de l'ouverture des premières maisons de naissance dans leurs contextes nationaux respectifs. En ce sens, leur mémoire corporelle a participé à la naissance d'« émotions de rébellion », dévoilant l'injustice de pratiques déshumanisantes et devenant moteur d'une réinvention de la maïeutique.

Les traces mémorielles sensorielles

Les vignettes auto-ethnographiques et les récits issus du corpus de sages-femmes convergent sur un même constat : même contenues ou niées sur le terrain, les émotions laissent des traces corporelles qui ressurgissent a posteriori. Les écouter peut faire surgir des « émotions de rébellion », ces émotions qui dévoilent une injustice structurelle et sont moteurs de transformation des pratiques. Une sage-femme sierra-léonaise témoigne de la voix d'une patiente mourante qui continue de résonner en elle quinze ans après, comme si la scène se rejouait dans son corps ; de mon côté, je décris la manière dont mes doigts gardent l'empreinte du geste fait pour fermer les yeux d'enfants décédés. De la même manière, une sage-femme française rapporte la persistance de la sensation dans sa main de l'avancée de la tête d'un enfant émergeant du périnée maternel. Je décris cette même sensation ainsi que les réminiscences mémorielles en respirant des huiles essentielles utilisées en salle de

naissance[141]. Enfin, la résurgence de la « boule au ventre » ressentie lors des premiers accouchements auxquels j'ai assisté fait écho aux récits d'une sage-femme québécoise et d'une sage-femme des DROM français, qui conservent encore aujourd'hui les images et sensations précises de leurs premières expériences en salle de naissance. Ces réminiscences émotionnelles liées à la mémoire corporelle ne sont pas neutres : certaines prennent la forme d'« émotions de rébellion », car elles révèlent l'injustice des morts évitables, des pratiques déshumanisantes ou de la dépossession de la naissance par la biomédecine, et deviennent des moteurs de résistance.

Ces quelques témoignages de mémoires corporelles ne sont qu'un échantillon de celles qui ont été recensées dans mes carnets auto-ethnographiques ou dans les récits de pratiques des 55 sages-femmes entendues en entretien. Elles montrent la dimension collective de ce phénomène. Cet axe reste cependant peu exploré dans le champ de la pratique de la maïeutique.

Ici, c'est bien le corps, comme interface sensible, qui conserve et réactive l'expérience. Ce croisement de récits éclaire la proposition de David Le Breton, anthropologue, selon laquelle

> « le monde où nous nous déployons existe à travers la chair qui va à sa rencontre » (Le Breton, 2006b, p. 14).

Contemporain de Proust (1871-1922) et du célèbre récit de la madeleine dont le goût fait affluer des souvenirs d'enfance (Proust, 1919), Bergson (1859-1941) souligne la puissance évocatrice de la mémoire du corps : un geste ou une sensation peuvent faire refluer de la mémoire un vécu ancien[142]. Les recherches contemporaines en bio-psycho-sociologie

[141] Cette mémoire corporelle, quand elle évoque les odeurs d'huiles essentielles, n'est pas non plus sans évoquer la madeleine de Proust, où un goût ravive des émotions d'enfance (Proust, 1919). Cette résurgence émotionnelle rappelle aussi ce que les sages-femmes observent chez les nouveau-nés, ceux-ci s'apaisant au contact d'un tissu imprégné de l'odeur maternelle. Des études montrent que ces liens olfactifs, présents dès la naissance, y compris prématurée (Dageville et al., 2011; Marlier et al., 2007), demeurent particulièrement puissants au cours des premières années de vie (Schaal et al., 1980).

[142] « La mémoire du corps, constituée par l'ensemble des systèmes sensori-moteurs que l'habitude a organisés, est donc une mémoire quasi instantanée à laquelle la véritable mémoire du passé sert de base. Comme elles ne constituent pas deux choses séparées, comme la première n'est […] que la pointe mobile insérée par la seconde dans le plan mouvant de l'expérience, il est naturel que ces deux fonctions se prêtent un mutuel appui. D'un côté, en effet, la mémoire du passé présente aux mécanismes sensori-moteurs tous les souvenirs capables de les guider dans leur tâche et de diriger la réaction motrice dans le sens suggéré par les leçons de l'expérience : en cela consistent précisément les associations par contiguïté et par similitude. Mais d'autre part les appareils sensori-moteurs fournissent aux souvenirs impuissants, c'est-à-dire inconscients, le moyen de prendre un corps, de se matérialiser, enfin de devenir présents. Il faut en effet, pour qu'un souvenir reparaisse à la conscience, qu'il descende des hauteurs de la mémoire pure jusqu'au point précis où s'accomplit l'action. En d'autres termes, c'est du présent que part l'appel auquel le souvenir répond, et c'est aux éléments sensori-moteurs de l'action présente que le souvenir emprunte la chaleur qui donne la vie. » (Bergson, 1959, p. 293)

confirment ce phénomène (Kirouac, 2004). Lors d'une résurgence, l'individu peut revivre des émotions anciennes avec une intensité proche de celle de l'événement initial :

> « l'évènement passé retrouve alors un impact actuel et l'expérience phénoménale qui avait caractérisé cet évènement se reconstitue jusque dans ses prolongements physiologiques. Si les éléments appropriés de rappel sont rencontrés, des expériences émotionnelles très anciennes peuvent être réactivées avec une force considérable. » (Kirouac, 2004, p. 85).

Par rapport aux récits cités, qu'ils soient auto-ethnographiques ou recueillis en entretien, certains évoquent des accouchements vécus comme traumatiques et peuvent faire penser à des résurgences liées à des symptômes de stress post-traumatique[143]. Une méta-synthèse de 18 études sur les expériences de sages-femmes témoins d'accouchements traumatiques met en évidence l'existence de stress post-traumatique secondaire lié à la pratique clinique (Aydın & Aktaş, 2021). Cependant, la mémoire corporelle n'y est pas investiguée comme telle : ces recherches privilégient l'analyse des symptômes du stress post-traumatique tels que l'épuisement professionnel, la détérioration des relations interpersonnelles, l'augmentation des conflits, le découragement ou le désinvestissement professionnel. Pourtant, les travaux de Van der Kolk (van Der Kolk, 1994) en psychobiologie du trauma montrent que le corps garde les traces sensorielles des événements.

C'est dans ce contexte de manque scientifique que j'ai choisi d'utiliser mes propres résurgences corporelles comme matériau auto-ethnographique, non seulement pour montrer leur impact sur le vécu des sages-femmes, mais aussi pour analyser leur potentiel critique et transformateur. Là où la littérature se concentre sur l'épuisement, ces récits font apparaître la possibilité d'un passage vers la rébellion et la résistance. J'ai ensuite croisé ce matériau auto-ethnographique avec les récits de sages-femmes rencontrées en entretien, ce qui met en lumière la dimension collective de la mémoire corporelle et son rôle partagé dans l'émergence d'« émotions de rébellion » et de dynamiques de résistance.

[143] Chez certaines femmes accompagnées, des résurgences corporelles prennent aussi la forme de réactivations post-traumatiques. La grossesse et l'accouchement peuvent réactiver de tels traumatismes, notamment en lien avec des abus sexuels. Les recherches en psychologie clinique confirment ce phénomène, tout en soulignant qu'un accompagnement adéquat peut transformer cette réactivation en opportunité de résilience (Vandelet et al., 2015).

De la contention émotionnelle vers l'expansion émotionnelle

Face à la contention émotionnelle souvent imposée sur le terrain, le corps devient l'archive silencieuse des émotions retenues. L'écoute différée de la mémoire corporelle permet la réintégration de vécus sensoriels et émotionnels qui ont pu ne pas avoir la place pour être entendus pleinement au moment-même. Cependant ce chemin se construit individuellement car non accompagné par le milieu professionnel. Cette absence d'accompagnement collectif et institutionnel laisse aux soignants la charge de trouver, seuls, des stratégies de survie émotionnelle lorsque les vécus sont difficiles. Or, comme le rappelle une sage-femme française, des mécanismes de protection peuvent alors se mettre en place, éloignant les soignants de leur capacité à ressentir :

> « Moi je pense que les sages-femmes ou les gynéco sont des gens qui ont des traumatismes non résolus. Et du coup, certains se dissocient quand ils exercent leur travail. Et que ceux qui restent vivants s'en vont, ou alors je pense qu'il y a des gens qui peuvent rester vivants dans leur pratique hospitalière, mais qu'ils en payent un prix très fort. (…) Donc moi je pense qu'il y a des phénomènes de ouais, c'est ça… de ouais… vraiment, pour moi, de dissociation… les gens se coupent en fait d'une partie d'eux-mêmes en allant travailler dans des conditions atroces. » (France, SF3).

Cette dissociation, vécue comme un mécanisme de survie, se double d'une invisibilisation de la souffrance psychique des sages-femmes. Comme l'exprime une sage-femme béninoise, la question de la santé mentale des sages-femmes demeure largement taboue, malgré la confrontation répétée à des vécus traumatiques et à des conditions de travail précaires :

> « (…) je pense qu'il y a qu'il y a un sujet capital (…) c'est la santé mentale des sages-femmes. C'est quelque chose qu'on ne voit pas forcément, mais qui agit dans leur façon de prendre en charge les femmes. Généralement les sages-femmes subissent beaucoup de stress, n'ont pas forcément l'opportunité ou bien n'ont pas forcément, par exemple, n'ont même pas cette notion-là. Même en tant qu'agent de santé, à un moment faut peut-être se faire prendre en charge par un professionnel de la santé mentale, psychologue, parce que on est dans un pays où 391 femmes décèdent pour 100 000 naissances vivantes. Donc si tu es une sage-femme, tu vas forcément te retrouver avec des décès maternels dans ton parcours. Surtout, plus tu travailles en milieu rural, plus c'est des choses qui arrivent fréquemment. C'est vraiment quelque chose qui fragilise la santé mentale des sages-femmes, mais comme on est dans un

environnement où c'est normalisé, c'est le métier, ça devient un automatisme de se dire « bon, j'ai eu un décès maternel, la vie continue ». Bon, pas forcément de la façon dont je le dis. Mais on ne sent pas parfois la nécessité. (…) Parce qu'il y a des décès que tu as qui t'affectent plus que d'autres, donc à ce moment, il y a personne pour nous dire « voilà, ah mais dans cette situation, il faudrait qu'elle soit prise en charge. Il faudrait qu'elle aille parler à un psychologue. » Il y a personne, en fait, qui se préoccupe du bien-être en fait des prestataires de façon générale, mais également des sages-femmes de façon plus spécifique parce que c'est un domaine dans lequel voilà, tu vois la personne qui vit en bonne santé, mais peut-être après tu peux la perdre. Donc il y a ça. Je pense que ça a une grande répercussion sur la façon dont l'offre des services se fait. » (Bénin, SF3)

« La quête méticuleuse » (Le Breton, 2006b, p. 28)

Chacun doit ainsi chercher son propre chemin pour réintégrer ses émotions. L'écoute des résurgences corporelles, telles que partagées par les récits auto-ethnographiques et les récits de pratique des sages-femmes entendues en entretien, est un chemin possible. Cette démarche fait écho à la « quête méticuleuse » décrite par David Le Breton (Le Breton, 2006b, p. 28), où les sons, odeurs, images et sensations enfouis ressurgissent soudainement et invitent à l'interprétation[144]. Elle constitue une manière de transformer la contention imposée en expansion sensible, ouvrant parfois la voie à des « émotions de rébellion » lorsque ces traces corporelles révèlent l'injustice de pratiques déshumanisantes ou de morts évitables.

Chacun crée ses propres espaces privilégiés pour cette « quête méticuleuse ». Les miens sont les temps de repos, de méditation et de création libre : ce sont des lieux-temps qui ouvrent la possibilité d'entendre le corps. Une fois les sensations revenues (odeurs, images, modifications corporelles, sons…), il s'agit d'explorer les vécus dont l'expression émotionnelle avait été contenue ou niée. Personnellement, ce travail passe d'abord par l'écriture : cahiers intimes et fichiers numériques sont devenus le lieu principal de consignation de mon vécu sensible lié à la maïeutique. J'ai aussi exploré des médiations artistiques (danse improvisée, modelage, peinture, collage…), mais ces traces matérielles ont rarement été conservées, leur

[144] « Seul ce qui fait sens, de manière infime ou essentielle, pénètre le champ de la conscience et suscite un moment d'attention. Parfois, en revanche, le symbolique ne suture pas assez le réel, de l'innommé surgit, du visible, de l'audible, impossibles à définir et qui incitent à tenter de comprendre. Si les modalités de l'attention sont souvent relâchées, l'expérience montre que l'homme par une quête méticuleuse retrouve parfois les sons, les odeurs, les tactilités ou les images qui l'ont traversé un instant sans qu'il s'y arrête. Le monde se donne ainsi en concrétions soudaines et innombrables. » (Le Breton, 2006b, p. 28)

rôle étant surtout transitoire. L'écriture, en revanche, s'est révélée comme le moment de reconnaissance le plus abouti du vécu émotionnel réactivé. Les traces sauvegardées me permettant de me replonger dans mes vécus sensibles de praticienne sont ainsi essentiellement des écrits, qui deviennent des vignettes auto-ethnographiques dans ce travail de recherche.

Sentir en soi les émotions d'autrui

Ce cheminement peut également être nourri par des aides extérieures : des sages-femmes m'ont ainsi partagé en entretien avoir entamé un suivi avec un professionnel de l'écoute à la suite de vécus difficiles dans leur pratique. Quant à moi, c'est une formation en haptonomie prénatale[145] qui m'a permis de donner du sens à mes vécus. Au-delà de ses apports techniques, cette expérience a constitué un véritable laboratoire de ma sensibilité, me reconnectant à mes sensations corporelles pour mieux entendre mes émotions. Le lien entre corporéité et sensibilité renvoie au « corps communicant » dans sa forme de communication avec autrui, mais aussi avec soi-même (Martin-Juchat, 2002, p. 2). Les sensations corporelles deviennent des indices d'états affectifs, informant sur des vécus émotionnels :

> « Une émotion peut engendrer simultanément des manifestations extéroceptives (tactiles, thermiques, odorantes), proprioceptives (tensions des muscles, des tendons, des ligaments, etc.), intéroceptives (tiraillements intestinaux, acidités de l'estomac, maux de tête, fourmillements, etc.). »(Martin-Juchat, 2002, p. 9)

J'y ai découvert que certaines modifications corporelles perçues en moi – moiteur des mains, variations respiratoires, contractions du diaphragme – ne traduisaient pas seulement mes propres émotions mais pouvaient aussi être l'écho de celles d'autrui, comme l'a montré Fabienne Martin-Juchat (Martin-Juchat, 2002, p. 10). Cet apprentissage m'a permis de distinguer plus finement mes vécus émotionnels de ceux que je percevais inconsciemment chez l'autre, tout en reconnaissant mes zones de vulnérabilité (fatigue, surcharge) m'amenant à une confusion entre mes propres émotions et celles des autres.

[145] L'haptonomie prénatale est une approche psychocorporelle qui vise notamment à renforcer les liens affectifs au sein de la triade mère-co-parent- enfant in utero, ou du duo mère-enfant à naître si la mère vit la grossesse sans co-parent. Cette approche s'appuie, entre autres, sur la communication par le toucher affectif entre les futurs parents et leur enfant in utero. Les deux premières années de la formation en haptonomie que j'ai suivies en Belgique (sur les quatre années de ce cursus), animée par une psychologue, sont conçues comme un espace où les participants vont notamment apprendre à écouter finement les signes sensibles émis par le corps des autres, à percevoir et reconnaître les émotions de l'autre de manière sensorielle.

Cette prise de conscience illustre combien le corps du soignant peut devenir un réceptacle sensoriel partagé, révélant la porosité des frontières émotionnelles dans la relation de soin. D'autres sages-femmes, dans leurs récits, décrivent, elles aussi, cette nécessité de prendre du recul sur ce qui continue de les traverser après le soin, confirmant que ce travail émotionnel est collectif autant qu'individuel, bien qu'il demeure largement invisibilisé par les institutions. En ce sens, l'haptonomie m'a offert un cadre pour interroger, à travers mes propres expériences, les conditions d'une écoute sensible des émotions au cœur de la maïeutique. Elle m'a aussi enseigné que la pratique en maïeutique est une pratique où la porosité avec des émotions intenses vécues par d'autres est à prendre en compte au quotidien. Les émotions des couples suivis continuent de traverser le corps et la psyché des sages-femmes, au point de nécessiter un véritable travail sur soi pour « rentrer chez soi » après l'expérience.

Emotions et accomplissement professionnel

L'intégration progressive de cette écoute sensible, nourrie par l'haptonomie, a transformé ma pratique en lui donnant une cohérence nouvelle. Elle ne s'est pas limitée à améliorer mon confort personnel, mais a aussi redéfini ma manière d'habiter la relation de soin : être présente avec justesse, reconnaître la part émotionnelle de l'autre sans me confondre avec elle, et situer mon action professionnelle dans un équilibre entre implication et distance. En ce sens, l'expansion émotionnelle ne vise pas uniquement le bien-être individuel : elle nourrit aussi des formes de résistance et de transformation dans les pratiques du soin.

Cela rejoint des recherches récentes qui soulignent combien les compétences émotionnelles constituent des ressources décisives pour les soignants. Loin d'être un simple facteur de bien-être individuel, la capacité à identifier et réguler ses propres émotions tout en accueillant celles d'autrui favorise la qualité du soin et protège de l'épuisement professionnel (Narme, 2018; Tagne Nossi et al., 2021)[146]. Ces travaux montrent que l'intelligence émotionnelle et

[146] Une enquête menée pendant la pandémie de Covid-19 par une équipe de chercheurs auprès de 180 soignants de Yaoundé (Cameroun) a montré

> « le lien entre l'intelligence émotionnelle et le bien-être psychologique. En effet, lorsqu'un travailleur se croit en mesure d'identifier adéquatement ses émotions et celles des autres, de les utiliser, de comprendre les raisons derrière les émotions que les autres ressentent et de gérer ces émotions, il y aura moins de chances de vivre un état de détresse psychologique au travail. De ce fait, un soignant émotionnellement intelligent est capable de se ressaisir devant une situation génératrice de peur et de se concentrer sur le patient qu'il considère comme une personne en souffrance. » (Tagne Nossi et al., 2021)

Ces résultats croisent ceux d'une étude menée auprès de 124 personnels infirmiers dans dix Ehpad (établissements résidentiels gériatriques). Cette recherche met en évidence que les compétences en empathie d'un soignant sont, d'une part, un facteur protecteur du risque d'épuisement professionnel et, d'autre part, un facteur prédictif

l'empathie ne sont pas des qualités périphériques, mais des conditions structurelles de la bientraitance et de l'accomplissement dans les métiers du soin.

Tensions entre corporéité et objectivité

Mes observations d'enseignante auprès de futurs soignants semblent indiquer que la nouvelle génération de professionnels en santé, bien que sensible aux discours valorisant l'empathie et l'intelligence émotionnelle, demeure imprégnée d'un idéal de maîtrise et de méfiance à l'égard des émotions. Cette observation d'ambivalence rejoint les résultats d'une enquête menée auprès d'étudiants en médecine à Lausanne (Foley & Saraga, 2021) : d'un côté, les émotions sont perçues comme une ressource pour humaniser la relation de soin ; de l'autre, elles sont jugées dangereuses, risquant d'altérer le raisonnement clinique ou de générer une vulnérabilité excessive du soignant[147]. Les auteurs soulignent que ce paradoxe reflète une tension constitutive de la biomédecine occidentale, historiquement marquée par l'opposition raison/émotion et par une hiérarchie genrée des savoirs mobilisés dans le soin associée à « la binarité des genres, avec le féminin du côté de l'émotion et le masculin du côté de la raison » (Foley & Saraga, 2021). Mais si l'idéologie médicale tend à exiger une posture objective, la pratique révèle inévitablement la corporéité et la subjectivité des soignants. Comme l'ont montré les anthropologues du sensible, toute perception est interprétation, façonnée par une

d'accomplissement professionnel (Narme, 2018). A noter que, pour cette étude, l'empathie est définie comme composée de

> « l'empathie cognitive (prise de perspective, c'est-à-dire la tendance à adopter le point de vue d'une autre personne) et émotionnelle (soins compatissants, c'est-à-dire la propension à prendre en compte les sentiments des patients) ». (Narme, 2018)

[147] Cette étude a été publiée au début des années 2020, par un anthropologue et un psychiatre-psychothérapeute. Celle-ci met en évidence l'ambivalence d'étudiants en médecine face aux différentes prescriptions émotionnelles. Cette étude s'est déroulée à la faculté de médecine de Lausanne, en Suisse, lors d'un séminaire de sensibilisation aux sciences sociales des étudiants en médecine. Pour ce séminaire, animé par les deux auteurs de l'étude, les étudiants devaient identifier sur leurs lieux de stages les émotions et leurs intrications face aux situations de fin de vie. L'étude met en exergue l'ambivalence d'étudiants face à leurs émotions. Ils les perçoivent d'un côté comme leur permettant une plus grande humanité. Mais, d'un autre côté, ils les pressentent comme doublement risquées car perçues à risque de produire des décisions médicales moins efficientes pour le patient et aussi à risque de les déborder, les mettant eux-même en danger.

> « Les travaux des étudiants illustrent bien une ambivalence face au statut accordé aux émotions chez les cliniciens. D'une part, comme le montre la figure d'un robot repoussoir, les étudiants résistent à l'idée d'être refaçonnés par le processus de socialisation et revendiquent l'appartenance à une « nouvelle génération » plus humaine. D'autre part, les émotions sont perçues comme dangereuses, à double titre. D'abord, elles peuvent venir affecter le clinicien dans son raisonnement, sa prise de décision, ses actes cliniques. Ici, la pratique idéale est, implicitement ou explicitement, envisagée comme « objective », fondée sur des faits objectivement constatés, mobilisant les vérités objectives de la science médicale. Les émotions font courir le risque de perturber ce travail objectif et, a fortiori, de produire une pratique clinique dangereuse pour le patient. Deuxièmement, les émotions sont dangereuses pour le clinicien lui-même qui doit donc s'en prémunir durant le travail (…). » (Foley & Saraga, 2021, p. 285)

On retrouve ainsi, dans le discours de ces étudiants en santé, les mêmes arguments incorporés pendant leur formation par les générations de soignants les ayant précédés. Les auteurs de cette étude rappellent que ce discours vient s'inscrire plus largement dans l'histoire de la biomédecine. Celle-ci est née dans « les sociétés occidentales (qui) ont tendance à opposer émotion et raison », et est inscrite dans une généalogie patriarcale de « la binarité des genres, avec le féminin du côté de l'émotion et le masculin du côté de la raison » (Foley & Saraga, 2021, p. 285).

histoire individuelle et culturelle (Le Breton, 2006b, p. 14)[148]. Autrement dit, avant d'être pensée, l'expérience du monde est d'abord ressentie : « Je sens donc je suis » (Le Breton, 2006b, p. 13)[149].

II- Le travail émotionnel : la charge invisibilisée de la pratique en maïeutique

Alors que la première partie de ce chapitre a montré comment la mémoire corporelle peut faire ressurgir des « émotions de rébellion », cette seconde partie explore le revers de ce phénomène : les injonctions institutionnelles à contenir les émotions, qui pèsent durablement sur les sages-femmes et participent à l'invisibilisation de leur travail émotionnel.

Les injonctions émotionnelles

Récits

> « À l'école de sages-femmes en fait, on m'a appris deux choses pour mon métier, on m'a bassiné les oreilles avec ça : la distance thérapeutique et l'asepsie verbale. (…) On disait que j'étais trop sensible, comme si c'était un défaut ! Alors que je crois que la sensibilité dans cette profession fait partie des qualités requises pour l'exercer. (…) » (France, SF1)

> « (…) la formation est un peu rigoureuse… à chaque fois on te dit : « tu as deux vies entre les mains, tu n'as pas droit à l'erreur, tu n'as pas droit aux sentiments. » » (Bénin, SF2)

Vivre la mise à distance des émotions dans le soin

Dans le monde soignant, la formation prescrit très tôt un devoir de contention émotionnelle. Il est attendu que chacun mette à distance ses émotions comme cela est enseigné dès la

[148] « La perception n'est pas coïncidence avec les choses, mais interprétation. Tout homme chemine dans un univers sensoriel lié à ce que son histoire personnelle a fait de son éducation (…) Les significations qui s'attachent aux perceptions sont empreintes de subjectivité (…) les perceptions sensorielles forment un prisme de significations sur le monde, elles sont modelées par l'éducation et mises en jeu selon l'histoire individuelle (…) les perceptions sensorielles sont d'abord la projection de significations sur le monde (…) » (Le Breton, 2006b, p. 14)

[149] A la suite de Merleau-Ponty, David Le Breton nous rappelle ainsi que :

> « Avant la pensée, il y a les sens. Dire avec Descartes « Je pense donc je suis », c'est omettre l'immersion de l'homme au sein du monde. « Je sens donc je suis », est une autre manière de poser que la condition humaine n'est pas toute spirituelle, mais d'abord corporelle. (…) Eprouver le monde, ce n'est pas être avec lui dans une relation erronée ou juste, c'est le percevoir avec son style propre au sein d'une expérience culturelle. » (Le Breton, 2006b, p. 13)

Les afférences entre raison et sensibilité peuvent ainsi être éclairées sous le jour d'une subjectivité inhérente à notre corporéité.

formation initiale puis renforcé durant la pratique professionnelle (Foley & Saraga, 2021; Loriol, 2013; Loriol & Weller, 2002, 2005). Cette prescription est encore consolidée par l'organisation même des soins (Castra, 2004; Elias, 2012; Herzlich, 1976).

Marc Loriol et Jean-François Weller ont montré que cette mise à distance des émotions est explicitement formulée dans les manuels de formation et relayée par les formateurs et cadres de soins. Ils soulignent qu'est prescrit « un contrôle par le soignant de ses propres émotions (ne pas pleurer, ne pas montrer son dégoût, garder son calme, etc.) » (Loriol, 2013; Loriol & Weller, 2005) puisque « contrôler ses réactions et ses affects sont devenus, à l'image de la figure emblématique du médecin, les leitmotivs » de tout soignant (Loriol & Weller, 2005, p. 47). C'est précisément ce déni institutionnel des vécus sensibles qui, à distance, alimente parfois la résurgence d'« émotions de rébellion », comme celles décrites dans la première partie du chapitre. En niant la place de la sensibilité, la formation prépare paradoxalement les conditions de son retour sous forme de critique et de résistance.

Mes propres résurgences émotionnelles face aux premiers accouchements auxquels j'ai assisté ainsi que les témoignages croisés de mes consœurs font écho aux analyses d'Eliane Rothier Bautzer (Bautzer, 2022) : la formation hospitalière, jusqu'aux années 2000, était marquée par une discipline stricte et une faible réflexivité permettant difficilement à une stagiaire de montrer des ressentis. Elle souligne que face aux

> « expériences parfois violentes vécues sur les terrains de stage au sein d'un univers hospitalier très hiérarchisé (…), le conseil donné aux rares étudiants qui s'« épanchaient », était de se ressaisir, en précisant que, ce qui ne les avait « à l'évidence pas tué, leur avait appris à s'élever » … Peu de réflexivité ou d'expression de soi étaient donc de mise jusqu'à la première décennie des années 2000. Il convient de rappeler ici qu'une discipline stricte prévalait sur le terrain et en institut de formation. Il s'agissait de réaliser au mieux des actes difficiles, sans « broncher », dans une attitude de soumission à la hiérarchie. Des soignantes que j'ai rencontrées ont souligné la forme d'aliénation dans laquelle elles se trouvaient confinées, leur désir de faire au mieux, leurs ajustements face au sentiment de réciprocité et d'empathie ressentie devant les patients (…) » (Bautzer, 2022, p. 3-4)

Loriol et Weber observent que des techniques sont enseignées aux soignants pour contrôler leurs émotions : recentrage sur la technicité de la pratique via la protocolisation des soins, techniques de relaxation, retrait temporaire de la relation de soin (à condition qu'un collègue

prenne le relais), dépersonnalisation de la relation, travail sur ses représentations. Ils notent cependant tous deux les risques de déshumanisation de la relation soignant-soigné engendrés par ces techniques. Ils remarquent également que l'organisation des soins, avec un contrôle croissant de l'activité des services, participe à cette distanciation émotionnelle, en ne laissant que peu de reconnaissance à la dimension relationnelle du soin. (Loriol, 2013; Loriol & Weller, 2002, 2005) Dominique Lhuilier relie ce manque de reconnaissance de la dimension relationnelle du soin à une opposition plus large entre émotion et raison, héritée du cartésianisme occidental et de l'approche tayloriste du travail :

> « La vie affective au travail a longtemps été laissée dans l'ombre, sans doute du fait de la prévalence dans la culture occidentale, d'une vision cartésienne fondée sur l'opposition entre émotion et raison, entre « corps » et « âme ». (…) Le modèle taylorien de l'homme au travail est ainsi caractérisé par cette opposition entre la partie instrumentalisée et calibrée du corps et le reste de la personnalité vivante. » (Lhuilier, 2023, p. 2)

Michel Castra souligne que les recherches en psychologie sur l'épuisement professionnel ont renforcé ce modèle organisationnel, où la multiplication des intervenants et le morcellement des soins visent à limiter l'investissement émotionnel des soignants (Castra, 2004). Ce dispositif cherche à prévenir l'épuisement émotionnel[150] (Maslach, 1981; Maslach & Leiter, 2016), l'usure compassionnelle[151] (Figley, 1995) ou encore le burn out[152] (Maslach & Leiter, 2016) qui sont à risque pour la santé du soignant mais aussi pour la qualité de la relation soignant-soigné :

> « La théorie du burn out explique que si un soignant s'investit trop émotionnellement auprès des malades, il risque d'épuiser ses réserves d'énergie et d'empathie. Afin de se protéger d'un épuisement total, il va donc peu à peu se désinvestir de la relation jusqu'à déshumaniser le malade, c'est-à-dire le considérer comme une chose plutôt que comme une personne. » (Loriol, 2013)

[150]L'épuisement émotionnel est considéré comme la première manifestation d'un épuisement professionnel ou « burn out » : « Emotional exhaustion is the key aspect of the syndrome and is viewed as its primary manifestation. It refers to the depletion of emotional resources, feelings of strain, and chronic fatigue, thus reflecting the stress component underlying the construct. Emotionally exhausted employees lack adaptive resources and cannot give any more to their jobs. » (Lheureux et al., 2017, p. 163)

[151]L'usure compassionnelle (Figley, 1995) se manifeste quand le soignant exposé de façon répété à la souffrance des autres devient moins capable de ressentir de la compassion et est moins empathique

[152] « Burnout is a psychological syndrome emerging as a prolonged response to chronic interpersonal stressors on the job. The three key dimensions of this response are an overwhelming exhaustion, feelings of cynicism and detachment from the job, and a sense of ineffectiveness and lack of accomplishment. » (Maslach & Leiter, 2016)

Cette organisation des soins favorisant la mise à distance des émotions des soignants a été particulièrement étudiée pour la confrontation des soignants à la mort. Ainsi, Claudine Herzlich a montré dès les années 1970 que

> « (…) dans l'hôpital, la mort biologique se dissout dans un concept social et organisationnel (…) L'efficacité de ces pratiques est grande pour ce qui est de la maîtrise de l'angoisse toujours prête à ressurgir en milieu hospitalier. Elles n'y réussissent d'ailleurs pas toujours : même dans le lieu aride qu'est l'hôpital étudié par Sudnow, il arrive que des infirmières pleurent la mort de certains malades auxquels elles sont attachées. Mais, en général, cette dilution de la mort dans l'organisationnel semble bien fonctionner comme garant du refoulement. » (Herzlich, 1976, p. 207)

Rejoignant les réflexion de Loriol et Weller (Loriol, 2013; Loriol & Weller, 2002, 2005), Norbert Elias montre comment ce processus organisationnel, en participant à une distanciation émotionnelle entre soignants et patients, provoque un évitement excessif des interactions avec le patient. Il confronte alors ce dernier à une relégation et un isolement au sein des services hospitaliers. (Elias, 2012)

Ainsi, ces processus, visant à protéger les soignants des différentes formes d'épuisement émotionnel, à rendre « la relation plus efficace et moins traumatisante » (Loriol, 2013, p. 3) et à garantir « une prise de décision sereine et objective » (Bourdeaut, 2006), comportent le risque de déshumaniser le patient. Un risque corrélé supplémentaire de cette organisation de mise à distance des émotions semblerait être celui de priver les soignants de leurs capacités à s'émouvoir, et donc de les déshumaniser eux aussi. Bourdeaut rappelle effectivement que

> « La capacité maintenue à s'émouvoir apparaîtra comme le garant de l'« humanité » du soignant. (…) occulter le sens de ces émotions est l'occasion manquée de révéler que la relation de soins est fondamentalement rencontre de deux vulnérabilités. » (Bourdeaut, 2006)

Tout en voulant éviter le risque d'une déshumanisation extrême du patient (dans les phénomènes de « burn-out » ou autres symptômes d'épuisement émotionnel des soignants), la mise à distance des émotions participe ainsi paradoxalement déjà d'une forme de déshumanisation du soignant et du patient.

Le travail émotionnel

Récit

Dans mes carnets de terrain, je relate une garde de douze heures en maternité qui illustre avec force la bascule permanente entre registres émotionnels attendus pour une sage-femme.

Au cours de cette garde, j'accompagne une parturiente sur le point d'accoucher à cinq mois de grossesse. L'équipe médicale conclut qu'aucune réanimation néonatale ne sera entreprise : l'enfant, bien que vivant à la naissance, n'a aucune chance de survie. Après avoir aidé la mère à mettre au monde son enfant, je l'installe avec elle, lové entre ses seins, tandis que son père, présent aux côtés de sa conjointe, pose une main sur lui. Les parents commencent ainsi à accompagner la fin de vie de leur nouveau-né. Puis, au bout d'un certain temps, ils me disent ne plus avoir la force de poursuivre physiquement cet accompagnement et me demandent de prendre le relais.

Je porte alors l'enfant dans une pièce attenante à la salle de naissance. Je le garde dans mes bras, je le berce, je lui chante des berceuses, tout en donnant régulièrement de ses nouvelles aux parents. Je veille à rester attentive à leurs souhaits, prête à leur proposer de revenir auprès de lui s'ils expriment le désir de partager ses derniers instants.

Pendant ce temps, d'autres naissances se déroulent. Une collègue prend momentanément le relais auprès des parturientes que j'accompagne et m'informe régulièrement de l'évolution de leur travail obstétrical. En même temps que j'accompagne la fin de vie de cet enfant, je partage à ma collègue les conduites à tenir pour ces autres patientes. Tout semble se passer sans soucis médical pour celles-ci. Mais, à peine l'enfant prématuré décède-t-il, que ma collègue m'appelle en urgence : le rythme cardiaque du fœtus d'une autre patiente se dégrade brusquement. En un quart de seconde, je passe du registre d'empathie profonde pour l'accompagnement d'une fin de vie néonatale à devoir retrouver davantage de neutralité émotionnelle pour prendre des décisions rapides et techniquement efficaces face à une urgence obstétricale.

Je ressens dans mon corps cette bascule soudaine, presque vertigineuse, entre deux postures indissociables du métier : incarner une présence empathique auprès des familles et mobiliser une forme de neutralité émotionnelle pour la maîtrise clinique exigée par l'urgence.

Concept de travail émotionnel

La garde relatée montre combien les sages-femmes sont continuellement appelées à passer d'un registre émotionnel à l'autre, incarnant tour à tour l'accompagnement empathique et la neutralité clinique. Ce type d'ajustement illustre précisément ce qu'Arlie Hochschild a conceptualisé comme « travail émotionnel » (Hochschild, 2012). Il ne s'agit pas seulement de ressentir des émotions, mais de les façonner, de les moduler ou de les afficher conformément à ce que prescrit la situation professionnelle. Identifier, réprimer ou exprimer l'émotion socialement attendue devient une tâche à part entière pour la soignante, mobilisant énergie et attention (Lhuilier, 2023, p. 2)[153]. Ainsi, ce travail de régulation affective est constitutif de l'activité des sages-femmes : il conditionne à la fois la relation aux patientes et la qualité de l'accompagnement (Lartey et al., 2020) [154].

Analyse des niveaux de travail émotionnel pour une sage-femme

Le récit de la garde hospitalière et les autres récits partagés dans la première partie de ce chapitre confirment ce qu'a montré Billie Hunter dans sa revue de littérature : « la pratique de la sage-femme a le potentiel de créer des niveaux élevés de travail émotionnel » (Hunter, 2001). D'une part, la sage-femme doit incarner l'empathie attendue dans les situations de vulnérabilité qui jalonnent la grossesse, l'accouchement et le post-partum (C. Morel, 2018). D'autre part, son rôle de professionnelle de santé l'expose à des urgences obstétricales — hémorragie du post-partum, hypoxie fœtale, réanimation néonatale (International Confederation of Midwives, 2024, p. 37-41) — qui exigent une posture de maîtrise émotionnelle et de neutralité clinique. Il ne s'agit pas simplement d'alterner entre différents registres, mais de les maintenir ensemble, parfois simultanément, selon la situation rencontrée. Cet ajustement émotionnel, au croisement du *care* et de la technicité médicale,

[153] Les émotions du soignant sont « des objets du travail au sens où elles seraient à transformer, qu'il s'agisse de les conformer, de les réprimer mais aussi de les « fabriquer », les déployer » (Lhuilier, 2023, p. 2).

[154] « La nature du travail des infirmières et des sages-femmes exige qu'elles soient capables de gérer et de réguler leurs émotions. On s'attend à ce que leur expression émotionnelle soit conforme aux émotions souhaitées par l'organisation, ce qui a également des conséquences sur une multitude de questions, y compris leurs attitudes au travail. » (Lartey et al., 2020)

constitue un marqueur central de nombreux métiers de soignants où l'impératif d'empathie coexiste avec une obligation d'efficacité clinique.

Les récits de résurgences corporelles émotionnelles partagés en première partie de ce chapitre montrent de plus que l'écoute des émotions au moment même où elles surgissent est souvent entravée par les exigences du terrain. La nécessité d'agir rapidement face à l'urgence laisse peu de place pour accueillir ses propres vécus émotionnels au moment même où ils surgissent, et encore moins pour les exprimer à autrui. La sage-femme a aussi ensuite à entendre ses émotions à distance de la situation pour pouvoir les réintégrer de manière réflexive dans sa pratique.

Le va-et-vient permanent entre proximité affective et distance objective, entre émotions ressenties et émotions attendues, entre travail émotionnel au moment du soin et réintégration réflexive de ses émotions à distance illustre la spécificité du travail émotionnel des sages-femmes.

Invisibilisation du travail émotionnel des soignants

Récits

> « Parce que, des fois, moi je rentre… on me dit qu'il faut laisser mes histoires à la porte de la maison… mais moi j'y arrive pas. Tu vois, quand tu ranges la chambre d'un bébé, qui est mort à la naissance, avec des parents que tu connais depuis neuf mois, tu as du mal à rentrer chez toi en faisant des pas chassés et en chantant Youpi Youpla ! » (France, SF1).

> « When I discovered midwifery, it seemed to me like sustainability applied to healthcare: a way of practicing medicine that engages the head, the hands, and the heart. » (Canada – Colombie Britannique SF)

> « Les compétences relationnelles sont pas vues comme du vrai travail » (France SF3)

Une charge de travail non reconnue dans l'organisation collective du travail

Les ressentis des sages-femmes entendues en entretien quant à l'invisibilisation de ce travail émotionnel rejoignent les constats de Loriol (Loriol, 2013). Ses travaux montrent que le travail émotionnel des soignants n'est la plupart du temps ni reconnu comme une compétence professionnelle spécifique, ni intégré comme une charge dans la répartition du travail. Ce

contrôle émotionnel contribue pourtant directement à la satisfaction des patients, souvent évaluée comme indicateur de qualité des soins (Kobeissi & Aubert, 2014)[155]. Le paradoxe est donc que les institutions bénéficient de ce travail tout en niant son existence. Seuls certains services, comme les soins palliatifs, ont amorcé une reconnaissance explicite de cette dimension (Castra, 2018). En dehors de ces espaces précurseurs (où n'évoluent pas ou peu les sages-femmes), mon expérience en maïeutique comme les récits des 55 sages-femmes entendues en entretien montrent que le travail émotionnel des sages-femmes est une charge de travail non reconnue dans l'organisation collective du travail.

III- Sage-femme : une profession entre *care* et *cure* faisant face à l'épuisement émotionnel et à la désaffection de la profession

Récits

Manque de reconnaissance et dévalorisation sociale

> « La profession de sage-femme, ça peut pas être pire : on est des femmes au service des femmes dans les moments les plus tabous et intimes de leur existence. (…) Notre travail est tellement au cœur de l'intime que peut-être que personne ne veut le voir. (…) Je vois bien les dentistes, qui font un travail tout à fait utile, je ne dis pas, mais enfin bon la responsabilité n'est pas la même et leur salaire est, je sais pas, quoi, cent fois plus élevé. (…) C'est blessant et c'est pas juste.(…) Je me suis dit, bon sang mais c'est exactement ça : je suis une sorte de moine-soldat. (…) en même temps je suis très contente d'être complètement au service des femmes, mais c'est pas loin de de la pratique d'une bonne sœur, je pense. Mais, c'est subi, pas choisi : si j'avais voulu être bonne sœur au service dans une congrégation, je l'aurais fait. Alors que c'est pas la vie que j'ai décidé de mener. Et là vraiment je souffre terriblement de pas gagner ma vie.. (…) Les médecins, eux, ils sont bien mieux payés, ils peuvent moins enchaîner les actes que nous pour gagner leur vie, ils peuvent partir deux semaines aux Bahamas pour récupérer… ça rend l'exercice beaucoup plus doux. Moi, je souffre terriblement de ne pas gagner ma vie. Ça veut dire quelque part qu'on estime que le travail que je fais n'a pas de

[155] Loriol montre que le contrôle par le soignant de ses émotions vise à participer à l'émergence d'émotions attendues chez le patient, à la fois pour le bien-être de celui-ci mais aussi pour que celui-ci manifeste de la satisfaction, ou tout du moins le moins possible d'insatisfactions face à l'institution de soins (Loriol, 2013). Les échelles de mesure de la satisfaction des patients se sont ainsi développées dès les années 1970 (Larsen et al., 1979). Elles montrent notamment que la satisfaction du patient, parfois aussi appelé client (Deber et al., 2005), est amplement corrélée à la qualité ressentie de ses échanges avec les soignants et notamment du degré d'empathie manifesté par ceux-ci à son égard (Kobeissi & Aubert, 2014).

valeur aussi. Donc c'est à la fois très dur dans la vie concrète et très blessant. (…) Les sages-femmes, la plupart, ce sont des oiseaux blessés. (…) Elles donnent de l'amour tous les jours de leur vie et elles n'ont jamais de reconnaissance. Au bout d'un moment, ça aigrit, et effectivement ça met de la distance émotionnelle. Et donc maltraitance. » (France SF1)

« There is no respect for midwives. Still, the Pakistani community is a doctor-oriented community. Everybody refers to doctors and mostly gives respect to doctors, not to midwives. (…) Even in good institutions, you don't easily say that 'I am a midwife'. (…) Gynaecologists don't accept community midwives; in Pakistan they still don't accept them. Most of the time, they mislead the patients, saying that your case has become problematic because you came from a midwife. (…) » (Pakistan, SF)

« Si la sage-femme n'est pas reconnue par les professions partenaires avec qui elle travaille… Tout ce qu'elle fait, elle peut le faire pour le bien de la femme… Mais si le travail n'est pas reconnu par les collègues, ça, c'est une grande barrière… » (Rwanda, SF)

« Many women are satisfied with midwives because we have good, personal communication, and they can feel loyal to us. But most people prefer to go to the hospital to see a doctor, because the hospital is more comfortable and has more prestige. People will ask: Which doctor do you go to? — if it is a famous doctor, it gives higher status. Even if women trust midwives, when they have money they choose the hospital and the doctor, because it shows prestige and wealth. » (Indonésie-Bali SF)

Hiérarchisation des rôles entre *care* et *cure*

« En el sistema público todos los partos que son fisiológicos están acompañados por la matrona, mientras que en el privado a veces queda relegada a un rol de acompañamiento frente al médico. » [156] (Chili SF2)

« En las instituciones privadas del país, las parteras hacen todo, todo menos el parto. » [157] (Uruguay SF)

Surcharge et isolement professionnel

[156] Traduction : « Dans le système public, tous les accouchements qui sont physiologiques sont pris en charge par la sage-femme, alors que dans le privé quelquefois elles sont reléguées à un rôle d'accompagnement face au médecin. »

[157] Traduction : « Dans les institutions privées du pays, les sages-femmes font tout, tout sauf l'accouchement-même »

« In rural areas where there is no doctor, midwives are present to give care to the mothers and the children. They are often alone to take care of the women and to manage complications of childbirth when they occur. » (Pakistan SF)

Quête de sens et de modèles de soin adaptés à la maïeutique

«Midwifery is not a new concept in Nepal, but the midwifery model of care[158] is of course new. So, midwives and midwifery students are not totally able to practice the midwifery model of care which might be one of the dissatisfactions, whereas they are trying to provide it; maybe the satisfaction is when they provide respectful maternity care to women and family. » (Népal SF)

Désaffection de la maïeutique

« (…) todavía no tenemos ese puesto que queremos lograr aquí, en nuestro país, en cuanto a las plazas de trabajo… y, por ende, muchos estudiantes que egresan se están cambiando de la profesión. (…) La satisfacción es ejercer esta profesión tan linda que nos ha dado Dios, ese don, porque es la única carrera donde atendemos dos vidas… pero la insatisfacción es que todavía no tenemos ese puesto que queremos lograr. (…) Yo tengo mi hija, ya va a entrar a la Universidad y me decía: Mami, ¿qué me recomienda, ser ginecóloga u obstetra? Yo le dije: Mire, mija, yo soy obstetra y me encanta lo que hago, pero si usted estudia medicina tendrá más posibilidades… ojalá sea ginecología, para que tenga más cobertura. »[159] (Equateur SF2)

[158] Par « modèle de soins sage-femme » (midwifery model of care), l'OMS désigne une organisation des soins où des sages-femmes professionnelles sont les principales prestataires pour les femmes et les nouveau-nés sur tout le continuum (pré-grossesse, grossesse, accouchement, post-partum), exerçant en autonomie dans leur champ de compétences et collaborant au sein d'équipes interdisciplinaires via des mécanismes formalisés de consultation et d'orientation pour garantir la continuité des soins. Cette approche s'ancre dans la philosophie de la maïeutique : soins centrés sur la femme et le nouveau-né, relation de confiance femme–sage-femme, soins fondés sur les preuves visant l'optimisation des processus physiologiques, avec recours aux interventions uniquement lorsqu'elles sont indiquées. Elle se décline en configurations variées (p. ex. continuité de la sage-femme, centres de naissance, modèles communautaires), les meilleurs résultats étant observés lorsque la même sage-femme ou une petite équipe assure un suivi continu pendant la grossesse, la naissance et la période postnatale.(WHO et al., 2025)

[159] Traduction : « (…) nous n'avons toujours pas le statut que nous voudrions atteindre ici, dans notre pays, en ce qui concerne les postes de travail… et, par conséquent, beaucoup d'étudiants diplômés changent de profession. (…) La satisfaction, c'est d'exercer cette si belle profession que Dieu nous a donnée, ce don, parce que c'est la seule carrière où nous prenons soin de deux vies… mais l'insatisfaction, c'est que nous n'avons toujours pas le statut que nous voudrions atteindre. (…) J'ai ma fille, elle va entrer à l'Université et elle me disait : Maman, que me recommandes-tu, être gynécologue ou sage-femme ? Je lui ai dit : Écoute ma fille, je suis sage-femme et j'adore ce que je fais, mais si tu étudies la médecine tu auras plus de possibilités… j'aimerais que tu choisisses la gynécologie, pour que tu aies plus de débouchés. » (Équateur, SF)

De l'éthique du care *à sa dévalorisation sociale*

Les récits de pratique de sages-femmes, venues de contextes aussi divers que la France, le Rwanda, l'Uruguay, le Chili, l'Equateur, l'Indonésie, le Pakistan ou le Népal, révèlent une même expérience partagée : celle d'un métier à la fois profondément relationnel et hautement technique, mais dont la reconnaissance sociale et institutionnelle demeure fragile. Elles mettent en lumière la tension permanente entre la responsabilité médicale assumée (le *cure)* et la dimension d'accompagnement intime et émotionnel (le *care*), souvent reléguée à un rôle secondaire et dévalorisé. A ce titre, Jean-Philippe Cobbaut, philosophe, juriste et professeur d'éthique médicale, dit :

> « L'invisibilité sociale est un concept que l'on peut rattacher à l'éthique du care et aux travaux menés au départ par des auteurs féministes qui ont travaillé cette question. De ce point de vue, un certain nombre de pratiques relevant du care sont invisibles dans la société d'aujourd'hui et il y aurait une forme d'éthique à les mettre en exergue. L'histoire démontre que le care (le soin, la bientraitance, la bienfaisance...) a toujours été réalisé principalement par des femmes qui, pendant longtemps, ont occupé des positions basses dans la société, peu visibles, peu reconnues. Par contagion, prolongement, les pratiques relevant du care sont restées dans une sorte d'invisibilité et ce, d'autant plus que les caractéristiques intrinsèques de celui-ci réclament un certain voile de pudeur : il ne s'agit pas en effet d'actes héroïques, techniques, dont il faut souligner la prouesse mais plutôt de gestes qui relèvent de l'intime ou du quotidien et de l'évident, du spontané. Enfin, toujours, par contagion, l'invisibilité concerne également les personnes qui font l'objet du care ; elles aussi ont longtemps été frappées de non reconnaissance. Par effet de ricochet comme énoncé ci-avant mais aussi parce qu'elles portent sur elles, représentent ce qui est gênant, dysfonctionnant, désespérant, différent en regard d'une société normalisée. Ainsi, les invisibilités s'additionnent. L'objectif de l'éthique du care est justement de visibiliser ces pratiques, de leur reconnaître une certaine spécificité au sens où elles ne vont pas nécessairement de soi et qu'elles réclament une certaine expertise de la part des personnes qui l'exercent. Par ce biais, les défenseurs de cette voie entendent faire sortir de l'ombre les professionnels du care comme les bénéficiaires, les usagers. » (Cobbaut, 2011)

Pour comprendre en profondeur cette tension constitutive de la profession de sage-femme, il est ainsi nécessaire de revenir aux théorisations de l'éthique du *care*, telles qu'elles ont été développées par Carol Gilligan et Joan Tronto, et d'examiner comment ce concept éclaire la

manière dont les sages-femmes vivent, au quotidien, la dévalorisation de leur travail émotionnel et relationnel.

L'éthique du *care*

Le *care*, concept développé notamment par des philosophes féministes comme Joan Tronto et Carol Gilligan, fait référence à une forme de soin basée sur l'attention aux autres, l'empathie, et la prise en compte des besoins émotionnels et relationnels des personnes (Gilligan, 1993; Tronto, 1993). Le *care* a été conceptualisé dans les années 1980 par Carol Gilligan, dans son ouvrage *Une voix différente. Pour une éthique du care* (Gilligan, 1982). En réaction à la conceptualisation de l'éthique de la justice développé par Lawrence Kohlberg dont elle était l'assistante, Gilligan met en avant l'éthique du *care*, qui souligne la responsabilité relationnelle et le soin mutuel comme des éléments centraux de la moralité, particulièrement dans les contextes où les relations interpersonnelles jouent un rôle important[160]. Gilligan n'oppose cependant pas l'éthique de la justice développée par Kohlberg

[160] L'éthique de la justice de Kohlberg définit différents stades de développement moral que peut atteindre un individu. Selon Kohlberg, tout individu, quel que soit son sexe ou sa culture, peut gravir six échelons de développement moral mais tous n'atteindront pas les échelons les plus élevés. Le stade le plus faible est considéré comme celui développé par l'enfant entre 4 et 7 ans et consistant à comprendre que ce qui est récompensé est bien, et ce qui est puni est mal (stade de l'obéissance simple). Petit à petit, selon cette échelle, l'enfant pourra passer à des stades supérieurs : comprendre que l'action juste est ce qui satisfait les deux parties (stade de l'utilitarisme entre 7 et 11 ans), puis savoir prendre en considération les intentions pour juger de la conduite des autres, en faisant preuve d'empathie (stade de la bonne concordance personnelle entre 12 et 16 ans). Les stades les plus élevés sont considérés comme développés après 16 ans. Selon cette échelle, les stades 4 et 5 sont en lien avec le respect de la loi et la reconnaissance de l'utilité de celle-ci. Le 6ème et dernier stade selon Kohlberg est celui de l'éthique universelle, celui de la conscience que des principes universels transcendent les lois et où la conscience personnelle est le juge le plus sévère. Kohlberg a ensuite fait des expérimentations auprès de différents groupes d'individus et en a déduit que les femmes font partie du groupe de ceux dont le développement moral est le plus immature, ne dépassant pas le 3ème stade de développement, celui de l'empathie (Gilligan, 1982, p. 38-39).

En réaction aux conclusions des travaux de Kohlberg, Gilligan démontrera que l'échelle de Kohlberg, tout en étant annoncée universelle, a été conçue à partir d'expérimentations auprès d'un échantillon de 84 garçons dont il a suivi le développement pendant 20 ans. Il n'a donc pas inclus de filles dans l'échantillon ayant servi à construire cette éthique de la justice. De plus, il s'est appuyé sur les études de Piaget qui s'intéressait lui-même peu au jugement moral des filles. Gilligan critique alors le modèle de Kohlberg, affirmant qu'il valorise l'autonomie et les principes abstraits et tend à sous-évaluer les expériences morales des femmes qui, selon elle, mettent davantage l'accent sur les relations interpersonnelles, le soin et la responsabilité envers autrui. Gilligan conduira alors de nouvelles recherches auprès de filles et de femmes confrontées à une situation de dilemme moral. Elle réalisera notamment une étude auprès d'une cohorte de 29 femmes confrontées à la décision d'avorter, en menant une série d'entretiens avant et après décision, afin de dégager de l'analyse de ces entretiens de nouvelles données en psychologie morale. De ses recherches, elle établira de nouveaux stades de développement moral, adossés à une éthique du *care*, et qui se révèlent différents des stades développés par Kohlberg, qui étaient eux adossés à une éthique de la justice. Gilligan identifie trois stades principaux du développement moral dans le cadre de l'éthique du *care*. Le premier est celui de l'orientation vers la survie personnelle, tourné vers la préoccupation de soi et correspondant à un égocentrisme initial. Le second est celui de la préoccupation pour les autres mais souvent au détriment de soi et allant souvent de pair avec l'esprit de sacrifice. Le stade final représente un équilibre entre le soin de soi et le soin des autres, reconnaissant que les besoins des deux parties doivent être respectés. A ce titre, l'éthique du *care* s'inscrit également dans une éthique de la non-violence, là où l'éthique de la justice, considérée plus masculine selon Gilligan, pourrait parfois générer ou justifier de la violence (guerre…). Gilligan déclare :

« Cela fait des siècles que nous écoutons les voix des hommes et les théories que leur dicte leur expérience. (…) nous avons commencé non seulement à remarquer le silence des femmes mais aussi la difficulté d'entendre ce qu'elles disent quand elles prennent la parole. Et pourtant, si l'on se met à l'écoute de la voix différente des femmes, on découvre la réalité d'une éthique du care : elles nous disent quel est le rapport entre la relation avec

et l'éthique du *care* : selon elle, les deux visions coexistent et sont complémentaires dans le développement moral humain. Gilligan montre toutefois que l'éthique de la justice, définie comme masculine, domine le discours sociétal et scientifique, tandis que l'éthique du *care*, définie comme féminine, reste invisibilisée ou subalternisée.

Il s'agit néanmoins de souligner que cette distinction faite par Gilligan entre une éthique plus masculine et une éthique plus féminine pourrait renforcer les stéréotypes de genre. Tronto (Tronto, 1993) argue alors que le *care* ne doit pas être vu comme un simple contrepoint « féminin » à l'éthique de la justice mais comme une composante essentielle de toute forme de justice sociale. Selon Tronto, le *care* doit être perçu comme un élément essentiel qui concerne tout le monde, hommes et femmes, et qui est aussi fondamental dans le domaine des relations interpersonnelles (le travail du soin) que dans la sphère de la justice sociale. Ainsi, le *care* ne devrait pas être réduit à une compétence féminine invisibilisée, mais doit plutôt être reconnu comme une dimension fondamentale et universelle pour répondre aux besoins humains et garantir une société plus juste, au-delà des différences de genre.

Le travail du *care* et sa subalternisation : « sale boulot » et « capitalisme émotionnel »

Les travaux de Gilligan et Tronto sur le *care* ont eu un impact significatif sur les recherches en sciences humaines, tout en étant réappropriés par un certain nombre d'intellectuelles féministes. Ces théoriciennes ont permis de mettre en lumière la dimension relationnelle et éthique du *care*, souvent négligée par les approches plus traditionnelles centrées sur la justice ou les droits. Cependant, il convient de noter que le *care*, en tant que concept, dépasse le simple cadre éthique. Il inclut une dimension politique et structurelle, qui nécessite une analyse plus approfondie des rapports de pouvoir et des hiérarchies sociales impliquées dans les pratiques de soin (Tronto, 1993).

Arlie Russell Hochschild, qui a conceptualisé le travail émotionnel, montre que cette préoccupation des autres, liée à l'éthique du *care*, est souvent externalisée dans les sphères

autrui et la responsabilité, et comment à l'origine de l'agression est une déchirure de la trame des relations humaines. » (Gilligan, 1982, p. 277)

Gilligan affirme ainsi que le modèle de Kohlberg valorise une perspective masculine de la moralité, basée sur la justice, et sous-estime la dimension relationnelle et contextuelle de la moralité, qui est plus caractéristique des femmes, selon ses recherches.

publiques comme privées[161]. Elle désigne ce phénomène sous le terme de « capitalisme émotionnel », qui reflète la marchandisation croissante des soins et des émotions dans le contexte néolibéral (Hochschild, 2012)[162].

Cette marchandisation ne s'accompagne pas d'une véritable reconnaissance économique du *care*, mais plutôt d'une sous-valorisation financière. Dans les structures hospitalières, par exemple, le temps relationnel pur n'est pas comptabilisé dans la cotation des actes. Cela impacte directement les soignants : réduction du temps consacré aux patients, pression croissante pour accomplir des tâches émotionnellement exigeantes dans un cadre temporel contraint, bureaucratisation des pratiques. (Lipsky, 2010)

Cette tendance conduit à une altération des relations de soin, où l'accompagnement devient moins centré sur la personne et plus sur la performance. Ainsi, en maïeutique, cette sous-évaluation économique du travail du *care*, associée à une organisation des soins de plus en plus standardisée, limite considérablement la capacité des sages-femmes à fournir des soins individualisés. Actuellement, la surveillance accrue des indicateurs de performance dans les structures hospitalières renforce encore davantage la tendance à la bureaucratisation des pratiques, éloignant toujours plus les sages-femmes de l'accompagnement individualisé des femmes[163]. Or, celui-ci est au cœur de leur formation et de leur identité professionnelle. (Thomas, 2016a)

En lien avec ce capitalisme émotionnel, l'éthique du *care* a aussi permis d'analyser la subalternisation de différentes populations assignées au soin du *care*. Fabienne Brugère (Brugère, 2011) souligne que cette subalternisation est marqué par une domination

[161] Ainsi, les soins à apporter à un enfant au sein de sa famille pourront être délégués à une assistante maternelle, les soins aux personnes âgées pourront être reportés vers une maison de retraite.

[162] « Le capitalisme émotionnel procure des services qui vont de la naissance à la mort (…). S'ils furent, un temps, la prérogative des riches, de tels services touchent désormais la vie quotidienne de nombreuses familles de classe moyenne où les deux membres du couple travaillent – qu'ils en soient clients ou fournisseurs. Le capitalisme émotionnel à la fois renforce la place du care dans la vie quotidienne, tout en contribuant à l'en détourner. » (Hochschild, 2013, p. 73)

[163] Différentes études émettent des recommandations pour favoriser cet accompagnement individualisé : accompagnement de la femme-patiente par une même sage-femme depuis le début de la grossesse jusqu'à la période postnatale, ainsi que la prise en charge d'une seule parturiente à la fois par la sage-femme (« one to one »). Il a été démontré que cet accompagnement global et individualisé est plus favorable à la santé et au bien-être des femmes et des nouveau-nés qu'un morcellement de soins tel qu'il est généré par les modèles tayloristes de la naissance. (Sandall et al., 2016). La sous-valorisation du travail du care participe cependant à l'absence d'application de ces recommandations par les politiques de santé et les organisations institutionnelles. Elle contribue ainsi à générer un écart de plus en plus important entre les aspirations professionnelles des sages-femmes et la réalité de leur pratique. Les besoins des femmes et des sages-femmes peuvent ainsi être invisibilisés au sein du dispositif de la naissance médicalisée.

spécifique, exploitant la capacité de ces populations à prendre soin des autres, au détriment de leur propre intégrité[164].

Pour Molinier (Molinier, 2013), le *care* et le « sale boulot » sont associés : le « sale boulot » comprend des tâches physiquement et émotionnellement épuisantes, comme nettoyer, changer des couches, s'occuper des malades, répondre aux besoins émotionnels des autres. Elle montre que ces tâches, en plus d'être invisibles, sont profondément stigmatisées car elles sont perçues comme dégradantes, non seulement parce qu'elles sont subalternes, mais aussi parce qu'elles rappellent la fragilité et la dépendance humaine. Elles sont souvent exécutées par des personnes dans des positions subalternes, principalement des femmes et des minorités. Pour Molinier, le *care* n'est ainsi pas intrinsèquement un « sale boulot », mais le devient en raison de sa dévaluation sociale liée aux rapports de pouvoir. Elle requalifie alors l'éthique du *care* comme une éthique des subalternes[165] .

Nancy Fraser (Fraser, 2013) met en évidence que cette dévalorisation n'est pas seulement liée au genre des professionnelles du *care*, mais est enracinée dans des rapports de classe et d'origine ethnique. Elle souligne que le néolibéralisme et la mondialisation intensifient ces inégalités à travers ce qu'on appelle les « chaînes globales du care », où des femmes migrantes occupent des emplois de soin sous-payés dans des pays plus riches. Fraser insiste sur la nécessité de repenser la justice économique et sociale afin que le travail du *care* soit mieux reconnu et équitablement partagé[166].

---

[164] « Gilligan a pu servir de porte-drapeau aux femmes qui se reconnaissent une identité dans le care mais également à toutes les populations assignées au soin et rendues invisibles, non reconnues. Elle a fait prendre conscience que ces modes d'existence subissent une domination propre qui repose sur une exploitation de leur capacité à aider ou à prendre soin des autres au détriment de leur intégrité. (…) » (Brugère, 2011, p. 24)

[165] « Une éthique des subalternes (…) Le travail du care, en majeure partie l'œuvre de femmes est de plus en plus celui d'un salariat féminin surexploité, sous-payé, stigmatisé par sa couleur de peau ou ses origines. (…) Brancardiers, aides-soignantes, personnel de nettoyage…, ces personnes sont, dans la vraie vie, bien plus que les médecins, les véritables agents moraux du care, ceux auxquels nous ne sommes cependant pas éduqués à prêter précisément attention. Car le care dans ses pratiques effectives, est la plupart du temps, étroitement intriqué avec le « sale boulot » sur fond d'indifférence ou de condescendance, dans des rapports de domination et d'exploitation. (…) » (Molinier, 2013, p. 12,16)

[166] Selon Nancy Fraser, si ce travail est souvent invisible, et dévalorisé dans les hiérarchies professionnelles et dans les économies capitalistes, c'est en raison de son association historique avec les tâches non rémunérées et domestiques associées au féminin. Ces tâches sont souvent perçues comme des prolongements naturels du travail domestique féminin, qui a été historiquement dévalorisé par un système patriarcal. Fraser note également que la reconnaissance de ces tâches au sein des économies formelles reste faible, en raison d'une conception du travail fondée sur la productivité marchande plutôt que sur la reproduction sociale, contribuant ainsi à leur marginalisation systémique. Fraser, tout comme Molinier, souligne que la dévalorisation du *care* ne s'inscrit pas uniquement dans des rapports de pouvoir basés sur le genre mais aussi dans des rapports de pouvoir basés sur l'origine ethnique, et la classe sociale. Avec Hochschild, elles mettent en évidence comment le néolibéralisme et la mondialisation intensifient ces dynamiques d'exploitation. La mondialisation des chaînes de care, où des femmes migrantes occupent des emplois de soin sous-payés dans des pays plus riches, exacerbe ces inégalités (Hochschild, 2014; Yeates, 2009). Fraser insiste sur l'importance de repenser la justice économique et sociale face aux inégalités de

Ainsi, les théoriciennes du *care* démontrent qu'il est crucial de revaloriser ce travail, non seulement pour des raisons d'équité, mais aussi pour garantir la qualité des soins et le bien-être des personnes qui les prodiguent.

La sage-femme, au croisement du care *et du* cure

Hiérarchisation entre *care* et *cure*

Sur fond historique de patriarcat et sur fond de capitalisme, le *care* est relégué au second plan par rapport aux tâches techniques et « objectives » du *cure*. Le *cure*, historiquement dévolu aux hommes, fait référence au traitement médical, centré sur la guérison et la résolution des problèmes de santé par des interventions fondées sur des savoirs scientifiques. Cette dichotomie entre dévalorisation du *care* et valorisation du *cure* se retrouve dans la plupart des métiers du soin, où les fonctions liées au *care*, largement féminisées, sont souvent perçues comme moins prestigieuses, moins bien rémunérées, et moins valorisées socialement. Les professions d'infirmières ou d'aides-soignantes en sont des exemples frappants : elles impliquent un engagement relationnel intense et constant avec les patients, mais sont souvent dévalorisées par rapport aux professions médicales, qui ont longtemps été majoritairement occupées par des hommes, et qui se concentrent sur le diagnostic et le traitement technique des maladies. (Molinier, 2013)

La sage-femme chilienne et la sage-femme uruguayenne, citées précédemment, expliquent comment cette hiérarchisation peut se manifester dans l'organisation des soins en maïeutique, dans les cliniques privées. Pour l'accompagnement des accouchements sans complications, les sages-femmes, qui les prennent en charge en autonomie dans le secteur public, sont cantonnées dans le secteur privé aux soins du *care* et à l'assistance du médecin, perdant leur rôle médical lié au *cure*.

La sage-femme, une figure ambivalente entre accompagnement relationnel (*care*) et responsabilités médicales (*cure*)

reconnaissance sociale et de redistribution du travail du care. Elle propose que le travail du *care* soit valorisé et partagé équitablement. (Fraser, 2013)

La profession de sage-femme est particulièrement intéressante à analyser sous cet angle, car elle se situe précisément à l'intersection du *care* et du *cure*. D'une part, la sage-femme incarne un métier du *care* : c'est un travail traditionnellement féminin, centré sur l'accompagnement des femmes et des enfants pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. En France, les sages-femmes réalisent 88,6 % des accouchements par voie basse non instrumentale et sont parmi les principaux professionnels responsables de la surveillance de la grossesse et de la préparation à la naissance et à la parentalité (INSERM, 2022). Ce travail repose non seulement sur des compétences techniques, mais aussi sur une grande capacité d'écoute, d'empathie, et sur la prise en compte des besoins affectifs des femmes, de leurs partenaires et des nouveau-nés. La dimension relationnelle et émotionnelle est donc fondamentale dans cette profession, inscrivant la sage-femme dans une longue histoire de métiers du *care* historiquement confiés aux femmes et souvent sous-évalués. Cette sous-évaluation est typique des métiers historiquement liés au travail domestique, majoritairement effectués par des femmes, et perçus comme une extension « naturelle » de leur rôle reproductif (Fraser, 2013). Comme le souligne Molinier, les métiers du *care*, bien qu'indispensables à la vie humaine, continuent de se heurter à des formes de discrimination et de hiérarchisation qui les situent en bas de la pyramide des métiers de santé (Molinier, 2013).

Néanmoins, la sage-femme est aussi une professionnelle de santé avec des responsabilités médicales importantes, ce qui relève davantage du *cure*. Elle est formée pour poser des diagnostics, décider de conduites à tenir, prescrire des traitements, intervenir en cas de complications médicales, et prendre des décisions cruciales pour la santé de la mère et de l'enfant. Ceci rapproche sa pratique de celle des médecins, traditionnellement perçus comme garants de la rationalité scientifique et de l'objectivité médicale.

Invisibilisation de la part « cure » de la profession du fait de son ancrage féminin

Cette double compétence, à la fois relationnelle et médicale, fait de la sage-femme une figure ambivalente dans le système de soins : elle incarne à la fois le *care*, souvent dévalorisé parce que jugé « féminin », et le *cure*, plus valorisé et considéré comme « scientifique » et « objectif ». Cependant, sa figure féminine et la part du *care* dans ses activités semblent invisibiliser la part du *cure* de sa profession et la maintenir dans une position socio-

économique et hiérarchique inférieure. L'OMS dénonce ainsi que les métiers de santé très féminisés comme celui de sage-femme sont associés à des salaires bas, moins de formations sur le lieu de travail (permettant une évolution professionnelle), et peu de présence dans les espaces décisionnels.

> « female-dominated jobs are associated with lower salaries, fewer on-job trainings and limited opportunities to exercise authority » (OMS, 2019, p. 14)

Une reconnaissance insuffisante et ses effets concrets

Manque de reconnaissance sociale

Pour illustrer le manque de reconnaissance des sages-femmes, la présidente du conseil national de l'ordre des sages-femmes a, lors des journées du Collège National des Sages-Femmes de France des 4 et 5 avril 2024, souligné que la prise en charge d'un accouchement est moins rémunérée que la pose d'une prothèse dentaire (Derrendinger, 2024). Effectivement, la comparaison des prix des actes médicaux entre une sage-femme et un dentiste révèle une disparité frappante dans la valorisation de leurs professions. Les développer ici montre de façon flagrante la disparité de reconnaissance entre les deux professions.

La pose d'une prothèse dentaire a un montant indiqué par la sécurité sociale comme pouvant aller jusqu'à 500 € pour une pose de couronne dentaire en céramique, jusqu'à 1465 € pour une pose de bridge et jusqu'à 3600 € pour une pose de prothèse amovible définitive (Tarifs conventionnels applicables aux chirurgiens-dentistes, à compter du 25 février 2024) [167].

En contrepartie, un accouchement est coté en forfait unique par la Sécurité Sociale à 313,50 € pour un accouchement donnant naissance à un seul enfant se présentant tête la première (que ce soit le premier accouchement ou non de la femme), à 316,94 € pour un accouchement par le siège si ce n'est pas le premier accouchement de la femme et à 385,44 € si c'est la première fois que la femme accouche et enfin à 427,64 € pour un accouchement donnant naissance à deux enfants ou plus (il est précisé que le forfait de 427,64 € ne s'applique qu'une

[167] Tarifs conventionnels applicables aux chirurgiens-dentistes (à compter du 25 février 2024) indiqués le site Améli de la Sécurité Sociale comme étant les montants maximums autorisés au 1er janvier 2022 : https://www.ameli.fr/lille-douai/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-conventionnels/tarifs

fois et qu'il ne doit en aucun cas être multiplié par le nombre d'enfants). Si l'accouchement a lieu un dimanche ou un jour férié, une majoration de 26,88 € sera facturée, et une majoration de 35 à 40 € s'il a lieu de nuit (35 € s'il a lieu entre 20h et 00h, 40 € s'il a lieu de 00h à 8h). Il est précisé de plus que ce forfait comprend non seulement l'accouchement en lui-même mais aussi l'ensemble des soins et actes nécessaires depuis le début du travail d'enfantement jusqu'aux deux heures suivant la naissance :

> « Facturation : le tarif de l'accouchement comprend tous les gestes nécessités par l'accouchement, notamment la surveillance avec monitorage comportant la surveillance cardiotocographique du travail avec tracés et, éventuellement, prélèvement pour mesure du pH fœtal quel qu'en soit le nombre, version interne du fœtus, extraction instrumentale, délivrance artificielle ou révision utérine isolée, suture d'épisiotomie, réparation sphinctérienne, traitement obstétrical des hémorragies de la délivrance. » Extrait de la liste des actes de la Classification Commune des actes médicaux (CCAM) concernant les sages-femmes à partir du 11 mars 2016 [168]

Les montants indiqués par la Sécurité Sociale pour une pose de couronne dentaire sont ainsi très fortement supérieurs aux montants indiqués pour le forfait accouchement. Pourtant, l'accompagnement d'un accouchement implique une responsabilité médicale importante pour la santé et la vie de deux personnes, la mère et l'enfant. Il peut avoir lieu aussi bien les jours ouvrables que les week-ends et jours fériés, et se dérouler de jour comme de nuit. Il s'inscrit dans un processus long, qui comprend non seulement l'accouchement lui-même mais aussi les heures de surveillance et prise en charge du travail prénatal ainsi que les deux heures de surveillance et prise en charge de la mère et de l'enfant après la naissance. Ces deux heures de surveillance post-accouchement incluent notamment la surveillance cruciale du risque d'hémorragie de la délivrance, et la prise en charge de cette hémorragie lorsqu'elle survient. Rappelons que l'hémorragie de la délivrance est une des premières causes de mortalité maternelle en France (Saucedo & Deneux-Tharaux, 2024) et dans le monde (Alkema et al., 2016; Say et al., 2014) et demande des compétences techniques pointues avec prise en charge en urgence absolue pour éviter les décès.

[168]Tarifs de la « liste des actes de la Classification Commune des actes médicaux (CCAM) concernant les sages-femmes à partir du 11 mars 2016 » indiqués le site Améli de la Sécurité Sociale : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/32284/document/ccam-sages-femmes-11-mars-2016_assurance-maladie.pdf

L'importance lors de l'accouchement de la mobilisation des compétences de la sage-femme rattachées au *cure* (telles que la détection et prise en charge de situations d'hypoxie fœtale, la réalisation de manœuvres obstétricales, la prise en charge d'une hémorragie de la délivrance ou encore la suture périnéale) ne sauraient cependant cacher l'importance de la mobilisation conjointe de ses compétences émotionnelles liées au *care*. Les compétences émotionnelles de la sage-femme sont nécessaires pour répondre aux besoins psycho-affectifs de la femme pendant toute la durée du travail, de l'accouchement, et de la période du post-partum immédiat. La mobilisation de ces compétences est indispensable pour protéger la santé mentale de la femme lors de ce moment de grande fragilité psychique. Ces compétences sont d'autant plus cruciales que les suicides sont, en France la première cause de mortalité maternelle[169] (Saucedo & Deneux-Tharaux, 2024), ce qui souligne l'importance d'un accompagnement psycho-affectif de qualité lors de la mise au monde d'une mère, celle-ci naissant à son statut maternel lors de l'accouchement.

En comparaison, la pose d'une couronne dentaire est réalisée en journée et en dehors des week-end et jours fériés, est un acte relativement court, sur un organe localisé, avec un impact beaucoup plus limité sur la santé globale du patient. Cette différence dans la durée du suivi et le niveau de responsabilité médicale met en évidence une sous-valorisation économique des sages-femmes, alors que leur travail, non seulement vital pour la mère et l'enfant, est aussi émotionnellement et physiquement exigeant. Le fait que la rémunération des sages-femmes soit inférieure à celle des dentistes illustre une inégalité dans la reconnaissance des professions médicales, en particulier dans celles à prédominance féminine comme la maïeutique, où l'impact social et médical n'est pas reflété par une juste valorisation financière.

Impact sur le bien-être émotionnel des sages-femmes et des femmes qu'elles accompagnent

Les conséquences de cette dévalorisation dépassent le cadre économique et se répercutent sur les conditions de travail et la santé mentale des sages-femmes, et par ricochet sur le bien-être des femmes, de leurs partenaires et des nouveau-nés. Du fait de la marchandisation des soins et de la faible rentabilité de leurs actes pour l'institution où elles travaillent ou pour leur activité libérale, les sages-femmes sont souvent soumises à des cadences de travail soutenues

[169] considérée jusqu'à un an après l'accouchement

et à un manque criant de ressources humaines et matérielles. Les contraintes budgétaires, le manque de personnel et la pression accrue pour répondre aux exigences administratives ajoutent ainsi une pression constante sur les sages-femmes, les exposant à un risque accru d'épuisement émotionnel (Suleiman-Martos et al., 2020). A cette cadence et charge de travail s'ajoute un sentiment d'exercer alors en dissonance avec les valeurs d'accompagnement humanisé et individualisé de la naissance, sentiment accroissant le risque d'épuisement émotionnel (Hunter, 2004; Wright et al., 2018). En France, celui-ci a été mesuré par une étude menée en 2019 auprès de 2767 sages-femmes, soit 12 % des effectifs :

> « Le nombre de sages-femmes françaises souffrant de syndrome d'épuisement émotionnel – burnout – est significatif puisque plus de 40 % des cliniciennes salariées, 31 % des cliniciennes libérales et 37,5 % des enseignantes en sont victimes. Ce pourcentage augmente considérablement chez les sages-femmes coordinatrices puisqu'il atteint pratiquement 66 %. » (Collège National des Sages-Femmes, 2020)

Cet état d'épuisement émotionnel au sein de la profession n'est pas restreint à la France. Selon des études réalisées dans les pays du Nord (Beck et al., 2015; Wright et al., 2018), comme dans les pays du Sud (Kalina et al., 2021; Mengistie et al., 2023), les sages-femmes rapportent effectivement des niveaux de stress élevés, souvent liés à un sentiment de manque de reconnaissance, à une surcharge de travail et à un désalignement avec les valeurs portées par la profession. Ce manque de reconnaissance tant symbolique que financière renforce une précarisation de la profession, contribuant à une désaffection progressive de la pratique et à une dégradation du bien-être psychologique des praticiennes (Piquemal et al., 2021).

Ces conditions de travail précaires compromettent non seulement la qualité des soins , mais aussi l'attractivité de la profession elle-même, aggravant ainsi une crise des vocations déjà bien entamée (Paul et al., 2022).

Crise des vocations et enjeux collectifs

Désaffection de la maïeutique : épuisement émotionnel et crise des vocations

Le manque de reconnaissance sociale et financière des sages-femmes, associé à une organisation du travail ne leur permettant pas de pratiquer selon leurs valeurs, sont des facteurs majeurs contribuant à la crise des vocations dans cette profession.

Le travail des sages-femmes, malgré sa complexité et son importance vitale, est largement sous-évalué, comme l'illustrent les disparités de rémunération, en France, entre la prise en charge d'un accouchement et la pose d'une prothèse dentaire. Cette sous-valorisation, tant économique que symbolique, décourage de plus en plus de jeunes à choisir cette profession et décourage également des sages-femmes diplômées à continuer à exercer (Piquemal et al., 2021).

Ce phénomène s'observe dès les premières étapes de la formation en France. Lors de la sélection par le concours d'entrée aux carrières médicales, les étudiants privilégient des filières telles que la médecine, la kinésithérapie, la pharmacie ou l'odontologie, qui jouissent d'une plus grande reconnaissance sociale et d'un meilleur statut socio-économique. Si d'autres filières comme la filière pharmacie ne remplissent pas toujours leurs quotas, c'est à une moindre échelle par rapport à la filière maïeutique. En tant que sage-femme enseignante, j'observe ainsi ces dernières années que le quota d'étudiantes en maïeutique n'est pas atteint, tandis que certaines étudiantes déjà engagées dans cette voie utilisent les passerelles disponibles pour rejoindre d'autres filières (principalement la médecine dans l'université où j'exerce) ou encore, après leur diplôme, décident de ne pas exercer. En France, le conseil national de l'ordre des sages-femmes indiquait ainsi qu'à la rentrée universitaire 2022, près de 20 % des places en études de sage-femme sont restées vacantes. De plus les radiations des sages-femmes en âge d'exercer enregistrées par le Conseil de l'Ordre ont augmenté de 112 % au cours du premier semestre 2022, montrant également une désaffection des sages-femmes diplômées (CNOSF et al., 2022).

Cela révèle une crise de confiance profonde au sein de la profession de sage-femme, inscrite dans des conditions de travail éprouvantes et une responsabilité médicale particulièrement importante, le tout associé à une non reconnaissance sociale et économique et un manque de soutien institutionnel (Piquemal et al., 2021). En France, cette crise des vocations génère une pénurie de sages-femmes, notamment au niveau hospitalier. Au-delà de la désaffection de la profession, le nombre de sages-femmes en exercice préférant s'installer en libéral va croissant face à la pression hospitalière : 35 % des sages-femmes ont actuellement une activité libérale contre 20 % en 2012 (DREES, 2024). Si cette tendance se maintient, une étude menée par la DREES prévoie une augmentation d'ici 2050 de 1 % des sages-femmes hospitalières contre une augmentation de 70 % des sages-femmes libérales (DREES, 2021). Or, la pénurie de sages-femmes hospitalières génère d'ores-et-déjà des situations de sécurité délétères pour la

sécurité des femmes et des nouveau-nés (CNOSF, 2021). Ainsi, en 2021, le conseil national de l'ordre des sages-femmes déclarait déjà dans un communiqué de presse :

> « Aujourd'hui, les sages-femmes sont nombreuses à quitter l'exercice en maternité, épuisées par des conditions de travail de plus en plus critiques. (…) Cette année, pour la première fois, ces dernières ne sont pas assez nombreuses pour prendre la relève dans les maternités, préférant s'orienter vers l'exercice libéral. Les contrats précaires, la faible rémunération et le sous-effectif permanent – source majeure d'insécurité à la fois pour les soignants et les patients – en sont les principales causes. » (CNOSF, 2021)

Pénurie mondiale de sages-femmes

Cette crise des vocations n'est pas limitée à la France, elle est aussi manifeste à l'échelle européenne et mondiale. Au niveau européen, de nombreux pays font le même constat que la France quant à une pénurie de sages-femmes liée à une crise des vocations. Ainsi, au Royaume-Uni, est dénoncé un manque de 2000 sages-femmes (Royal College of Midwves, 2022). Cette situation entraîne une surcharge de travail similaire à celle constatée en France, aggravant la crise des vocations. L'enquête annuelle 2021-2022 du NHS anglais a révélé que près de 62,8 % des sages-femmes avaient des taux de stress lié au travail très élevés et que 48,1 % envisageaient de quitter la profession dans les 12 mois, principalement à cause de la pression professionnelle, du manque de reconnaissance et de conditions insuffisantes pour exercer correctement leur métier (Staunton, 2023). Ainsi une étude anglaise réalisée auprès de sages-femmes montre que leur niveau de stress élevé est corrélé à des facteurs interdépendants amenant à un décalage entre les idéaux professionnels et les réalités de la pratique quotidienne.

> « Stressors were often intertwined and included: excessive workload, staff shortages, being unable to take breaks, excessive paperwork, and stressed colleagues.(…) Several midwives described how high workload and low staffing levels meant that they often went without breaks, and finished late (…) Several described a managerial expectation that some administrative tasks (such as online training programmes) would be undertaken in personal time (…) Compromised quality of care was also a source of stress. This occurred when midwives felt that they had too little time to care, too few resources or when the managerial focus on administration and documentation took them away from providing woman-centred care. Quality of care could also be affected by the increasing medicalisation of childbirth. Sometimes these situations were interlinked. Underpinning these concerns was a mismatch

> between professional ideals and the realities of everyday practice (…) » (Hunter & Warren, 2014)

L'OMS alerte sur la situation de manque de professionnels de santé en Europe, dont les sages-femmes, n'hésitant pas à parler de « bombe à retardement » en affirmant que « sans intervention immédiate les pénuries de travailleurs de la santé et des soins dans la Région européenne pourraient provoquer une catastrophe » (Organisation Mondiale de la Santé, 2022). À l'échelle mondiale, la situation est encore plus alarmante comme le décrit le rapport 2021 sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde publié en 2021 par l'OMS, l'UNFPA et la confédération internationale des sages-femmes. Selon ce rapport, il manque environ 900 000 sages-femmes dans le monde, soit une pénurie mondiale de sages-femmes à hauteur de 25 %, avec une situation particulièrement critique en Afrique subsaharienne. Cette pénurie mondiale a des répercussions dramatiques sur la santé maternelle et néonatale, notamment là où la pénurie de sages-femmes est la plus importante, c'est-à-dire dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires. Actuellement, au niveau mondial, 218 millions de femmes n'accèdent pas à la satisfaction de leurs besoins en matière de contraception moderne dont au moins 10 millions de filles âgées de 15 à 19 ans qui sont confrontées chaque année à une grossesse non désirée. Une femme sur cinq accouche sans l'assistance d'un professionnel qualifié. 810 femmes meurent chaque jour des suites de leur grossesse. Un accouchement d'un enfant mort-né a lieu toutes les 16 secondes. Et 2,4 millions de nouveau-nés décèdent chaque année. (UNFPA et al., 2021) Les contraintes structurelles touchent à l'accès même aux soins. Comme l'explique une sage-femme du Timor Leste :

> "So many, many mothers don't come to the clinic for birth because sometimes they have many problems, like infrastructure. The route is not accessible, and sometimes they live far from the health facility. (…) In the rural areas they use traditional delivery, which we call in our country *daia*." (Timor Leste SF)

Or, il est estimé que combler la pénurie mondiale de sages-femmes permettrait d'éviter 65 % des décès maternels et néonatals et des mortinaissances et ainsi sauverait 4,3 millions de vies chaque année. (UNFPA et al., 2021) Dans les pays à revenus faibles ou modérés, le problème est souvent aggravé par le manque de financements pour la formation et l'emploi de nouvelles sages-femmes. De nombreux gouvernements peinent à allouer des budgets suffisants à la santé, et les ressources financières limitées ne permettent pas de former un nombre suffisant de sages-femmes pour répondre aux besoins croissants de la population. Par exemple, dans

certains pays, il manque non seulement des infrastructures pour la formation de sages-femmes, mais aussi des financements pour embaucher celles qui sont déjà formées. Même si des jeunes sont intéressées par la profession, elles n'ont souvent pas accès aux formations adéquates, et lorsqu'elles les achèvent, elles peinent à trouver un emploi dans un système de santé sous-financé. (UNFPA et al., 2021) Puis, leur pratique dans un système sous-financé les amène à travailler dans des conditions éprouvantes, avec une surcharge de travail et un épuisement émotionnel conduisant non seulement à compromettre la qualité des soins fournis aux mères et aux enfants mais aussi à produire une baisse de l'attractivité de la profession (Suleiman-Martos et al., 2020).

Si des mesures structurelles ne sont pas prises pour d'une part revaloriser socialement et économiquement la profession de sage-femme, et d'autre part améliorer les conditions de travail, la crise des vocations continuera de s'amplifier, mettant encore davantage en péril le bien-être des sages-femmes et des femmes qu'elles accompagnent (Suleiman-Martos et al., 2020; UNFPA et al., 2021).

Conclusion du chapitre 6

En croisant les apports de l'auto-ethnographie, des récits issus d'un corpus de 55 entretiens menés avec des sages-femmes dans 36 pays, et de la littérature critique, ce chapitre a mis en évidence les effets de la contention émotionnelle imposée par les institutions. Loin de protéger réellement soignantes et patientes, cette injonction paradoxale participe à une double déshumanisation : celle des femmes-patientes, réduites à des corps à traiter, et celle des professionnelles, contraintes de se couper de leur sensibilité. Dans ce contexte paradoxal — contenir ses affects tout en affichant l'émotion socialement attendue —, le corps devient archive silencieuse et lieu de résistance, support d'une mémoire sensible qui resurgit parfois à distance.

L'exploration des récits et des réminiscences corporelles met ainsi en évidence une réalité souvent occultée : le corps des sages-femmes est une archive sensible des émotions du soin. Les gestes qui se réinvitent malgré soi, les voix qui résonnent des années après, les tensions corporelles qui persistent traduisent une mémoire qui échappe aux prescriptions institutionnelles de neutralité émotionnelle. Certaines de ces réminiscences, loin de rester de simples mal-être, prennent la forme d'« émotions de rébellion » : elles dévoilent l'injustice de

pratiques déshumanisantes ou de morts maternelles et infantiles évitables, et deviennent des ressorts d'engagement pour transformer la maïeutique.

Cette mémoire corporelle montre également que le travail émotionnel ne se limite pas à une régulation dans l'instant, mais s'inscrit dans une temporalité élargie. Elle révèle que cette charge de travail est reléguée dans l'ombre, du fait de la dévalorisation du *care*. Ces analyses rejoignent les travaux féministes et critiques sur le *care*, en soulignant que l'invisibilisation du travail émotionnel des sages-femmes s'inscrit dans un processus plus large de dévalorisation du soin, historiquement marqué par des hiérarchies de genre, de savoirs et de pratiques.

Reconnaitre la corporéité des émotions, c'est dès lors réhabiliter une dimension occultée du travail soignant, et proposer d'intégrer la mémoire corporelle dans l'analyse du travail émotionnel en maïeutique. C'est aussi reconnaître que cette mémoire corporelle porte un potentiel critique et transformateur, en faisant émerger des « émotions de rébellion » qui ouvrent la voie à des pratiques de résistance.

En ce sens, ce chapitre apporte trois contributions :

- il enrichit la littérature sur la mémoire corporelle en la mettant en lien avec la maïeutique, champ où elle demeure largement inexplorée ;
- il met en lumière combien le travail émotionnel constitue une composante centrale de l'activité des sages-femmes, bien qu'invisibilisé par les institutions ;
- il montre que la mémoire corporelle ne produit pas seulement des réminiscences agréables ou douloureuses, mais peut aussi être le socle d'« émotions de rébellion », ouvrant la voie à une transformation des pratiques.

Enfin, ces constats invitent à formuler des pistes professionnelles concrètes :

- sur le plan individuel, encourager l'écoute des signaux corporels et la mise en place de médiations (écriture, pratiques artistiques, haptonomie, supervision psychologique) comme moyens d'élaboration émotionnelle ;
- sur le plan de la formation, intégrer explicitement les compétences émotionnelles, l'intelligence relationnelle et la réflexivité dans les cursus, en complément de la technicité biomédicale ;
- sur le plan institutionnel, reconnaître le travail émotionnel comme une charge réelle dans l'organisation collective du travail, créer des espaces de soutien et de parole au

sein des équipes, et revaloriser socialement et financièrement la profession en tenant compte de sa double dimension de *care* et de *cure*.

Le fil conducteur de ce chapitre a été de montrer comment la mémoire corporelle agit comme une archive des émotions, y compris des « émotions de rébellion ». Elle prolonge ainsi la posture de sensibilité située développée au chapitre 5. Elle prépare aussi l'analyse du chapitre 7, où ces émotions apparaissent comme des moteurs de transformation collective.

Chapitre 7. Circulation des émotions de rébellion et résistances collectives : des émotions silenciées aux pratiques subversives

Introduction du chapitre 7

Les chapitres précédents ont progressivement construit le cadre d'analyse dans lequel s'inscrit ce chapitre. Le chapitre 3 a introduit deux concepts centraux : les « émotions de rébellion », moteurs d'actes de résistance face à des normes vécues comme injustes ou inadaptées, et les « résistances à bas bruit », formes discrètes mais subversives de contournement institutionnel. Le chapitre 5 a montré comment la subjectivité et la sensibilité située d'une praticienne-chercheure peuvent être reconnues comme des ressources épistémiques. Le chapitre 6 a ensuite déplacé la focale vers le corps, envisagé comme archive des émotions silenciées, révélant que celles-ci peuvent resurgir et devenir des forces de transformation.

Ce chapitre 7 prolonge ce cheminement en interrogeant la circulation des émotions, et notamment des « émotions de rébellion », au-delà de la sphère individuelle. Il s'agit de comprendre comment elles sont exprimées, partagées ou retenues, et comment leur mise en commun peut nourrir des formes de résistance collective. L'enjeu dépasse ainsi l'intime : il concerne la santé mentale des sages-femmes et des femmes-patientes, la qualité de la relation de soin et la capacité des émotions à subvertir des normes déshumanisantes en maïeutique.

La problématique se formule ainsi :

Comment saisir les émotions échappant au régime affectif dominant, à la fois comme révélateurs de contraintes institutionnelles et comme ressources critiques capables de transformer les pratiques collectives ?

Pour y répondre, la méthodologie croise des vignettes auto-ethnographiques, des récits issus du corpus de 55 sages-femmes de 36 pays, des résultats d'enquêtes socio-anthropologiques remobilisées pour cette recherche, ainsi que des récits de mobilisations collectives documentées par la littérature. L'analyse s'appuie sur des concepts et des travaux relatifs au partage social des émotions (Hunter & Warren, 2014; Rimé et al., 1991; Rimé & Paez, 2011), à la circulation culturelle des affects (Crapanzano, 1994; Vincent-Buffault, 2013), ainsi que sur les concepts d'« émotions de rébellion » et de « résistances à bas bruit » (chapitre 3).

Le chapitre s'organise en quatre temps :

- Les dynamiques de partage et de rétention des émotions, qui montrent comment sages-femmes et femmes partagent ou non leurs vécus émotionnels ;
- Les normes émotionnelles autour de la maternité, qui mettent en évidence les émotions socialement attendues ;
- La force subversive des émotions échappant à la normalisation émotionnelle ;
- Les risques de récupération institutionnelle des résistances nourries par les « émotions de rébellion ».

I- Dynamiques de partage et de rétention des émotions

Récits

Trouver un lieu pour dire : auto-ethnographie d'un partage émotionnel empêché

Lorsque je suis amenée à dire que je suis sage-femme, la réaction immédiate est presque toujours : « Quel beau métier ! Ça doit être merveilleux de voir tous ces bébés naître ! » Les questions portent alors sur l'émerveillement devant la vie qui surgit, sur la joie de voir l'enfant pousser son premier cri. Ces émotions, bien réelles et présentes dans ma pratique, trouvent toujours un espace d'expression : elles sont attendues, connues et reconnues. Or, d'autres émotions liées à ma pratique – tristesse, indignation, fatigue, colère – sont alors passées sous silence, ou, au mieux, partagées avec précaution, parfois atténuées, souvent dites de manières métaphoriques.

Dès mes débuts hospitaliers, j'ai souvent manqué d'espaces pour déposer mes émotions de sage-femme. Les échanges entre collègues étaient rares car contraints par le rythme de travail dans les maternités et par les roulements de gardes inversant les disponibilités des unes et des autres. Mon conjoint devenait alors le premier destinataire de ces émotions professionnelles, mais je m'autocensurais davantage qu'avec une collègue.

Lorsque je travaillais dans des zones rurales isolées ou dans des situations de crise humanitaire, l'isolement ou la surcharge de travail limitait tout autant les partages avec des collègues de terrain. Si alors je me confiais par écrit à des proches pendant ce temps loin d'eux, les rares récits envoyés circulaient parfois au-delà du cercle intime.

Très vite, ici ou ailleurs, j'ai appris à consigner préférentiellement mes vécus dans mes carnets de terrain. J'y déposais des émotions « à chaud » ou lorsqu'elles se rappelaient à moi plus tard (chapitre 6 : « mains de sage-femme », « boule au ventre », « les petits paquets de pagne »…). Je choisissais à distance ce qui pouvait être partagé.

Une case où pleurer

Il y a une dizaine d'années, une collègue sage-femme ivoirienne me racontait qu'en sortant de garde et avant de retrouver sa famille, elle passait se laver et se changer dans une petite case au fond de sa cour. Elle me confiait que si la garde avait été difficile, elle y déposait en même temps ses émotions avant de rejoindre sa famille. Parfois, elle y pleurait longuement seule avant de se sentir prête à rejoindre les siens.

Récemment, des collègues sages-femmes sénégalaises m'expliquaient que leur corps de métier était souvent pris à parti dès que la presse relayait une mort maternelle pour défaut de prise en charge, que ce défaut de prise en charge soit du fait d'une sage-femme ou d'un autre professionnel comme un gynécologue-obstétricien. Elles me confiaient que parfois elles n'osaient plus dire qu'elles étaient sages-femmes quand elles rencontraient quelqu'un.

« Me hizo bien poder decir todo eso. »[170]

Les entretiens menés auprès de 55 sages-femmes de 36 pays, pour recueillir des récits de pratique, ont souvent été saisis par celles-ci comme un espace de partage de leur vécu

[170] Traduction : « Cela m'a fait du bien de pouvoir dire tout cela. »

émotionnel, en écho à la rareté des espaces disponibles où les déposer. La plupart ont alors exprimé combien dire celui-ci leur avait fait du bien, remerciant pour ce moment d'écoute.

> « Estoy muy contenta de haber hablado contigo… Me hizo bien poder decir todo eso. »[171] (Uruguay SF)

> « Et merci de m'avoir donné l'occasion de pouvoir parler. Merci pour ton écoute… » (France SF3)

> « I do appreciate your time organizing this meeting and thanks for the good experience. I am so grateful for the opportunity to share about midwifery practice. » (Indonésie-Java Centra SF)

Elles ont souvent témoigné de la rareté de ces temps d'échange et de leur importance.

> « …through the conferences and exchanges with other midwives, I finally found a place where we could share our experiences without being judged. » (USA – Arizona SF)

Les liens durables qui se sont tissés à la suite des entretiens ou lors d'échanges de vécus de manière informelle lors de conférences internationales de sages-femmes témoignent comment le partage émotionnel renforce le sentiment d'appartenance à la communauté internationale de sages-femmes.

> « I am proud to help you, even from a different nation, but we are midwives. Hopefully meet you one day. » (Timor Leste SF)

> « Agradeço eu por ter tido a oportunidade de contribuir para algo que beneficia as estudantes e as mulheres. »[172] (Mozambique SF)

Le « partage social des émotions » (Rimé et al., 1991; Rimé & Paez, 2011)

Des récits au cadre théorique : définition du « partage social des émotions »

Dans la population générale, quels que soit le sexe, l'âge et l'origine géographique et culturelle, et quelle que soit l'intensité d'un vécu émotionnel, celui-ci est partagé à une ou

[171] Traduction : « Je suis très contente d'avoir parlé avec toi… Cela m'a fait du bien de pouvoir dire tout cela. »
[172] Traduction : « Je suis reconnaissante d'avoir eu l'opportunité de contribuer pour quelque chose qui bénéficie aux étudiantes et aux femmes. »

plusieurs autres personnes, et ce dans 80 à 95 % des cas. Cependant, plus un vécu émotionnel est intense, plus il est partagé à d'autres. Pour plus de 90 % des personnes, il est partagé le jour même, plusieurs fois et à plusieurs personnes. Du fait de sa très grande fréquence, le partage social des émotions[173] est ainsi considéré comme partie inhérente d'un vécu émotionnel. Partager un vécu émotionnel heureux réactive des sentiments positifs chez celui qui raconte son vécu comme chez celui qui reçoit le partage émotionnel. En contrepartie, un partage d'une expérience émotionnelle négative va générer une forme de fascination chez l'auditeur, tout en augmentant les manifestations d'empathie envers le narrateur. Dans la population générale, le partage émotionnel se fait le plus souvent auprès du conjoint ou dans le cercle familial et amical. (Krauth-Gruber, 2009; Rimé et al., 1991; Rimé & Paez, 2011) Les partages émotionnels participent à rapprocher les personnes, car ils suscitent :

> « des états de communion émotionnelle entre les membres d'un groupe (…) et ont donc pour effet de raviver chez les individus et dans les groupes le sentiment d'union ». (Rimé & Paez, 2011, p. 295)

Faible partage social émotionnel chez les sages-femmes

Cependant, chez les soignants – y compris les sages-femmes – bien que le besoin de partager soit fort, le partage effectif est inférieur à celui de la population générale : peu fréquent, auprès de peu de personnes et avec peu de détails (Delroisse, 2015; Hunter & Warren, 2014; Lartey et al., 2020). Différentes raisons à ce faible partage ont été identifiées par la revue de littérature et recoupent mes constats de terrain.

Les raisons du faible partage social émotionnel chez les sages-femmes

Les effets de la propagation

Les études de Rimé confirment la réalité du phénomène de propagation de récits dont les vécus sont à la fois intenses et éloignés du quotidien des interlocuteurs. Ainsi, une de ses observations est la suivante : 33 étudiants universitaires et leur professeur sont allés visiter

[173] Le « partage social des émotions » est défini comme « l'expression et la verbalisation des épisodes émotionnels avec les personnes de son réseau social » (Delroisse, 2015, p. 26), ou encore comme « la réévocation d'un événement émotionnel dans un langage socialement partagé qui implique, au moins au niveau symbolique, un destinataire » (Rimé et al., 1991, p. 438).

une morgue, ont vécu des émotions intenses, qu'ils ont partagées à leurs proches, qui les ont à nouveau repartagées, jusqu'à toucher environ 900 personnes. (Rimé & Paez, 2011) Cette conscience de la fascination exercée par certains récits peut inviter les sages-femmes à taire certaines de leurs expériences hors du cercle des pairs soignants d'un même service, que ce soit par soucis de confidentialité envers les patients mais aussi envers les collègues. Cette dynamique présente dans le milieu soignant de manière générale alimente cependant parfois des dynamiques d'omerta ou de corporatisme. Par exemple, des soignants ou des étudiants en santé évitent de relayer des vécus susceptibles de ternir l'image globale des soignants ou de l'institution de soins. (Auslender, 2017)

Les représentations sociales comme mode de régulation de l'expression émotionnelle

L'expression émotionnelle est aussi contrainte par la perception des sages-femmes dans la société où elles exercent. Différentes études montrent que les sages-femmes sont associées avec une certaine typologie d'émotions, qui varie selon le contexte où elles exercent. Ainsi, différents travaux en France montrent que la population générale associe les sages-femmes, d'une part, à des maternités « radieuses et heureuses » dans des services hospitaliers qui seraient « la commune des gens heureux » (Vozari, 2015)[174] et, d'autre part, à des modes d'expression empreints d'empathie et de douceur (C. Morel, 2018). Ces représentations demandent alors aux sages-femmes de louvoyer entre une confrontation à des vécus émotionnels pendant leur pratique pouvant être âpres et un discours attendu de la société comme reflétant avant tout les joies profondes vécues au quotidien dans leur profession. A contrario, certaines études en Afrique de l'Ouest décrivent une représentation sociale des sages-femmes comme incarnant des figures d'autorité rigides associées aux violences obstétricales (Jaffré, 2018b; Sardan, 2001). Ces représentations, bien que contrastées, ont en commun de réduire les sages-femmes à des figures stéréotypées — bienveillantes ou sévères voire violentes — qui contraignent la manière dont certains vécus émotionnels professionnels peuvent ou non se dire.

[174] En France, Anne-Sophie Vozari a mis en lumière la présence d'une vision idéalisée et prescriptive autour de la maternité, occultant les vécus émotionnels s'éloignant de cette vision. Elle illustre cette norme dominante en décrivant la présence d'une pancarte à l'entrée d'un service d'une maternité d'un grand centre hospitalier d'Ile de France. Sur cette pancarte, sont inscrits les mots suivants : « Avenue des jeunes mamans. Commune des gens heureux. » (Vozari, 2015)

Choix des interlocuteurs

Des études menées auprès de sages-femmes ghanéennes (Lartey et al., 2020) et britanniques (Hunter & Warren, 2014) montrent alors que les collègues ou le conjoint sont les interlocuteurs privilégiés pour un partage émotionnel. Le récit auto-ethnographique partagé précédemment donne certaines pistes pour expliquer les raisons de ce choix : la recherche de personnes exposées à des vécus proches (collègues), la disponibilité immédiate et la proximité affective (conjoint), la difficulté pour la sage-femme à se confier à d'autres personnes du fait d'éventuelles attentes spécifiques quant aux partages émotionnels avec une sage-femme ou par crainte de diffusion de données confidentielles.

L'isolement organisationnel

Les craintes de diffusion du récit et les difficultés à dire un vécu éloigné de la représentation sociale de la sage-femme participent à ce que l'interlocuteur recherché par une sage-femme pour confier ses émotions soit essentiellement un pair soignant ou un conjoint. Or, les partages avec un pair-soignant sont contraints par la surcharge de travail, l'absence d'espaces dédiés, et l'isolement renforcé par la fragmentation des équipes qui entravent le partage émotionnel chez les soignants (Dickason, 2018; Garcia et al., 2011; Hunter & Warren, 2014). Une étude menée auprès de sages-femmes britanniques montre que l'organisation des services et la surcharge de travail limitent fortement les possibilités d'échanges entre collègues. Certaines sages-femmes y décrivent l'impossibilité de prendre des pauses, y compris pour les repas, tant le rythme de travail est contraint, limitant ainsi toute possibilité d'échange informel en dehors des temps de travail proprement dits (Hunter, 2004; Hunter & Warren, 2014). Les différents résultats partagés dans les chapitres précédents montrent que cette réalité est partagée dans la plupart des contextes où exercent les sages-femmes à travers le monde.

Par ailleurs, comme explicité dans le chapitre 6, la formation initiale prescrit une mise à distance émotionnelle, présentée comme condition de professionnalisme et de maîtrise clinique. L'intériorisation de ces injonctions peut limiter la réalisation ou l'exhaustivité de certains partages émotionnels, tant par des freins chez le soignant émetteur que chez le soignant récepteur.

Coût du non-partage émotionnel, recommandations et impasses institutionnelles

Le faible partage émotionnel a des coûts comparables à ceux décrits dans le chapitre précédent quant à l'invisibilisation du travail émotionnel des sages-femmes : impact négatif sur le bien-être des professionnelles, détérioration de la qualité de soins et du bien-être des patients (Goldring et al., 2021; Hunter, 2010; Kaur & Arora, 2025; Zou et al., 2025).

Plusieurs travaux émettent alors des recommandations pour améliorer le partage social des émotions des soignants et ainsi améliorer leur bien-être et la qualité des soins. Est soulignée la nécessité de créer des espaces de partage émotionnel au sein même des services où se vivent les vécus émotionnels. Rebecca Dickason insiste à la fois sur les dispositifs formalisés (groupes de parole) et sur l'importance de préserver de véritables temps de pause, permettant des « pratiques de self-care (micro-sieste, relaxation…) » et des échanges émotionnels informels entre soignants car, comme elle l'explique, « ces moments où l'expression émotionnelle se fait cathartique sont essentiels pour éviter un trop-plein émotionnel ». Dickason recommande aussi une réflexion au niveau des ressources humaines pour limiter les sous-effectifs et protéger les temps de repos entre les gardes, souvent grignotés par des rappels de dernière minute alors qu'ils permettent aussi la récupération émotionnelle des soignants (Dickason, 2018).

Cependant, comme on a pu le voir dans le chapitre précédent, seuls certains services comme les soins palliatifs ont déployé les moyens nécessaires pour la prise en compte du travail émotionnel du soignant par l'institution hospitalière. Les divers constats faits ici rejoignent ceux de l'absence de prise en compte du travail émotionnel des sages-femmes dans l'organisation des soins (chapitre 6, II). Dans les maternités, l'état actuel de pénurie mondiale de sages-femmes (chapitre 6, III) est un défi supplémentaire pour dégager un temps effectif aux sages-femmes pour des partages émotionnels. Le travail en sous-effectifs constants amenuise les temps informels d'échanges pendant les gardes et augmente le nombre de reprise de gardes sur les temps de récupération. En situation de pénurie de sages-femmes, celles-ci ont ainsi un travail émotionnel plus important à réaliser, proportionnel à leur charge de travail augmentée, mais de moins en moins de temps pour celui-ci. Cet état de fait est de

plus en plus décrié non seulement pour les sages-femmes (Hunter & Warren, 2014) mais pour l'ensemble des praticiens hospitaliers (Dickason, 2018; Garcia et al., 2011)[175].

Ainsi, la rareté des espaces où les sages-femmes peuvent déposer leurs émotions et les contraintes sociales, organisationnelles et normatives qui encadrent leur expression contribuent à invisibiliser une part essentielle de leur vécu émotionnel. Or, comme l'ont montré les chapitres précédents sur la subjectivité et le corps, ces émotions constituent non seulement une mémoire sensible de la pratique, mais aussi une ressource potentiellement transformatrice, ouvrant la voie à des formes de réinvention des pratiques.

II- Normes émotionnelles autour de la maternité

Après avoir montré comment les sages-femmes doivent composer avec des espaces contraints de partage émotionnel, il s'agit désormais de déplacer la focale vers les femmes-patientes, pour analyser les normes émotionnelles qui encadrent leur maternité : qu'il s'agisse du désir ou du non-désir d'enfant, de l'IVG, de l'accouchement ou de la période post-natale, leurs vécus affectifs sont régulés par des injonctions sociales, culturelles et médicales qui prescrivent ce qu'il est légitime d'exprimer, de taire ou de transformer.

Pendant l'accouchement

Aïssata[176]

Je sors du bloc opératoire. Je viens d'instrumenter une césarienne pour une mort fœtale in utero avec pré-rupture utérine. Il est quinze heures. Depuis ce matin, urgences sur urgences. Me revoici en salles de naissances. En mon absence, ma collègue sage-femme Angèle[177] *a continué à gérer consultations prénatales, accouchements, hospitalisations et urgences gynéco-obstétricales. Depuis ce matin, la file des consultations prénatales a diminué de moitié. Devant la maternité, des familles d'hospitalisées et d'accouchées préparent le repas sur de petits feux de camps.*

[175] Des observations menées dans des services de gériatrie montrent par exemple que la durée moyenne d'un échange continu entre deux soignants n'y dépasse pas une minute trente, que les échanges de plus de cinq minutes lors de partages collectifs (comprenant les temps de transmission au changement d'équipes) y sont exceptionnels et que plus de la moitié du temps de travail se déroule sans échanger de paroles avec quiconque, ni patient, ni pair soignant (Garcia et al., 2011).

[176] Le prénom a été modifié.

[177] Le prénom a été modifié.

- *Me revoici Angèle ! Tout va bien ?*

- *Ah, Marie-Laure ! Viens voir les jumeaux que je viens d'aider à mettre au monde !*

Sur ces mots, Angèle écarte le rideau d'un des box d'accouchements pour m'y faire entrer. Une jeune fille de quinze ans se tourne vers moi. Elle est allongée à plat sur le dos. La vieille table d'accouchement rouillée a été essuyée rapidement et est encore parsemée de gouttelettes de sang séché. Par terre, le bassin exhale l'odeur du placenta qu'il a recueilli. Debout, une vieille femme veille.

Aux pieds de la jeune accouchée, un petit tas de pagne attire mon attention. J'écarte un pan de pagne et découvre deux nouveau-nés miniatures. Ils doivent peser chacun à peine cinq cents grammes. Ils respirent difficilement. Angèle, la vieille grand-mère et moi échangeons un regard. Ces bébés ne vivront pas.

La vieille femme se baisse, ramasse le bassin et sort pour le vider dans le puits perdu situé à trois cents mètres de l'entrée des salles de naissances, là où les herbes de brousse envahissent l'hôpital. Angèle va rejoindre les femmes qui l'attendent pour leur consultation prénatale.

Je pose une main sur l'épaule de la jeune fille.

- *A'ni tere. I toro di ? (Bonjour. Comment t'appelles-tu ? en dioula)*

- *Aïssata*

- *Tu comprends le français ?*

- *Oui, un peu.*

- *Tu connais le nombre de mois de la grossesse ?*

- *6 mois. C'est trop tôt pour les bébés...*

- *Oui. Tes bébés sont très petits, Aïssata. Ils sont là mais ils ne resteront pas avec nous.*

- *…*

- *Tu veux les voir ?*

- *Oui !*

Avec une vigueur surprenante, Aïssata se redresse en prenant appui sur les mains. Elle s'assied bien droite, les jambes étendues devant elle.

Je prends le paquet de pagnes et découvre le visage des bébés. L'un des deux se met à pleurer avec un cri qui ressemble à un faible miaulement de chaton. Le deuxième ouvre les yeux. Je les montre à la jeune mère qui tend les bras et les dépose sur ses jambes. Elle ouvre tout à fait le pagne, regarde ses fils, prend tour à tour chacun des minuscules visages entre le pouce et l'index pour les tourner vers elle. Puis, des larmes se mettent à couler sur ses joues. Je mets une main sur son épaule. Elle sanglote.
La grand-mère entre. Elle adresse des paroles en dioula à Aïssata. Aïssata lui répond la voix entrecoupée de sanglots.

Derrière le rideau, Angèle et les femmes en consultation participent indirectement. Le rideau est mince. La maternité est une communauté de femmes où chacune participe aux bonheurs ou malheurs des unes et des autres. Angèle nous rejoint et s'approche de la jeune mère.

- *Il ne faut pas pleurer sinon tu n'auras pas de chance pour les autres grossesses.*
- *Angèle, elle est triste. C'est normal qu'elle pleure.*
- *Oui, tu as raison mais chez nous on dit que ça porte malheur de pleurer.*

Angèle écarte le rideau et sort en prenant à témoin toutes les femmes présentes :

- *C'est beau une mère qui aime comme ça ses enfants ! Elle est toute jeune mais elle connaît déjà la valeur des enfants. C'est beau ! Si à quinze ans tu as su faire des jumeaux, ça veut dire que tu en auras beaucoup.*

La vieille femme reste un moment aux côtés d'Aïssata et de ses enfants. Ensuite, elle rejoint les femmes au dehors pour préparer le plat traditionnel des accouchées, à base de viande. Je reste aux côtés d'Aïssata qui pleure et pleure encore. Elle s'allonge à nouveau. Je l'aide à s'étendre et pose comme elle le souhaite les nouveau-nés près de son visage. Elle ne les lâche plus du regard.

Tout doucement, ses bébés quittent notre monde.

(Extrait de carnet de terrain. Côte d'Ivoire, 2003)

Le « Mougne »

Au *Sénégal, les sages-femmes peuvent rappeler aux parturientes l'injonction culturelle du « mougne » pour les enjoindre à ne pas exprimer la douleur de l'enfantement. Le terme wolof « mougne » se traduit par « résignation » ou « patience » et décrit une attitude consistant à*

endurer les difficultés sans se plaindre. Il est valorisé et souvent transmis dans l'éducation familiale comme symbolisant la dignité et la force morale.

(Extrait de carnet de terrain. Sénégal. 2025)

Mes observations participatives sur l'injonction au contrôle des émotions sur ces terrains rejoignent les analyses de Yannick Jaffré (Jaffré, 2018b) sur d'autres terrains d'Afrique subsaharienne : le Bénin et le Burkina Faso. Jaffré explore les discours de sages-femmes béninoises et burkinabè. Il décrit les normes comportementales et émotionnelles encadrant les expressions des parturientes dans les centres de santé :

> « les sages-femmes évaluent largement les conduites des parturientes et leur légitimité selon des normes morales – ne pas se plaindre, ne pas trop gémir, être capable de « pousser » – tout autant, et sans doute bien plus, que selon de stricts préceptes obstétricaux. » (Jaffré, 2018b, p. 165)

Jaffré expose comment ces attentes d'auto-contrôle impactent la qualité des relations soignants-soignés. Il décrit ainsi comment les comportements et les émotions des parturientes considérés par les soignants comme déviants peuvent participer à jeter l'opprobre sur les femmes, ou déclencher d'autres formes psychologiques ou physiques de maltraitances obstétricales.

Si l'accouchement en institution biomédicale soumet les femmes à des normes émotionnelles régies par les soignants, l'accouchement en dehors de l'institution biomédicale est également soumis à des normes émotionnelles influençant les comportements. En témoigne par exemple mes observations lors de ma pratique en tant que sage-femme auprès de consœurs aux savoirs endogènes en Angola puis lors d'une étude que j'ai menée en tant que chargée d'étude socio-anthropologique sur ce même terrain. Les femmes accouchant à domicile au sein de leur communauté m'expliquaient que « la femme qui a le courage accouche seule puis appelle au moment d'enterrer le placenta » (Deneffe Dobrzynski, 2012). Des injonctions culturelles à l'auto-contrôle des douleurs et peurs liées à l'accouchement sont ainsi perceptibles ici aussi.

La soumission aux normes de la « bonne patiente »

En relisant les résultats des six enquêtes socio-anthropologiques réalisées entre 2011 et 2018 en Angola, Bulgarie, Bolivie, Côte d'Ivoire et Madagascar, ainsi que mes carnets de terrain en

maïeutique dans douze pays dont la France, un constat s'impose. On y retrouve un invariable qui traverse les terrains : des attentes envers les patientes de la part des professionnels de santé, lesquels définissent en quelque sorte les normes à respecter pour être une « bonne patiente ». Le plus souvent, cela signifie avant tout respecter les prescriptions du système biomédical : avoir suivi ses consultations prénatales, accoucher en centre de santé, accepter de rester hospitalisée après l'accouchement. Les femmes qui ne répondent pas à ces critères sont souvent stigmatisées, mal accueillies, voire refusées lorsqu'elles consultent pour une complication. Le personnel soignant participe ainsi à un recadrage moral des femmes, en sanctionnant celles qui s'écartent de ce modèle. Lors des douleurs de l'accouchement, il est également attendu des femmes qu'elles contrôlent leurs émotions et la manifestation de leur douleur.

Discours émotif dominant pour les parturientes

Les récits relatés plus haut illustrent comment les femmes sont soumises à un « cadre normatif rigoureux » autour de la naissance leur enseignant à la fois ce qu'elles doivent ressentir et la manière dont elles peuvent l'exprimer. Les attentes normatives décrites en salles de naissances ne sont pas spécifiques au contexte occidental comme en témoigne la variété géographique des récits. Ce contrôle est cependant façonné par des contextes culturels et institutionnels distincts et dans des contextes où la prise en charge de la douleur de l'accouchement n'est pas une norme. Ainsi, l'auto-régulation émotionnelle observée par les parturientes s'appuie sur une double régulation émotionnelle : celle intériorisée par les parturientes, et celle exercée par les soignants. Certaines expressions culturelles sont ainsi utilisées en salle d'accouchement pour rappeler aux parturientes leur devoir de contrôler leurs émotions.

Les formes de contrôle des émotions des parturientes en France

Laëtitia Negrié et Béatrice Cascales (Negrié & Cascales, 2023) relatent comment la biomédicalisation de l'accouchement en Occident a participé à définir les normes émotionnelles pour les parturientes. Elles montrent que ces normes reflètent une volonté institutionnelle de contrôle des corps et des comportements visant à réguler les émotions des parturientes en fonction des besoins du système hospitalier. Elles donnent l'exemple du

déploiement par des médecins des méthodes psycho-comportementalistes d'« Accouchement Sans Douleur » (ASD), dans les années 1950 :

> « une méthode de confort pour le corps médical : les femmes ne crient plus, les salles d'accouchement sont silencieuses, le personnel est moins sollicité, et l'angoisse générée par l'impossibilité d'apporter du réconfort ou de calmer la douleur de la patiente est diminuée ». (Negrié & Cascales, 2023, p. 157)

Maud Arnal (Arnal, 2016) montre que cette attente d'auto-contrôle, après avoir été soutenue par l'ASD, s'appuie actuellement en France sur la norme de la péridurale. La péridurale, réalisée aujourd'hui pour plus de 80 % des accouchements en France, peut être perçue comme « à la fois un outil technique de soulagement et un outil de régulation sociale du comportement des femmes lors de l'accouchement » (Arnal, 2016). Négrié et Cascales relatent alors comment les femmes qui crient leur douleur ou leur peur peuvent être « humiliées et ignorées » (Negrié & Cascales, 2023, p. 156) tandis qu'Arnal explique comment les sages-femmes catégorisent les parturientes en fonction de leur capacité à gérer leurs émotions et comportements en fonction des attendus de l'organisation hospitalière[178].

Certaines expressions émotionnelles en salles de naissance sont ainsi requalifiées comme des déviances. Croisée avec des dynamiques de pouvoir intersectionnelles, cette forme de régulation normative émotionnelle peut aboutir à des catégorisations racialisantes de certaines formes d'expression de la douleur, dénoncées par divers travaux en sciences humaines et sociales :

> « Le « syndrome méditerranéen » désignerait une forme d'exagération de la douleur des malades de culture méditerranéenne, et surtout d'Afrique du Nord, jugés plus angoissés,

[178] Elle observe que les femmes souhaitant accoucher sans péridurale en France peuvent être perçues comme subversives au sein d'une institution hospitalière prônant un comportement émotionnel normé pendant l'accouchement. Elle analyse également comment les sages-femmes, dans ce contexte institutionnel, peuvent être des actrices de cette régulation émotionnelle, portant des jugements moraux sur les parturientes selon leur capacité à se plier à ces normes hospitalières :

> « Les observations de la passation des patientes d'une sage-femme à une autre permet de relever l'existence de cette catégorisation indigène à travers laquelle les femmes sont définies : « *la chieuse* », « *la sympathique* », « *la super chouette* », « *celle au top* », « *la psy* », « *celles qui vont te bouffer* », « *celles qui ne vont pas te lâcher* », « *celles qu'il faut cadrer* », « *celles qui ont un projet de naissance* », « *celle qui ne sait pas lâcher prise et qui cogite trop* ». Ces qualificatifs attribués aux patientes sont utilisés par les sages-femmes comme des i*ndicateurs des capacités* des femmes à *travailler* la douleur. Celles qu'il faut *cadrer* supposent, par exemple, pour les sages-femmes l'exercice d'un pouvoir de direction sur le comportement des femmes. » (Arnal, 2016, p. 12)

> plaintifs, douillets et pour qui il s'agirait donc de moins donner suite à leur plainte. » (Lambert et al., 2022)

Ces catégorisations sont une forme de maltraitance obstétricale et de racisme obstétrical et sont susceptibles de générer une absence ou un retard à la prise en charge de la douleur.

On retrouve ainsi certaines similitudes dans les comportements demandés aux parturientes entre ce qui a été décrit par Negrié et Cascales au sein des maternités françaises, ce que Jaffré a observé au Bénin et au Burkina Faso et ce que j'ai pu observer sur mes différents terrains de recherche et de pratique. Malgré des spécificités culturelles et institutionnelles et des dynamiques locales de pouvoir soignant-soigné variables, la parturiente est amenée à un auto-contrôle de ses émotions. Sur l'ensemble de ces terrains, est décrite non seulement une standardisation émotionnelle mais aussi des formes de maltraitance par la stigmatisation des expressions émotionnelles jugées déviantes. Les parturientes sont ainsi soumises à un important travail émotionnel pour afficher les émotions attendues pendant l'enfantement, et à des mesures au mieux incitatives, au pire répressives, si elles n'affichent pas cet auto-contrôle émotionnel.

Après la naissance

Après la naissance, les femmes font à nouveau face à un travail émotionnel important pour afficher les émotions socialement attendues. Dans mes carnets de terrain, j'ai observé que certaines mères, en France, attendent le départ des visiteurs en maternité pour s'autoriser à pleurer, tandis que d'autres, exprimant ouvertement un mal-être, s'exposent à des jugements sévères de leur entourage. En Italie, Giuseppina Sapio dépeint elle aussi l'imposition d'un modèle unique de maternité heureuse. Sapio s'intéresse alors à la violence symbolique faite aux femmes dont le vécu écornerait cette vision idéalisée de la maternité. Elle montre que celle-ci stigmatise l'expression de vécus émotionnels autres :

> « L'idéalisation de la maternité (…) instaure une forte dimension normative, sanctionnant lourdement les sujets se situant en marge de cet idéal maternel. (…) Si elle n'ignore pas l'existence de cette « face cachée » de la maternité, la société en stigmatise les sujets impliqués, sous prétexte qu'une seule vision de la maternité, radieuse et heureuse, serait possible. » (Sapio, 2018, p. 131)

Cette vision idéalisée autour de la naissance n'est pas restreinte au continent européen mais est largement répandue en Occident. L'ouvrage collectif « Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux », dirigé par les canadiens Simon Lapierre et Dominique Damant, montre qu'il est promu par des « discours politiques, économiques et sociaux entourant la maternité » façonnés par une « vision idéalisée de celle-ci » (Lapierre & Damant, 2013, p. 7). A travers l'analyse de divers exemples de terrain, les dix-huit auteurs de cet ouvrage illustrent de plus que ces discours sont souvent calqués sur l'expérience idéalisée de « femmes nord-américaines ou européennes, blanches, hétérosexuelles, de classe moyenne » (Lapierre & Damant, 2013, p. 1)[179]. Ils dénoncent alors la prétendue universalité de ce modèle normatif, tout en montrant comment ce dernier participe à discriminer les sujets ou les discours se situant à sa marge.

Ces attentes normatives ne se limitent pas au contexte occidental, mais elles peuvent s'exprimer autrement dans d'autres contextes culturels. Dans une zone rurale de Côte d'Ivoire, les jeunes mères que j'ai suivies étaient au contraire tenues de taire verbalement leur fierté ou leur bonheur vis-à-vis de leur nouveau-né, afin de le protéger. Comme l'exprima une femme :

> « Marie-Laure, ça porte malheur pour l'enfant-même, là ! Tu dis pas sa beauté ou que tu es contente avec lui, là. »

Des observations réalisées par Suzanne Maiello (Maiello, 2018), dans un bidonville en Afrique du Sud, auprès de jeunes mères et de leurs nourrissons, vont également dans ce sens de protection de l'enfant. Elle note de plus que cette contrainte d'expression émotionnelle se porte également sur les interactions émotionnelles via le regard.

> « Je ne vis jamais dans les yeux de la mère le regard intense et amoureux que nous observons chez les mères de notre culture, pas plus que je ne vis les yeux de Bambata s'accrocher à ceux de sa mère. La réciprocité visuelle précoce entre la mère et le bébé que nous connaissons était absente, quoique le bonheur et l'orgueil de la mère fussent évidents. Ses sentiments semblaient s'exprimer par d'autres voies. » (Maiello, 2018)

[179] « le discours dominant et institutionnalisé s'inspire d'une vision idéalisée de l'expérience de femmes nord-américaines ou européennes, blanches, hétérosexuelles, de classe moyenne ». (Lapierre & Damant, 2013, p. 1)

Les explications culturelles qui ont été données à Maiello étaient que « le mal » ou « le mauvais œil » sont transmis par le regard : éviter de regarder un nourrisson est donc le protéger. Une étude réalisée par une équipe de chercheurs sénégalais lors d'observations de nouveau-nés relate également ce lien entre le regard porté sur un nouveau-né ou un nourrisson et le risque de l'exposer au « mauvais œil » (Ba et al., 2014).

Ainsi, que ce soit pour masquer la tristesse ou refréner la joie, les jeunes mères doivent ajuster en permanence l'expression de leurs émotions à des normes collectives qui définissent ce qu'il est légitime de ressentir et de montrer.

« Cadre affectif rigoureux »

Ces observations montrent que, tout comme les sages-femmes, les femmes-patientes doivent composer avec des normes émotionnelles contraignantes qui prescrivent ce qu'il est possible de ressentir ou d'exprimer autour de la naissance. Ce contrôle émotionnel imprègne les différents champs de la maternité, y compris lors de l'expression émotionnelle autour du désir ou non-désir d'enfant (Debest, 2015)[180], ou du vécu de l'Interruption Volontaire de Grossesse (Perrin, 2023b, 2023a)[181].

Crapanzano rappelle que les membres de chaque communauté, de chaque société « sont soumis à un régime affectif rigoureux qui les empêche d'exprimer toute une gamme d'émotions ». Il nous invite à ne pas « isoler l'émotion de son contexte social en la cantonnant dans l'individu ». (Crapanzano, 1994) De même, Françoise Héritier montre, dans ses travaux sur l'anthropologie symbolique du corps, que les émotions sont en partie socialement et culturellement induites (Héritier, 2003, p. 18-24)[182]. Dire sa sensibilité à autrui passe ainsi par différents filtres édictés par les enjeux liés à sa propre place et posture au sein de ses

[180] Les discours médicaux et sociaux renforcent l'idée que l'identité féminine est intrinsèquement liée à la capacité de procréer, marginalisant les femmes qui ne peuvent ou ne veulent pas avoir d'enfants. Cette stigmatisation est accentuée par les normes sociales qui projettent les femmes en âge de procréer dans un futur où la maternité serait inévitable, voire indispensable : « il semble difficile, sinon impossible, d'entendre une femme dire son non-désir d'enfant, tant le désir d'enfant paraît inscrit dans son corps, dans sa nature ». Certaines femmes, confrontées à ce non-désir d'enfant, adoptent des stratégies d'évitement émotionnel pour contourner le jugement social. Par exemple, elles atténuent leurs discours ou simulent des émotions conformes aux attentes, comme le regret ou la justification liée à des contraintes extérieures, plutôt que d'affirmer clairement leur choix. (Debest, 2015)

[181] Les études de Raphaël Perrin montrent que certaines femmes exprimant des émotions non conformes lors de la demande d'une IVG s'exposent à des formes de stigmatisation voire de refus d'IVG de la part des soignants (Perrin, 2023b, 2023a).

[182] Elle prend notamment l'exemple des émotions de peur intense et de répulsion entourant la naissance de l'enfant porteur de malformation en Grèce Antique et qui participaient à son exposition. L'exposition du nouveau-né en Grèce Antique consistait à abandonner l'enfant dans un lieu isolé au sein de la nature, voire sur les eaux (dans une boîte ou un couffin déposé sur un cours d'eau. (Héritier, 2003, p. 18-24)

différentes communautés d'appartenance, ainsi qu'à l'époque et au contexte socio-culturel. Ces filtres peuvent alors amener à taire ou amoindrir certains ressentis et à privilégier l'expression d'autres.

Expression de la sensibilité

David Le Breton, dans ses travaux sur l'anthropologie des émotions, a montré que la sensibilité s'exprime à autrui sous une forme différente selon le contexte socio-culturel. Un partage émotionnel à travers une communication corporelle revêtira ainsi des aspects variés selon le contexte et la culture. Le Breton rappelle ainsi que la communication de ses émotions à un interlocuteur peut se faire à travers une

> « économie subtile de mimiques, de gestes, de postures, une succession de séquences ne se concevant pas hors de l'apprentissage, hors du façonnement de la sensibilité que suscite le rapport aux autres au sein d'une culture dans un contexte particulier. » (Le Breton, 2006a, p. 114)

Anne Vincent-Buffault, historienne, montre de plus des variations dans cette expression corporelle des émotions selon les époques. A travers ses travaux sur la contextualisation historique de l'expression des émotions à travers les larmes, elle note que :

> « La façon dont l'émotion se manifeste nous éclaire sur ce qui est considéré comme acceptable, présentable ou intolérable, sincère ou inauthentique, touchant ou repoussant, normal ou pathologique, et sur la construction sociale de ces normes. » (Vincent-Buffault, 2013, p. 55)

Crapanzano souligne quant à lui que lorsque la communication des émotions s'inscrit dans une mise en mots, la forme de celle-ci est elle-même définie par le contexte socio-culturel. La forme varie selon le type d'émotions partagées et la place au sein de la communauté de l'individu qui les ressent (Crapanzano, 1994).

Zones de résistance aux normes émotionnelles

Après avoir illustré le « régime affectif rigoureux » auquel chaque membre d'une communauté est soumis, Crapanzano établit cependant que dans toute culture et tout contexte, il existe des zones de résistance où s'expriment les émotions qui ne sont pas

socialement induites ou qui ne sont pas attendues[183]. Il insiste sur « la dimension politique de tout discours émotif, y compris celui de la résistance ». (Crapanzano, 1994) Ici, les dissonances, résistances et détournements qui apparaissent en creux dans les récits cités invitent à explorer comment les émotions qui échappent aux cadres normatifs peuvent constituer un outil de contestation et de réinvention des rapports de pouvoir autour de la naissance.

III- La force subversive des « émotions de rébellion »

Après avoir montré comment les sages-femmes et les femmes-patientes sont contraintes par des normes émotionnelles qui prescrivent ce qu'il est possible ou non de ressentir et d'exprimer autour de la naissance, il s'agit donc maintenant d'explorer ce qui advient lorsque ces normes sont transgressées.

Prendre le temps d'un dernier souffle

J'ai déjà évoqué, au chapitre 6, une garde marquée par la naissance d'un très grand prématuré déclaré « non viable », suivie immédiatement d'une urgence obstétricale vitale. Ce récit permettait d'analyser le travail émotionnel réalisé en tant que praticienne en maïeutique. Il montrait la navigation constante entre empathie, pour une prise en charge émotionnelle optimale des patients, et neutralité émotionnelle, pour une prise de décisions médicales rapides et efficientes avec pose de gestes techniques en situation d'urgence vitale. En analysant mon carnet de terrain, je me suis aperçue que, dans cette situation, j'avais enfreint des normes émotionnelles prévalant alors dans la pratique en maïeutique. Il s'agit ici de comprendre ce que cette résistance aux normes émotionnelles a produit. Pour cela, je vais revenir ici plus en détail sur cette situation.

Dans un premier temps, alors que le nouveau-né venait de naître, le pédiatre l'avait emmené dans une salle annexe à la salle d'accouchement, la salle de réanimation néonatale. Pour confirmer que cet enfant n'était pas « viable », il l'a examiné cliniquement et l'a pesé, afin

[183] Selon Crapanzano, pour que ces émotions puissent être dicibles au sein de la communauté, leur mise en mots se fait alors le plus souvent à travers une « forme littéraire contraignante ». Il cite en exemples la forme poétique des « decima » permettant aux hommes de villages de l'Alentejo, au Portugal, d'énoncer certaines de leurs émotions considérées par leurs communautés comme réservées aux femmes, ou encore les poèmes chantés par des femmes bédouines d'Egypte victimes de commérages et leur ouvrant un espace où exprimer leurs sentiments d'isolement et de vulnérabilité. Ces exemples illustrent ainsi la création de zones de résistance au sein desquels il devient possible d'« exprimer des sentiments (…) inadmissibles en d'autres circonstances » car hors du « régime affectif rigoureux » dévolu à celui qui les ressent. (Crapanzano, 1994)

notamment de déterminer avec exactitude son âge gestationnel clinique. Il était d'usage, une fois que la confirmation de « non-viabilité » était donnée[184], que le nouveau-né soit déposé sur un plateau en inox et laissé près du réfrigérateur des placentas jusqu'à son décès[185]. J'ai cependant instinctivement décidé de proposer aux parents de garder leur enfant près d'eux pour ses derniers instants. En me voyant faire, le pédiatre a manifesté sa surprise mais il ne s'en est pas davantage préoccupé, déjà appelé ailleurs. L'enfant a donc pu être remis à ses parents qui ont choisi de le garder contre eux pendant un premier temps, avant de me demander de prendre le relais.

Je relate dans mon carnet qu'une des cadres sages-femmes de la maternité, probablement alertée par un début de prise en charge non conforme, est alors venue m'interpeller. Elle m'a signifié son désaccord, me rappelant les injonctions de neutralité émotionnelle et l'organisation du service qui ne permettait pas ma présence auprès de cet enfant pendant les trente ou quarante-cinq minutes qui allaient précéder son décès.

Entendant cela, l'ensemble de mes collègues de garde (deuxième sage-femme de garde, auxiliaire de puériculture, aide-soignante, interne de gynécologie-obstétrique) lui ont tous aussitôt manifesté qu'ils soutenaient ma démarche et s'étaient spontanément réparti les suivis des autres parturientes et nouveau-nés pour que je puisse accompagner cet enfant. Ma supérieure hiérarchique s'est alors retirée. Ce soutien de mes collègues est ensuite allé bien au-delà. Lorsque j'ai dû impérativement interrompre cet accompagnement pour me rendre malgré tout auprès d'une patiente, des collègues se sont spontanément proposés pour me relayer jusqu'à mon retour. Nous sommes donc plusieurs à nous être relayés auprès de l'enfant, le prenant dans nos bras et l'accompagnant chacun à notre manière jusqu'à son décès, dans une chaîne de présence humaine ininterrompue. Dans mon carnet, j'ai noté aussi que les membres de l'équipe, dès qu'ils le pouvaient, passaient manifester leur soutien en offrant leur présence silencieuse et soutenante à celui de nous qui avait alors ce nouveau-né dans les bras.

[184] A cette époque, les critères de non-viabilité étaient notamment un poids inférieur à 500 grammes et un âge gestationnel inférieur à 25 semaines d'aménorrhées.

[185] A l'époque où s'est déroulée cette situation, c'est-à-dire aux débuts des années 2000, les pratiques hospitalières ne prônaient pas l'humanisation de la fin de vie des tout-petits. Les enfants nés vivants mais considérés « non-viables » étaient la plupart du temps déposés sur un plateau en inox dans un recoin du service et passaient de vie à trépas sans présence humaine. Avant un certain âge gestationnel, ils n'avaient de plus aucune reconnaissance juridique : ils n'apparaissaient après leur décès ni sur les registres d'état civil ni sur le livret de famille des parents. Ils n'avaient pas droit à des obsèques. Leurs corps étaient, après leur mort, considérés comme des déchets organiques et le plus souvent incinérés à ce titre dans l'incinérateur hospitalier.

Ce soutien immédiat des membres de l'équipe de salles de naissance illustre comment la mise en acte d'une « émotion de rébellion » peut rapidement réveiller les « émotions de rébellion » d'autres individus aux vécus émotionnels similaires, créant collectivement des brèches dans des normes institutionnelles rigides. Ce jour-là, bien que nous n'eussions jusqu'alors jamais échangé sur nos ressentis dans ces situations, nous avons tous fait corps contre des prescriptions de neutralité émotionnelle envers ces tout-petits dits « non viables ». Nous avons refusé de détourner le regard de cet enfant comme on nous l'avait enseigné et comme nous l'avions trop souvent fait. C'est enfant-là ne serait pas déposé dans un plateau en inox et laissé seul à côté du congélateur des placentas jusqu'à ce qu'il ne manifeste plus aucun signe de vie. Malgré les prescriptions institutionnelles de l'époque, nous refusions, cette fois-là, de détourner notre regard de cet enfant et de reproduire encore et encore ces pratiques. En écoutant, ce jour-là, nos émotions, nous nous sommes réhumanisés et, à partir de là, avons pu braver les normes institutionnelles de l'époque afin d'offrir une fin de vie humanisée à un nouveau-né « non-viable » et sans existence juridique.

En fin de compte, prendre le temps d'un dernier souffle, c'est aussi prendre le temps de reconnaître les émotions refoulées pour les transformer en forces critiques. Ces « émotions de rébellion », lorsqu'elles sont entendues, peuvent réécrire les normes du soin.

Le scandale de l'hôpital St Vincent de Paul

Un scandale national éclate en août 2005 lorsqu'une mère s'inquiète du devenir du corps de son enfant, dont elle avait accouché en 2002, après une mort fœtale in utero. Elle interroge alors l'administration hospitalière de l'hôpital parisien Saint-Vincent-de-Paul. La recherche du corps débouche sur une découverte macabre qui est rapidement relayée par les médias nationaux et internationaux. Ce sont 353 corps entiers et 87 corps partiels (dont 20 têtes) de fœtus et de nouveau-nés morts peu après la naissance qui sont retrouvés dans la chambre mortuaire de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, à Paris. Ces corps n'ont pas été restitués aux familles ni incinérés dans les délais réglementaires. Stockés dans du formol, ils sont répertoriés mais catalogués comme de simples « éléments anatomiques ». Certains sont conservés depuis les années 1970. Une vingtaine de corps datent des années 2000. Sont présents également, pour certains depuis plus de 15 ans, des corps d'enfants disposant d'un acte de naissance et d'un acte de décès, malgré l'obligation légale de sépulture. Certains corps sont enregistrés comme ayant quitté la morgue pour des obsèques alors qu'ils sont toujours

présents. Des corps ont subi des autopsies malgré le refus avéré de la famille. Des enquêtes menées par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) mettent en évidence des « dysfonctionnements graves » dans la gestion des chambres mortuaires. L'IGAS évoqua notamment un « esprit de collection » parmi certains médecins, pour qui ces corps représentaient des archives médicales. (IGAS, 2005) Dans le même temps, certains pédiatres et obstétriciens prennent la parole par voie de presse en s'étonnant que cela puisse faire scandale. Ainsi, dans un article publié par le journal *Libération*, deux jours après que l'affaire ait éclaté, le président du syndicat national des gynécologues obstétriciens déclare que cela « ne constitue pas un scoop » et se dit « très surpris par l'ampleur qu'a prise cette histoire » (Favereau, 2005). En réponse, le gouvernement de Dominique de Villepin saisit le Comité National Consultatif d'Éthique pour évaluer les pratiques et proposer des réformes législatives et éthiques. Il lance également une inspection dans tous les établissements hospitaliers disposant de chambres mortuaires en lien avec des maternités. (Nau, 2005)

La force transformatrice d'une association de partage émotionnel pour parents endeuillés

Le choc collectif de la découverte de ces centaines de corps de tout-petits dans un établissement hospitalier met sur le devant de la scène une toute jeune association créée en 2003 par une mère ayant accouché d'un enfant mort-né, l'association « Petite Emilie »[186]. Cette association est un espace ou les parents d'enfants décédés en période périnatale partagent leurs émotions et vécus personnels face au deuil de leur tout-petit. Cette association participe alors aux débats qui suivent le scandale de l'hôpital St Vincent de Paul. Elle met en lumière le deuil périnatal, un sujet longtemps resté dans l'ombre, étouffé par une culture dominante de la maternité idéale, heureuse et radieuse[187]. Elle participe à impulser

[186] Association Petite Émilie : organisation française soutenant les parents confrontés à des interruptions médicales de grossesse et au deuil périnatal. (https://petiteemilie.org).

[187]Avant l'affaire Saint-Vincent-de-Paul, le deuil périnatal était, encore plus qu'aujourd'hui, un non-dit, un deuil « invisible », ignoré par une société qui mettait en avant une maternité valorisée par l'image de la naissance heureuse et sans accroc. De nombreuses femmes, confrontées à la perte d'un enfant en cours de grossesse ou à la naissance, se retrouvaient sans espace pour exprimer leur douleur. Le cadre de la maternité, perçu avant tout comme un espace où l'on donne et célèbre la vie, pouvait être un espace où le deuil périnatal était occulté. Or, l'absence de reconnaissance publique du deuil périnatal génère un sentiment de solitude et de culpabilité chez ces parents, surtout chez les mères. En psychologie et en sociologie, plusieurs chercheurs ont souligné la minimisation du deuil des parents ayant perdu un enfant en début de grossesse ou à la naissance. Les émotions des parents endeuillés peuvent être inentendables et ainsi silenciées dans un environnement qui valorise la naissance heureuse et l'accomplissement de la maternité. Ce manque de reconnaissance engendre une souffrance majorée chez les parents, notamment les mères, qui se sentent exclues du processus de deuil "légitime". En mettant en lumière la douleur des parents confrontés à la perte d'un enfant autour de la naissance, l'association a contribué à faire évoluer la manière dont le deuil périnatal est perçu et traité par la société et les institutions médicales. L'association a

des réformes nécessaires dans la gestion des corps des tout-petits mort-nés ou décédés en salles de naissances. La circulaire du 19 juin 2009, issue de cette mobilisation, marque un tournant d'une part dans une prise en charge respectueuse du corps des enfants nés sans vie et d'autre part dans une prise en charge empathique de la fin de vie des enfants nés très prématurément et décédant rapidement après la naissance. Cette circulaire de 2009, au-delà d'avoir donné un état civil à ces enfants (là où ils avaient auparavant le statut de déchet anatomique) a ainsi ouvert la porte à un traitement humanisé des morts périnatales et la possibilité de les accompagner dans un rituel digne, comme une crémation ou une cérémonie funéraire. (Beauquier-Maccotta et al., 2020, p. 10-25, 287-288)

Le rôle-clé de cette association de parents endeuillés illustre le potentiel subversif et transformateur des vécus émotionnels de parents sur les pratiques institutionnelles. Ici, il leur a permis de transformer une souffrance intime en un levier de changement. En s'organisant, les parents endeuillés ont non seulement résisté aux normes émotionnelles dominantes au sein des maternités, mais ils ont aussi permis d'introduire une nouvelle légitimité à des émotions auparavant silenciées au sein de la société. Leurs émotions autour de la maternité, non conformes au cadre normatif émotionnel autour de la naissance, sont devenues un levier de transformation. Elles leur ont permis, d'une part, de participer à déconstruire la norme sociale d'une maternité uniquement heureuse, en légitimant le vécu émotionnel des parents endeuillés de leur enfant décédé en période périnatale[188]. Elles ont participé, d'autre part, à impulser des transformations législatives et institutionnelles, et à transformer les pratiques autour de l'accompagnement de la mort périnatale au sein des maternités. Elles illustrent ce

plaidé pour une reconnaissance du deuil périnatal dans le droit et dans les pratiques médicales, notamment en revendiquant des rites respectueux pour les enfants morts-nés et un soutien dans le processus de deuil des familles. (Beauquier-Maccotta et al., 2020; Merg-Essadi, 2010; Zeghiche et al., 2020)

[188] Sapio décrit d'autres espaces créés par des jeunes mères pour mettre en mots leurs émotions autour de la naissance qui ne s'inscrivent pas dans le cadre normatif émotionnel pour les jeunes mères. Elle présente ainsi des zones de résistance créées par les femmes vivant un baby blues (période usuelle de déprime passagère après la naissance). Ces mères expérimentent effectivement des émotions en décalage avec le discours émotionnel attendu sur la maternité et peuvent se taire de peur de la stigmatisation, une « bonne mère » étant tenue d'exprimer joie, épanouissement et profond sentiment d'auto-réalisation à la naissance de son enfant. Sapio analyse une plateforme web italienne où des mères témoignent de la discrimination qu'elles ont pu vivre en exprimant des émotions connotées négativement. Sapio objective tout d'abord comment ces émotions sont stigmatisées car déviantes aux normes émotionnelles autour de la naissance. Elle démontre « la difficulté communicative, voire l'incommunicabilité, du malaise de la part de la mère » et montre que cette incommunicabilité « n'est pas seulement psychique mais touche aussi à la sphère sociale, dans laquelle prime un idéal de maternité. » Elle met alors en exergue que la plateforme web dont se sont emparées ces femmes pour énoncer l'indicible (leur baby blues) est une zone de résistance :

> « à travers les instances énonciatives et les interactions rendues possibles par la plateforme, les femmes (…) fabriquent collectivement un modèle de maternité s'opposant au modèle dominant existant.(…) De manière presque paradoxale, le baby blues – resignifié et normalisé – devient une forme de résistance, une tentative de riposte à l'idéal naturalisé de maternité » (Sapio, 2018, p. 130,139)

que j'appelle des « émotions de rébellion » en maïeutique, des émotions non conformes aux émotions attendues, révélant des injustices structurelles et engendrant une subversion des normes et une transformation des pratiques en maïeutique pour réhumaniser la naissance.

Depuis la position liminaire de praticienne-chercheure et de mère endeuillée

Lorsque j'ai accouché de mon enfant mort-né, en 2022, les avancées apportées par les associations de parents endeuillés étaient déjà bien en place. Mon enfant a été inscrit sur mon livret de famille, il a bénéficié d'une sépulture, et une cérémonie religieuse a pu être organisée. Quelques mois après la naissance, j'ai pu participer avec mon mari à des groupes de paroles de parents endeuillés au sein même de l'hôpital où j'avais accouché. J'ai ainsi expérimenté comment des revendications portées par des « émotions de rébellion » de femmes-patientes avaient abouti à des changements structurels et une réhumanisation de la naissance bénéficiant directement aux familles.

Pourtant, malgré ces avancées, le système hospitalier demeure largement organisé selon une logique tayloriste qui fragmente les soins et peut empêcher une véritable sécurisation psychique des femmes accouchant d'un enfant décédé. Comme montré dans les chapitres précédents, la division excessive des tâches nuit à la continuité des soins. Le vécu hospitalier confirme empiriquement combien la continuité relationnelle est essentielle pour garantir un soutien émotionnel approprié dans des situations de deuil périnatal. Ainsi, lors de mon hospitalisation, la succession rapide d'une vingtaine de soignants en moins de 48 heures illustre le morcellement des soins et l'impossibilité de créer des repères relationnels. Néanmoins, certains gestes relationnels brefs – un sourire, un regard, une présence silencieuse – montrent comment des micro-résistances réintroduisent de l'humanité dans des contextes déshumanisés. Un exemple marquant fut celui d'une étudiante sage-femme qui, malgré l'interdiction hiérarchique — interdiction liée à une surcharge de travail et à la priorisation des tâches dans le service — a permis de diminuer le temps d'attente pour une rencontre avec le corps de mon enfant. Cet acte mineur, mais subversif, illustre parfaitement la notion de « résistance à bas bruit » (chapitre 3). Il révèle comment des acteurs subalternes peuvent, en s'appuyant sur leurs émotions, créer des brèches dans l'ordre institutionnel. De même, l'obstétricien, qui a prolongé la consultation lors de l'annonce de la mort fœtale, a résisté aux contraintes organisationnelles pour introduire du temps et du choix dans le

processus médical. Cet exemple montre que l'ajustement individuel peut devenir une ressource critique contre la logique tayloriste.

L'exemple de l'étudiante sage-femme, de l'obstétricien, ou encore de ces gestes brefs des soignants illustrent les résistances discrètes mais significatives qui se jouent dans le quotidien hospitalier. Ces « résistances à bas bruit » ne sont pas nécessairement visibles aux yeux de l'institution. Elles prennent la forme de petits gestes, de décisions individuelles qui vont à l'encontre d'une organisation tayloriste des services, pour réintroduire de l'humanité dans les soins. Elles démontrent aussi le rôle moteur des « émotions de rébellion » dans la préservation de soins humanisés, même si celle-ci est limitée et précaire.

« Sages-femmes » (Fehner, 2023)

La manière dont le modèle tayloriste de la naissance participe à la déshumanisation des soins a aussi trouvé une traduction cinématographique, dans une fiction proche du documentaire intitulée « Sages-femmes » (Fehner, 2023). On y voit notamment une sage-femme démissionner après une garde où, débordée, elle a délaissé durant de longues heures un couple venant d'accoucher d'un enfant mort-né. Ce film donne à voir la souffrance d'une sage-femme n'ayant pu offrir un accompagnement humanisé à cette famille. Elle est confrontée au fait que la souffrance vécue par ces parents endeuillés a été exacerbée par le fait d'avoir dû attendre de longues heures pour qu'elle leur apporte enfin le corps de leur enfant. A l'issue de cette garde, cette sage-femme annonce à ses collègues qu'elle démissionne, disant ne plus supporter de devenir un instrument de déshumanisation. Elle pose ainsi un geste de résistance née de ses « émotions de rébellion ».

Le récit qui suit, extrait de mes carnets auto-ethnographiques, illustre également la difficulté d'offrir un accompagnement humanisé des parents endeuillés dans une organisation tayloriste des soins et, comment, sans s'inscrire ici dans une rupture, des gestes discrets tentent de réhumaniser le soin.

Morcellement des soins

Déjà sept heures du matin ! Vite ! Je me douche. J'avale mon petit déjeuner. Je descends quatre à quatre les trois étages de l'immeuble. Je parcours à grandes enjambées le kilomètre qui me sépare de l'hôpital. J'ai chaud. Je suis un peu essoufflée. Je suis presque en avance finalement.

Les grandes portes vitrées s'ouvrent automatiquement à mon approche. Dans le hall, j'ouvre mon manteau. Je pousse les portes battantes barrées d'un sens interdit. Décidément, cet hiver, la maternité est encore surchauffée. J'enlève manteau, écharpe et gants tout en me dirigeant vers la salle de garde des salles de naissances. Aux dossiers étalés sur la table, je comprends que les sages-femmes de garde ont encore bien couru cette nuit. Elles doivent être auprès de parturientes car je ne vois personne en salle de garde. Je vais me changer dans le vestiaire. Tunique et pantalon roses, sabots blancs, queue de cheval, me voilà parée. En sortant du vestiaire, je croise une collègue toute de bleue vêtue qui sort du bloc opératoire.

- *Marie-Laure, c'est bien toi au troisième ? Tu n'es pas en salles de naissances, aujourd'hui, non ?*

Le troisième étage est un des étages de la maternité où les mamans sont hospitalisées avec leur bébé après la naissance.

- *Oui, je suis de garde en suites de couches aujourd'hui.*
- *Tu peux aller tout de suite chercher la césarienne au bloc opératoire et la monter dans le service ?!*
- *C'est une césarienne pour quoi ? Son dossier est avec elle ?*
- *Le dossier n'est pas prêt, il faut encore que je fasse la déclaration de naissance. Enfant mort-né… Hémorragie de Benckiser à domicile.*
- *M… !*
- *Tiens, regarde derrière-toi, on t'attend ! Je vais faire les papiers.*

Je me retourne et bute dans le lit de la patiente poussé par une aide-soignante du 3ème étage. Je regarde la patiente. Je lance un regard interrogateur à l'aide-soignante et m'exclame :

- *Mais, elle dort encore ! C'est une anesthésie générale ?*
- *Oui. J'étais étonnée qu'elle n'aille pas en salle de réveil. L'anesthésiste a dit de la monter dans une chambre directement.*
- *Ah… Elle est au courant pour le bébé ?*
- *J'en sais rien. On m'a rien dit.*
- *Et le papa ?*

- *Je sais pas. Pauvre femme… Allez, pousse le lit avec moi. On monte tout de suite dans le service. L'auxiliaire de puériculture est toute seule là-haut et les accouchées sonnent toutes en même temps pour la toilette de leur bébé.*

Nous prenons l'ascenseur, arrivons au 3ème étage. Nous entrons avec le lit dans la chambre. Un homme est debout près de la fenêtre.

- *… Bonjour, monsieur.*

- *Bonjour. Comment va ma femme ?*

- *Elle dort. L'anesthésie ne s'est pas encore levée. Je vais chercher un pied à perfusion. Je reviens tout de suite.*

J'entre dans la salle de soins, prend un pied à perfusion. Le pied à perfusion à la main, je décroche le téléphone et compose le numéro des salles de naissances.

- *Allo. C'est Marie-Laure, au 3ème. Je voudrais des renseignements sur la césar de cette nuit.*

- *Ecoute, je sais juste que c'est une césarienne en urgence pour hémorragie de Benckiser survenue à domicile. Enfant mort-né. Le dossier a été emmené pour le staff, je ne l'ai pas vu.*

- *Qu'est-ce qui a été dit aux parents ?*

- *Je sais pas. La sage-femme de nuit est partie. Je l'ai à peine croisée, j'ai déjà fait un accouchement et je ne suis là que depuis quinze minutes. On n'a pas vraiment eu le temps de discuter au changement d'équipes.*

- *Où est le corps du bébé de la césar ?*

- *Il est ici.*

- *O.K. Je verrai avec les parents s'ils souhaitent le voir. Retarde l'envoi du corps à la morgue, s'il te plaît. Et si tu vois le dossier revenir chez toi ou si tu croises quelqu'un qui en sait plus…*

Mon pied à perfusion à la main, je me dirige vers la chambre de la jeune césarisée. Je croise l'auxiliaire de puériculture[189]*.*

[189] Dans ce service, de manière à regrouper les soins par duo mère-enfant, l'aide-soignante et l'auxiliaire de puériculture se partageaient les chambres. Chacune, en entrant dans une chambre, réalisait à la fois les soins à la mère (toilette vulvaire, réfection du lit…) et les soins au nouveau-né (bains, changes, mises au sein…).

- *Marie-Laure, la 304 a sa perf finie, elle t'attend. La 307 voudrait un calmant pour ses tranchées. J'ai dit à la 310 que tu passerais rapidement : elle pleure… Baby blues ! J'aimerais que tu jettes un œil à l'épisiotomie de la 318, elle ne me plaît pas.*

- *C'est enregistré ! Si tu passes au 307, tu peux lui donner deux comprimés de paracétamol ?*

Je rentre dans la chambre. Le mari est assis aux côtés de son épouse, il lui tient la main. Il a le regard perdu, les traits tirés, les yeux rouges. Il se tourne vers moi.

- *Elle se réveille !*

- *Vous avez pu lui parler ?*

Le mari ouvre de grands yeux angoissés et secoue la tête de gauche à droite. J'ai l'impression d'être une immonde brute.
Je m'assieds à côté d'elle. Je ne sais pas ce qu'elle sait. Je ne sais rien. Mais je ne peux pas laisser cet homme tout seul avec sa femme. Ils ne me connaissent pas. Je ne les connais pas. Nous sommes à trois dans cette chambre. La femme me regarde.

- *Mon bébé ? Comment va-t-il ? Je peux le voir ?*

Je ne sais plus comment j'ai réussi à lui annoncer que, maman pour la première fois, elle l'était d'un enfant mort-né. Je me souviens qu'elle m'a répété plusieurs fois « J'ai entendu son cœur battre au monitoring en arrivant ! ». Les parents ont alors émis le souhait de voir le corps de leur enfant.

Je suis descendue en salles de naissances. J'ai lavé et habillé le corps de la petite fille. Je l'ai couché et ai tendu un drap blanc au-dessus du berceau en plexiglas pour plus de discrétion. Avec un peu de chance, ceux que je croiserai penseront que le drap protège l'enfant des courants d'air. J'ai poussé le berceau jusqu'à l'ascenseur, suis rentrée dans l'ascenseur et ai appuyé sur le bouton du 3ème étage. Au deuxième étage, l'ascenseur s'ouvre devant une infirmière accompagnée d'un couple qui regarde avec attendrissement le berceau. Je fais signe à l'infirmière. Elle comprend. Ils attendent le prochain ascenseur et je continue seule mon ascension. Je descends de l'ascenseur, j'avance rapidement dans les couloirs. Les personnes que je croise regardent à nouveau avec attendrissement le berceau. Je passe vite. Je dépose le berceau dans la nursery qui est vide à cette heure-ci.

Je frappe à la porte de la chambre de la mère. J'entre. La famille est arrivée. Les grands-parents de l'enfant sont là. Je demande aux parents s'ils sont toujours prêts à voir le corps de leur enfant. Ils l'attendent et souhaitent que leur famille soit à leur côté.

Je vais chercher le petit berceau et son précieux chargement. Je présente aux parents le corps de leur bébé. La maman prend le corps de sa fille dans les bras. Les grands-mères sanglotent. La famille me demande s'ils peuvent garder le corps du bébé un moment dans la chambre. Ils entourent tous la mère et le père. Je leur demande s'ils préfèrent que je les laisse dans l'intimité familiale en sachant qu'ils peuvent m'appeler à tout moment. Oui, ils préfèrent. Un moment après, ils m'appellent. Une grand-mère me demande si elle et l'autre grand-mère peuvent mettre à l'enfant les vêtements qu'ils avaient prévu à la place des vêtements de l'hôpital. Bien sûr. Je reste un moment à leurs côtés pour voir s'ils ont besoin de moi. Je m'éclipse à nouveau. En fermant la porte, j'emmène avec moi l'image des deux grands-mères penchées au-dessus du corps de leur petite fille et l'habillant.

Je repasse quelques instants après pour vérifier la perfusion de la mère. Celle-ci a son bébé dans les bras. Elle me fait un grand sourire et me dit « Regardez comme ma fille est belle. On dirait qu'elle dort. ». Elle semble être dans un rêve éveillé avec son bébé. Les grands-mères sanglotent en l'entendant. Son mari se tourne vers la fenêtre et je vois ses épaules trembler. Je souris à la mère en lui prenant la main et, avec elle, j'admire silencieusement les traits délicats du visage de son enfant. Tout doucement, je réponds « Votre fille était très belle. Elle est partie si tôt. » La mère regarde son enfant avec un sourire béat « on dirait qu'elle va se réveiller ». Je me sens mal à l'aise. Je me sens démunie. Sa réaction m'inquiète mais peut-être est-ce normal dans un premier temps ? Je ne sais pas. Dans le doute, je me tais. Je me sens en territoire si fragile. La mère me demande s'ils peuvent encore garder l'enfant un long moment. Bien sûr. Je sors.

Un moment après, je rentre à nouveau pour faire des soins à la mère. Elle a le corps du bébé dans les bras et sa famille la prend en photo.

Longtemps après, ils m'appelleront pour que j'emmène le corps.

L'après-midi, deux cadres hospitaliers surgissent dans le service avec un contenant à la main. Ils se dirigent directement vers la chambre de la mère endeuillée. Avant qu'ils ne referment la porte, je vois un placenta être brandi devant les parents et ces mots résonner : « voici le coupable ». La porte se referme tandis que j'aperçois l'index d'un des cadres hospitaliers, pointé vers le vaisseau sanguin rompu qui a provoqué l'hémorragie et le décès de l'enfant.

Le soir et les jours suivants, ce seront encore d'autres soignants, d'autres sages-femmes, inconnus tout comme moi de cette famille, qui entreront dans cette chambre, certains sur la pointe des pieds, d'autres de manière tonitruante.

(Extrait de carnet auto-ethnographique)

Ressentir : une modalité de résistance située

Ce récit donne à voir une organisation du travail de type tayloriste : segmentation des tâches, dissociation des gestes techniques et du lien, assignation à la neutralité émotionnelle. Il illustre l'opposition décrite par Lhuilier entre « la partie instrumentalisée et calibrée du corps » et la « personnalité vivante » reléguée à l'arrière-plan (Lhuilier, 2023, p. 2)[190] (chapitre 6, II). Dans ce cadre, le fait de ressentir — c'est-à-dire de rester à l'écoute de cette « personnalité vivante » — fonctionne comme une « émotion de rébellion » : un affect critique qui signale l'injustice de la dissociation imposée et en révèle les effets pour les familles. Ces affects critiques déclenchent des « résistances à bas bruit » : retarder l'envoi du corps à la morgue pour permettre une présentation du corps à la famille, prendre le temps de laver et habiller le corps, offrir une présence relationnelle à la famille non prévue dans l'organisation des soins. Ces gestes discrets ne rompent pas l'ordre institué, mais en infléchissent localement la logique, réintroduisant un semblant de fragile continuité pour tenter d'offrir un « contenant », aussi précaire soit-il, au vécu de deuil. Ils montrent comment, au sein d'un dispositif tayloriste, l'attention sensible peut devenir une ressource pratique, fragile, de reconfiguration des soins.

Des « émotions de rébellion » aux résistances collectives

L'ensemble des récits de cette troisième partie de chapitre illustrent ce que sont les « émotions de rébellion » telles que leur définition a émergé des données de cette recherche (chapitre 3) : des affects critiques qui échappent au « régime affectif rigoureux » (Crapanzano, 1994), dévoilent des injustices structurelles (Jaggar, 1989) et impulsent des contournements ou subversions des normes dominantes (Foucault, 1976; Scott, 2019). Dans

[190] « La vie affective au travail a longtemps été laissée dans l'ombre, sans doute du fait de la prévalence dans la culture occidentale, d'une vision cartésienne fondée sur l'opposition entre émotion et raison, entre « corps » et « âme ». (…) Le modèle taylorien de l'homme au travail est ainsi caractérisé par cette opposition entre la partie instrumentalisée et calibrée du corps et le reste de la personnalité vivante. » (Lhuilier, 2023, p. 2)

les exemples donnés ici, elles révèlent l'injustice de pratiques déshumanisantes. Elles deviennent des leviers de « résistances à bas bruit » au sein de la pratique hospitalière et, lorsque partagées, peuvent devenir des leviers de transformation collective des normes émotionnelles et de soin autour de la naissance.

Le concept de performativité chez Butler (Butler, 2008) éclaire la capacité des « émotions de rébellion » et des « résistances à bas bruit » pour générer des transformations structurelles : les normes émotionnelles ou de soins ne tiennent que parce qu'elles sont sans cesse « re-citées » (rejouées) dans les pratiques quotidiennes, et chaque variation dans leur réitération contient déjà une possibilité de subversion. Ainsi, des « résistances à bas bruit », ancrées dans des « émotions de rébellion », participent à reconfigurer progressivement les cadres normatifs émotionnels et de soin autour de la naissance. C'est ce que dit finalement Scott, dans « l'art de la résistance des subalternes » : la résistance des subalternes se déploie dans des résistances invisibles aux yeux des dominants, permettant de préserver la dignité de l'individu ayant peu de pouvoir décisionnel, et peuvent préparer des renversements plus visibles des rapports de pouvoir (Scott, 2019) :

> « le texte caché, avant de surgir, est assez retenu pour se déployer, se nourrir et finalement exploser en révolte publique, mais dans un cheminement souterrain et secret » (Bantigny, 2019, p. 15)[191].

Cependant, ces différents exemples mettent également en lumière la fragilité des « résistances à bas bruit » lorsqu'elles demeurent isolées face à la logique tayloriste de l'hôpital. Sans relais collectif, elles risquent de s'éteindre ou de participer à l'épuisement émotionnel[192] des sages-femmes ou femmes-patientes qui résistent à bas bruit. À l'inverse, l'articulation des « émotions de rébellion » des sages-femmes et des femmes-patientes peut constituer un ressort puissant pour nourrir et consolider des mobilisations collectives, accélérant ainsi l'émergence de changements systémiques. C'est ce qu'a montré l'exemple des transformations permises par les « émotions de rébellion » lors du scandale de la morgue de la maternité de Saint Vincent de Paul à Paris, lorsque les résistances aux pratiques en cours

[191] Ludivine Bantigny a écrit la préface du livre de Scott sur les arts de la résistance. Cette citation en est tirée.

[192] L'épuisement émotionnel est considéré comme la première manifestation d'un épuisement ou « burn out ». Ce phénomène désigne l'épuisement des ressources émotionnelles d'un individu, associé à des sentiments de tension, de fatigue chronique et à un manque de moyens pour faire face au stress. Les personnes éprouvant un épuisement émotionnel se sentent incapables de fournir davantage d'efforts dans leur travail ou dans un aspect de leur vie (exemple du burn out maternel), en raison de la surcharge émotionnelle vécue. (Lheureux et al., 2017, p. 163)

ont été appuyées par des volontés institutionnelles. Mais les exemples liés aux difficultés persistantes dans l'accompagnement du deuil périnatal, du fait de normes de gestion du soin inadaptées, montrent que cette volonté institutionnelle et politique ne va pas toujours de soi. Ainsi, dépassant la seule question du deuil périnatal, Jean-Philippe Cobbaut et Dominique Jacquemin soulignent le défi d'un engagement institutionnel sur les questions de la qualité de l'accompagnement des fins de vie :

> « Parler ici du rôle des institutions renverrait à un autre enjeu éthique premier, celui de présupposer une volonté réelle de ces dernières à s'engager dans le soutien de la personne en situation de fin de vie, saisissant toutes les opportunités sociales, législatives et budgétaires qui lui sont offertes. Et c'est là un autre défi éthique que de considérer leur volonté d'engagement actif alors qu'on a généralement à se réjouir plutôt qu'elles ne fassent pas obstacle avant de présupposer de leur part une dynamique de soutien. » (Jacquemin & Cobbaut, 2020)

IV. Les « émotions de rébellion » face aux récupérations institutionnelles des résistances

Les « résistances à bas bruit » nourries par des « émotions de rébellion » constituent ainsi une ressource critique essentielle. Mais elles demeurent fragiles sans un soutien institutionnel avéré pour l'amélioration de la qualité des soins. De plus, comme le souligne Scott, dès lors qu'elles deviennent visibles, elles s'exposent à la répression (Scott, 2019).

Au-delà de cette fragilité et de cette répression possible, plusieurs auteurs ont montré qu'elles courent aussi le risque d'être redéfinies par les institutions elles-mêmes. Foucault a souligné que le pouvoir ne se contente pas de réprimer : il normalise les pratiques contestataires pour les rendre compatibles avec son ordre (Foucault, 1976, 2014). Dans la même perspective, Boltanski a analysé comment les critiques sociales ou artistiques du capitalisme ont été intégrées dans le management contemporain, neutralisant leur potentiel subversif (Boltanski, 2011). Fraser a de son côté montré comment certaines revendications féministes ont été cooptées par le néolibéralisme, détournées de leur visée émancipatrice pour servir des logiques de marché (Fraser, 2013). Ces apports invitent à envisager que les résistances des sages-femmes et des femmes-patientes autour de la naissance puissent, elles aussi, être récupérées par l'institution au détriment de leur force transformatrice initiale. Les extraits d'entretien qui suivent montrent comment ces formes de récupération institutionnelle

génèrent, d'une part, chez certaines actrices, de nouvelles « émotions de rébellion » en réaction à ces récupérations, les amenant à se positionner davantage en rupture avec le modèle dominant. Mais, en creux, ils dévoilent aussi comment ces récupérations peuvent, chez d'autres actrices, transformer la contestation en conformité, en installant une forme de consentement pragmatique, de compromis institutionnalisé.

France – Maisons de naissance versus Accouchements Accompagnés à Domicile

Une sage-femme relate son vécu dans le collectif des maisons de naissance (MDN) en France, en tant que sage-femme pratiquant également des accouchements accompagnés à domicile (AAD). Elle décrit l'apparition d'un climat coercitif envers l'AAD (soupçon, disqualification, pression du conseil d'administration) conduisant à exiger, sur un site, un engagement écrit d'abandon de la pratique de l'AAD pour les sages-femmes des MDN. Cette sage-femme témoigne avoir ressenti des « émotions de rébellion » : indignation et colère froide ont dévoilé l'injustice de cette demande et déclenché une résistance. Ces « émotions de rébellion », partagées par d'autres membres du collectif, ont abouti à des ruptures vis-à-vis du collectif des MDN et la structuration d'un autre collectif, spécifique à l'AAD et comprenant un pool juridique visant à défendre la diversité des lieux de naissance. Ces « émotions de rébellion » sont ainsi nées face à la récupération institutionnelle de la dynamique de création des MDN, que ces sages-femmes et femmes-patientes ont vécu comme utilisée pour marginaliser l'AAD. Leurs « émotions de rébellion » ont finalement participé à une résistance collective pour structurer les réseaux de l'AAD, aboutissant à une meilleure acceptation de cette pratique au sein de certains conseils départementaux de l'Ordre de Sages-Femmes.

> « SF : Donc moi j'ai fait partie du collectif des maisons de naissance en France. (…). Finalement, ce qui s'est mis en place en France autour des maisons de naissance était pas complètement satisfaisant pour moi et notamment parce que nous à (nom de la ville), mais ça a été le cas dans d'autres maisons de naissance, on nous a demandé de prendre un engagement et ça allait loin à (nom de la ville). C'était un engagement écrit comme quoi, pour travailler en maison de naissance, on ne ferait plus d'accouchement à domicile parce que c'était dangereux. C'est le seul endroit où on nous a demandé un engagement écrit. Ailleurs, ça, il y a eu des engagements tacites... pas dans toutes, hein, mais dans quand même plusieurs... Et là moi c'était pas possible si tu veux avec ma vision militante... et j'ai envie de dire, ils m'ont fait même basculer parce qu'à l'époque je faisais de temps en temps un accouchement à domicile et là ça m'a fait vriller.

Je me suis dit, en fait je vais pas juste en faire de temps en temps. Non seulement je vais quitter cet endroit qui respecte pas la variété des choix, puis en plus je vais me mettre à en faire beaucoup. Je vais dire oui à tous ceux qui en ont besoin parce que c'est pas… c'est pas OK.

ML : Qui a demandé cet engagement écrit ? C'est venu de qui ?

SF : Alors c'est là où l'on voit comment une dynamique coercitive est très efficace. Officiellement, personne ne l'a demandé, c'est à dire qu'officiellement ni la maternité ni l'ARS n'ont demandé ça. Par contre, ce qui s'est passé, c'est qu'il y a eu un climat de plus en plus suspicieux, coercitif, dénonciateur. Dès qu'il y avait un accouchement à domicile, ça donnait des tas d'histoires. Et puis toujours avec “mais vous vous rendez pas compte si vous faites ça en maison de naissance, c'est toute la maison de naissance qui perd sa réputation. Vous passez pour des gens pas sérieux.” Enfin, tu vois bien comment peut se mettre en place ce climat, ce qui fait qu'à un moment, le Conseil d'Administration a eu très peur et a dit, ben nous... et y compris un conseil d'administration fait de parents hein...

ML : Le conseil d’administration de la maison de naissance, c’est ça ? Pas de l’hôpital ?

SF : De la maison de naissance. Donc, voilà, qui est fait de parents et de sages femmes... Le conseil d’administration a pris peur et a dit, bon ben voilà nous maintenant on veut plus qu'il y ait ça parce que ça nous fait avoir une mauvaise réputation, ça nous fait mal voir.... On nous met des pressions... Et donc ils se sont tout seuls mis la contrainte. Donc, il y a eu des discussions et à ce moment-là, il y a eu une scission, hein, une partie de l'équipe de sages-femmes et de l'équipe de parents a démissionné, dont la présidente, qui était un parent, parce que c'était vraiment trop loin de... de la vision et des engagements de départ. Donc voilà, et suite à ça, moi quand j'ai quitté la maison de naissance, assez rapidement donc du coup, ben mon activité de sage-femme à domicile a pris de l'ampleur. A l'époque, c'était encore le moment... Ça, c'était...alors ça doit être 2018... Faudrait retrouver le procès de (nom d’une sage-femme)… 2016 ! Donc 2016-2017 là, c'était compliqué, il y avait eu beaucoup de procès de sages-femmes AAD[193]. Dont certaines radiées à vie alors qu'il y avait pas eu de problème hein quand tu reprends certains dossiers comme ceux de (nom d’une autre sage-femme), tu te dis “ mais enfin ! “ alors on le verrait plus maintenant. Mais faut se dire qu'il y a encore moins de 10 ans, on pouvait t'enlever ton diplôme juste parce que tu avais fait ça. Donc c'était assez paradoxal. Et le procès de (nom de la première sage-femme) a quand même été un peu historique parce que c'est la première fois qu'une sage-femme a osé médiatiser largement. En plus, elle a gagné. Il faut savoir que le Conseil de l'Ordre local [des sages-femmes] a été dissous, hein, suite à ça, par rapport à ce qui s'était passé. Et là on s'est dit, bon, non seulement on va

[193] AAD : Accouchement Accompagné à Domicile

plus se laisser radier bêtement, enfin voilà, sans rien dire, on voit que quand publiquement, on ose dénoncer ce qui se passe, ça peut porter ses fruits. En tout cas, l'ordre ne peut plus faire ce qu'il veut parce que ben quand il est regardé, il doit aussi un peu rendre compte. Donc, on va s'organiser. Puis à la même époque, on était de plus en plus en contact avec le Québec, donc tu sais, on voyait aussi l'intérêt de se former et de s'organiser. Donc, on a décidé de... On était plusieurs sages-femmes à se dire bon bah là on va faire une assoc de sages-femmes AAD. Puis moi j'avais l'expérience du collectif des maisons de naissance donc je voyais bien le travail du collectif, ce qu'il y avait à faire. Tu vois, j'avais une vision assez claire parce que j'avais vu ce qui nous avait permis de légiférer sur les maisons de naissance. (…) Et là, en ce moment, mon engagement associatif, il est principalement dans le déploiement de formations puis dans des actions politiques d'organisation de l'accouchement à domicile en France. Des groupes de travail. Enfin, voilà ce genre de choses. (…) on a un pool juridique alors qui s'est structuré au fur et à mesure (…) on a fait vraiment un chemin énorme. On ne radie plus des sages-femmes pour de l'AAD, et en tout cas même sur des cas graves. Si on les suspend, c'est pas long quoi, c'est pas… on les empêche pas de travailler à vie, voilà quoi (…) On a de plus en plus de conseils de l'ordre ouvert. On peut y avoir des sages-femmes qui font de l'accouchement à domicile ou qui en ont fait. Ou en tout cas qui voient que, bah voilà, les femmes, les demandes évoluent et qu'il faut avancer là-dessus. D'ailleurs, à l'AAD, de temps en temps, on est sollicité par des conseils de l'ordre. Ils nous disent : Bah voilà, dans notre département, il y a une sage-femme AAD, on aimerait des infos venant de vous pour voir un petit peu ce qu'on peut faire. Donc on voit que ça avance et que, au niveau départemental, il y a plus d'ouverture dans les conseils de l'ordre qu'au niveau national. Pour autant, on a encore des conseils de l'ordre hyper coercitifs, avec des discours vraiment très fermés. D'ailleurs, plus dans des endroits où il y a pas d'accouchement à domicile en place. (rires) Donc, c'est assez étonnant, on se dit : finalement, il y en a pas, donc il y a forcément pas de problème avec ça. Pourquoi être virulent sur la question ? (rires) » (France SF2)

Québec – Maisons de naissance versus Accouchements Accompagnés à Domicile

Au Québec, une sage-femme témoigne de l'interdiction temporaire des accouchements à domicile pendant la pandémie, au nom de la protection des maisons de naissance. L'émotion de rébellion se manifeste ici sous forme de lucidité critique sur la réversibilité des acquis et sur l'instrumentalisation d'un dispositif (la maison de naissance) au détriment d'un autre (l'AAD).

« Au moment de la pandémie, ben je veux dire, au début en tout cas, il y a une décision prise par le gouvernement. Puis bon, les sages-femmes ont accepté ça là que l'accouchement à domicile soit plus possible parce que là ils disaient qu'il fallait garder les maisons de naissance comme un environnement sain, puis que là, si les sages-femmes allaient à des accouchements à la maison, ils risquaient de ramener le virus à la maison de naissances, puis que là ça allait contaminer tout le monde. Tu sais, fait que ça c'est venu impacter là. Ça a été abandonné par après. Mais c'est que moi je me disais, je regardais ça, puis je me disais ça prend pas grand chose hein ? Pour que l'accouchement à la maison qu'on s'attaque tout de suite, tu sais. Bien l'impact, ça l'a eu sur les demandes d'accouchement à domicile, ça a eu que ils pouvaient plus le faire. Fait là que c'est devenu là qu'il fallait aller à la maison de naissance, ou bien accoucher toute seule chez elle. Contrairement à, excusez, contrairement à ce que on a pu voir, je lisais des choses dans d'autres pays où c'est entre autres aux États-Unis bien c'est le domicile qui a pris plus de place. Tu sais fait que, mais tu sais ça, nous, moi je trouvais que ça nous permettait de voir que il y avait encore plein de préjugés là-dessus, puis que dès que quand qu'il y a quelque chose qui se passe, facile de revenir en arrière. On le voit, il y a eu ça. » (Canada-Québec SF)

Angola – Sages-femmes aux savoirs endogènes

Dans des zones sous-dotées en structures de santé, la question de l'accouchement accompagné à domicile se pose différemment. L'enquête réalisée en 2011 en Angola (Deneffe Dobrzynski, 2012) montre que les sages-femmes aux savoirs endogènes sont sollicitées comme relais, d'une part, pour assurer parfois les accouchements physiologiques à domicile dans les zones isolées et, d'autre part, pour lutter contre la résistance des femmes à fréquenter les structures de santé pour les soins pré, per et post-nataux lorsque les structures sont accessibles. Il peut leur être ainsi demandé de réaliser des sensibilisations auprès des femmes de la communauté et d'accompagner les femmes enceintes au poste de santé pour leurs consultations pré et post-natales ou encore les amener elles-mêmes au poste de santé lorsqu'elles sont en début de travail. Au sein du poste de santé, elles peuvent être amenées à assister le soignant biomédical afin que les femmes se sentent plus en confiance avec lui ou pour le décharger de certaines tâches (commencer l'interrogatoire médical, procéder à la pesée des femmes…). Leur crédit social est ainsi capté par l'État et les soignants biomédicaux, qui s'appuient sur leur proximité avec les femmes pour renforcer l'adhésion communautaire aux dispositifs officiels. Cependant cette captation est réalisée le plus souvent sans leur accorder ni réel statut, ni rémunération. De faibles indemnités sont parfois versées par des

ONG, au gré des projets qu'elles déploient ou non et qui prévoient ou non un soutien de ces sages-femmes en reconnaissance de leur rôle de médiatrices communautaires Cette instrumentalisation produit une fatigue, une colère et parfois un désengagement explicite, comme l'illustrent ces extraits de témoignages recueillis en Angola en 2011 auprès des sages-femmes aux savoirs endogènes de différents villages.

> « O governo não dá nada pelo nosso trabalho. A comunidade também não. Nem um obrigado. Só problemas. Agora, quando uma mulher começa a sentir dores, eu fujo. »[194] (Sage-femme aux savoirs endogènes, Angola, 2011) (Deneffe Dobrzynski, 2012)

> « Eu levo as mulheres na consulta e ajudo o enfermeiro nas perguntas. Mas se continuam sem me pagar, eu vou parar com isso. »[195] (Sage-femme aux savoirs endogènes, Angola, 2011) (Deneffe Dobrzynski, 2012)

La fatigue et la colère se traduisent en retraits stratégiques : refuser d'être l'intermédiaire invisible, « fuir » à l'annonce qu'une femme entre en travail d'enfantement, conditionner l'appui à une reconnaissance minimale.

Ce processus de mobilisation instrumentale sans légitimation correspond à ce que certaines théoriciennes issues des Suds épistémologiques décrivent comme un recyclage postcolonial des savoirs locaux et des personnes qui les portent : ceux-ci sont captés pour servir les objectifs des institutions, tout en étant dépossédés de leur ancrage politique, culturel ou spirituel. La chercheure māori Linda Tuhiwai Smith a montré comment cette dynamique d'inclusion sans renversement permet aux structures dominantes de se réapproprier des savoirs subalternes tout en maintenant intactes les logiques de domination épistémique (Smith, 1999). Ici, le système biomédical fait appel à des figures du système endogène d'accompagnement de la naissance non pour remettre en cause son propre modèle, mais pour en accroître l'efficacité dans les marges, sans transformation de son cœur normatif. Les savoirs endogènes, notamment relationnels, sont ainsi « recyclés » dans les dispositifs postcoloniaux sans reconnaissance épistémique, utilisés comme outils fonctionnels mais privés de leur force critique.

[194] Traduction : « Le gouvernement ne paie rien pour notre travail. La communauté non plus. Pas même un merci. Que des problèmes. Maintenant, quand une femme commence à avoir des douleurs, je m'enfuis. »

[195] Traduction : « J'accompagne les femmes à leurs consultations et j'aide l'infirmier pour les questions [lors de l'interrogatoire médical]. Mais s'ils continuent à ne pas me payer, je vais arrêter ça. »

Croisement multi-situé – Médiateurs communautaires

Les études menées à Madagascar dans les quartiers défavorisés d'Antananarivo, en Bolivie auprès des communautés Guarani et Ayoreode, en Bulgarie dans le quartier Rom de Sliven ou encore en Côte d'Ivoire[196] montrent les mêmes dynamiques. Les relais communautaires, qu'ils soient adolescents-pairs, médiateurs sanitaires, ou sages-femmes aux savoirs endogènes sont captés pour conforter le système de santé en place mais sans reconnaissance des savoirs situés de ces relais pour redéfinir en profondeur l'offre de soins. Sollicités pour leur utilité relationnelle, ils sont exclus de la production de savoir légitime et relégués à une courroie de transmission de messages de prévention pensés essentiellement par les institutions. Cette contradiction nourrit des désengagements mais aussi des reconfigurations discrètes des messages de santé au sein de leur communauté afin que ceux-ci soient plus adaptés aux réalités vécues. Ce filtrage transforme les normes imposées, en les rendant praticables mais aussi discutables. Cette pratique de résistance constitue une souveraineté narrative : de simples relais, les médiateurs communautaires deviennent co-producteurs de sens, réinscrivant la santé reproductive dans une logique communautaire et souvent de manière invisible aux yeux des institutions. Leurs « émotions de rébellion » face à des messages leur semblant inadaptés aux réalités de leur communauté les amènent à des « résistances à bas bruit » mettant en dialogue leurs savoirs situés avec les savoirs biomédicaux qu'ils sont tenus de transmettre.

En somme, cette dernière partie du chapitre a montré que la récupération institutionnelle des résistances opère selon une grammaire récurrente. Elle intègre les marges pour en neutraliser la portée critique, tout en produisant des effets différenciés — consentement pragmatique chez certaines actrices, radicalisation lucide chez d'autres.

Le cas français autour des MDN, où un climat coercitif a conduit à exiger l'abandon de la pratique de l'AAD sur au moins un site, illustre comment l'indignation et la « colère froide » se transforment en ruptures organisées et en structuration collective (pool juridique, réseaux AAD) plutôt qu'en docile normalisation. Au Québec, l'interdiction temporaire de l'AAD au nom de la protection des MDN rend tangible la réversibilité des acquis gagnés au cours de longues résistances nourries par des « émotions de rébellion ». Ces exemples montrent

[196] Détails et références des études : voir chapitre 2

l'instrumentalisation du dispositif des MDN, né d'« émotions de rébellion » contre le modèle dominant de la naissance hospitalière, pour combattre le dispositif de l'AAD, pourtant né aussi de ces mêmes « émotions de rébellion » et pouvant être porté par les mêmes actrices. En Angola, la captation du crédit social des accoucheuses endogènes pour lutter contre les résistances communautaires à une adhésion au modèle hégémonique de la naissance engendre fatigue, colère et retraits stratégiques, signe d'une inclusion fonctionnelle sans reconnaissance épistémique ni socio-économique. Le croisement multi-situé confirme ce schéma global d'une mobilisation utilitariste des actrices et acteurs de la marge pour lutter contre les résistances communautaires à l'adhésion au modèle biomédical de la prévention et du soin. Il montre comment, en retour, naissent des reconfigurations silencieuses (retrait, reformulation, souveraineté narrative) qui déjouent la capture totale des résistances.

Ainsi, conformément au cadre posé en ouverture (Boltanski, 2011; Foucault, 1976, 2014; Fraser, 2013), les « émotions de rébellion » et les résistances qui en naissent apparaissent à la fois comme moteurs d'une bifurcation critique et cibles de normalisation pour les institutions, dans des tentatives de domestication institutionnelle. Cependant, la récupération institutionnelle ne produit pas un effet unique. Si elle peut amener à un consentement pragmatique (« sauver » un espace de résistance tel que les MDN en acceptant une auto-censure de l'AAD), elle peut aussi raviver les « émotions de rébellion » et alimenter la résistance collective (essor de l'AAD, collectif AAD, outillage juridique). Cette récupération institutionnelle des « émotions de rébellion » et des résistances peut aussi entraîner de nouvelles « résistances à bas bruit » (retrait des sages-femmes aux savoirs endogènes ou souveraineté narrative pour contourner ou subvertir les normes sans confrontation directe) afin de préserver dignité et sens (Scott, 2019)au sein même des processus de récupération.

Conclusion du chapitre 7

Ce chapitre a montré que les émotions sont des vecteurs relationnels et politiques. Leur circulation éclaire les contraintes sociales et institutionnelles qui pèsent sur les sages-femmes et les femmes-patientes, tout en ouvrant des brèches vers des formes de résistance partagée. En s'intéressant à la dynamique du partage et de la rétention des émotions, il a révélé que celles-ci peuvent dépasser le registre de l'expérience individuelle pour devenir des leviers collectifs de résistance et de transformation.

Ainsi, après avoir mis en évidence la valeur épistémique de la subjectivité (chap. 5) et la mémoire incarnée des émotions (chap. 6), ce chapitre a montré que les émotions partagées peuvent renforcer le sentiment d'appartenance, faire émerger des résistances collectives et reconfigurer les pratiques.

L'analyse a également mis en lumière le rôle des collectifs de femmes et des mouvements sociaux dans la contestation des normes émotionnelles autour de la naissance. En particulier, la reconnaissance du deuil périnatal ou les revendications pour des pratiques respectueuses des choix des femmes illustrent comment les « émotions de rébellion » sont des forces critiques capables de réinscrire la dignité et l'humanité au cœur du soin. Cependant, si les résistances nées d'« émotions de rébellion » constituent une ressource critique, elles peuvent aussi être fragilisées par des processus de récupération institutionnelle qui en neutralisent le potentiel transformateur. Ce constat souligne la nécessité de penser les résistances dans leur rapport aux structures de pouvoir qui cherchent à les absorber, les discipliner ou les détourner.

Cette perspective prépare la Partie III du manuscrit de thèse : il s'agira d'examiner comment les résistances émotionnelles et collectives décrites ici s'articulent à la circulation globale des normes en maïeutique, et comment elles révèlent les hiérarchies épistémiques et les inégalités de pouvoir à l'échelle mondiale.

Conclusion de la partie II

Cette deuxième partie a approfondi la compréhension des résistances en maïeutique en les appréhendant à travers la dimension émotionnelle, envisagée comme ressource épistémique et politique. Elle a montré que les émotions ne se limitent pas à l'expression intime des individus mais constituent des vecteurs de savoirs situés, capables de révéler les tensions normatives et de nourrir des dynamiques de résistance et de transformation.

Le chapitre 5 a établi les fondements conceptuels et méthodologiques permettant d'intégrer la subjectivité de la praticienne-chercheure au cœur de la production scientifique. En posant l'auto-ethnographie critique comme cadre d'analyse, il a contribué à légitimer la sensibilité située et les émotions comme instruments de connaissance. Sur le plan scientifique, il a renforcé la validité des approches critiques et féministes dans l'étude de la maïeutique. Sur le plan professionnel, il a ouvert la voie à une reconnaissance du vécu émotionnel des sages-femmes comme source de compréhension et de régulation de leurs pratiques.

Le chapitre 6 a déplacé l'analyse vers le corps comme archive des expériences émotionnelles. Il a mis en lumière la manière dont les émotions marquantes, inscrites dans la mémoire corporelle, façonnent les pratiques professionnelles et révèlent des formes de dissonance avec les normes institutionnelles. En montrant que ces réactivations corporelles peuvent engendrer des « émotions de rébellion », ce chapitre a apporté une contribution à la compréhension des résistances silencieuses mais fertiles qui traversent le quotidien des sages-femmes.

Le chapitre 7 a élargi la focale à la dimension collective des « émotions de rébellion ». Il a montré comment leur circulation et leur mise en commun nourrissent des dynamiques de résistance partagée et favorisent la constitution d'espaces collectifs de critique. Ces dynamiques émotionnelles collectives se révèlent centrales pour comprendre la dimension politique des pratiques de soin et la capacité des professionnelles comme des femmes-patientes à transformer les normes dominantes. Ce chapitre a aussi mis en lumière les risques de récupération des résistances nées des « émotions de rébellion ».

Dans leur ensemble, ces trois chapitres démontrent que les émotions constituent des ancrages critiques et des leviers de recomposition des pratiques. Ils confirment que la reconnaissance des émotions comme savoirs situés permet de documenter des formes de

résistance autrement invisibilisées et d'ouvrir la voie à une maïeutique plus réflexive, plus sensible et plus émancipatrice.

Cette partie prolonge la réflexion entamée dans la partie I en donnant corps et chair aux concepts d'« émotions de rébellion » et de « résistances à bas bruit », qui avaient été élaborés sur un plan théorique et méthodologique. Elle les inscrit dans l'expérience vécue, corporelle et collective, et en montre la portée transformatrice dans les pratiques professionnelles et sociales. En cela, elle consolide le socle critique posé en amont et l'approfondit dans sa dimension incarnée. Ces résistances émotionnelles ne se limitent pas à dénoncer les tensions normatives : elles s'incarnent dans des ajustements pratiques, des contournements discrets et des réinventions collectives qui transforment concrètement les modalités d'accompagnement à la naissance.

Au-delà des apports théoriques et méthodologiques, cette partie propose aussi des implications opérationnelles. Sur le plan de la formation, elle invite à intégrer une pédagogie de la réflexivité et des émotions, en valorisant par exemple l'usage de journaux de terrain, d'espaces de débriefing ou d'analyses collectives de pratiques. Sur le plan de la recherche, elle plaide pour la reconnaissance institutionnelle de l'auto-ethnographie critique et des approches sensibles comme des méthodes légitimes, capables de rendre visibles les résistances invisibilisées. Sur le plan des politiques de santé publique, elle appelle à considérer les vécus émotionnels des sages-femmes et des femmes-patientes comme des indicateurs précieux de la qualité des soins, et à créer des espaces institutionnels où ces vécus puissent être entendus, accompagnés et intégrés dans l'élaboration des politiques périnatales.

Enfin, en démontrant que les résistances émergent aussi bien dans les subjectivités que dans les collectifs, cette partie prépare la partie III. Elle ouvre vers l'analyse des circulations normatives à l'échelle institutionnelle et transnationale, où ces résistances trouvent de nouveaux espaces d'expression et de contestation. L'attention portée aux émotions comme moteurs de critique et de recomposition des pratiques fournit ainsi un cadre solide pour interroger, dans la suite du manuscrit, les conditions d'une redistribution effective du pouvoir épistémique dans la gouvernance mondiale de la naissance, et pour consolider l'horizon d'une maïeutique véritablement émancipatrice.

Partie III. Circulation des normes globalisées et résistances subalternes – Entre pandémie et projets internationaux

Introduction de la partie III

Cette troisième partie poursuit la réflexion entamée sur les résistances en maïeutique, en rendant visible une architecture plus large de la domination. Elle prolonge les analyses des parties I et II, qui ont respectivement posé les fondements théoriques et méthodologiques d'une maïeutique critique et exploré la subversion des normes émotionnelles à travers les « émotions de rébellion ». Ici, la focale s'élargit vers les normes institutionnelles et transnationales qui encadrent la naissance. Elle interroge la manière dont les sages-femmes et les femmes-patientes résistent à l'uniformisation des normes biomédicales internationalisées, en contexte de pandémie ou de coopération internationale. Elle questionne ce que ces résistances révèlent des rapports de pouvoir et des hiérarchies épistémiques, tout en examinant les conditions de possibilité d'une maïeutique véritablement émancipatrice.

Cette analyse s'inscrit dans une posture de recherche située et multi-située, combinant analyse documentaire, récits de pratique et enquêtes socio-anthropologiques de terrain. Elle articule les savoirs produits dans les marges aux tensions critiques du terrain, pour questionner les conditions de reconnaissance des savoirs émotionnels, expérientiels et endogènes portés par les femmes-patientes et les professionnelles de terrain.

Elle s'inscrit dans la problématique générale de la thèse : *Comment les résistances — qu'elles soient émotionnelles, discrètes ou collectives — exprimées par les sages-femmes et les femmes-patientes face aux normes biomédicales globalisées émergent-elles, se manifestent-elles et reconfigurent-elles la maïeutique contemporaine ?* Plus précisément, il s'agit ici de répondre à la question suivante **:** *Comment les normes institutionnelles et transnationales autour de la naissance produisent-elles des injustices épistémiques, et quelles formes de résistances locales et globales révèlent-elles ?*

Cette partie s'organise en trois chapitres complémentaires :

Le chapitre 8 s'appuie sur une analyse documentaire pour retracer les transformations des pratiques professionnelles en France pendant le confinement. Il interroge comment les décisions institutionnelles ont façonné les protocoles, restreint la présence des

accompagnants, et suscité des résistances discursives des collectifs de sages-femmes et de femmes-patientes face aux restrictions imposées.

Le chapitre 9 élargit l'analyse à l'échelle internationale, à partir de 41 entretiens réalisés dans une trentaine de pays. Il examine les tensions entre normes globalisées et réalités locales, ainsi que les résistances discrètes et ajustements critiques développés par les sages-femmes face aux restrictions imposées.

Le chapitre 10 analyse deux projets de santé reproductive en Afrique de l'Ouest. Il explore les tensions entre volontés d'émancipation et colonialité des savoirs, et questionne les limites des circulations verticales des normes biomédicales, en appelant à une reconnaissance des savoirs locaux et à une circulation horizontale des pratiques et des politiques de santé.

En somme, cette troisième partie explore comment les résistances s'expriment à l'échelle institutionnelle et transnationale. Elle met en lumière les injustices épistémiques produites par la mondialisation des normes biomédicales et montre que des résistances situées, ancrées localement, révèlent aussi des dynamiques transnationales, esquissant ainsi les contours d'une maïeutique émancipatrice à construire.

Chapitre 8. Naître sous contrôle : émotions de rébellion et voix silenciées en contexte pandémique en France

Introduction du chapitre 8

Nous sommes le 16 mars 2020[197]*, il est 19h30. Lucie et Benoît vivent leur première séance d'haptonomie prénatale*[198]*. Lucie est enceinte de trois mois et demi, presque quatre. Elle est confortablement allongée sur le lit. Benoît, assis à ses côtés, a les mains posées sur le ventre de Lucie. Je suis assise sur une chaise à côté du lit. Benoît et Lucie palpent l'utérus de Lucie. Ils sont surpris : ils ne pensaient pas pouvoir le percevoir ni en délimiter si facilement les contours. L'utérus tient tout entier entre les deux mains de Benoît. Il me demande : « Pourquoi l'utérus semble plus ferme à droite qu'à gauche ? ». Je l'invite à prendre le temps de sentir, avec Lucie, sous leurs doigts, cette partie de l'utérus qui semble plus ferme. Soudain, Lucie s'exclame : « Maintenant, c'est tout mou à droite mais c'est à gauche que c'est plus ferme ! Et j'ai senti comme une petite bulle d'air passer dans mon ventre de droite à gauche… » Benoît et Lucie se regardent émerveillés. Ils caressent dès lors tendrement encore et encore leur enfant à travers le ventre de Lucie. Ils s'amusent en même temps à reconnaître la position dans laquelle il vient se lover dans leurs mains. « Je sens comme une surface lisse qui fait la taille de la paume de ma main : cela doit être son dos » dit Benoît. Il invite Lucie à venir sentir. « Oui, mais maintenant c'est différent. Je sens comme des petits coups sous ma main. Il doit s'être retourné vers nous » dit Lucie. Benoît vient glisser sa main sous celle de Lucie et soudain ses yeux s'embuent de larmes. Emu, il murmure à Lucie : « Il m'a fait un check », puis il s'adresse à son enfant : « Salut, mon bébé ! Je suis ton papa. Ta maman et moi sommes là avec toi. On est content que tu sois là. »*

[197] Le 16 mars 2020 est la date de l'allocution télévisée du président de la République Française, Emmanuel Macron qui annonçait en soirée la mise en place d'un confinement en France lors de la pandémie de Covid-19.

[198] L'haptonomie prénatale est une approche en préparation à la naissance et à la parentalité, basée sur le toucher affectif. Elle se centre sur les interactions et le tissage de liens, dès le début de la grossesse, au sein de la triade mère/co-parent/enfant à naître.

A la fin de la séance, la soirée est déjà bien avancée. Je rentre chez moi et découvre que le premier confinement lié à la pandémie de Covid 19 vient d'être annoncé. Les séances d'haptonomie sont suspendues, comme quasiment toutes les préparations à la naissance et à la parentalité. Les jours et semaines qui suivent, mon téléphone ne cesse de sonner : des couples me partagent leurs inquiétudes. Des phrases reviennent d'un appel à l'autre : « Ma conjointe/mon conjoint n'est plus autorisé à m'accompagner pour les échographies et les consultations prénatales. », ou encore « Je suis aux urgences de la maternité, on n'a pas laissé rentrer mon conjoint/ma conjointe. J'ai peur de devoir accoucher seule. » mais aussi « J'ai accouché hier. Deux heures après la naissance, le papa a dû repartir et il ne pourra nous revoir que dans deux jours quand je sortirai de la maternité. Je me sens seule, c'est dur. »

(Extrait de carnet auto-ethnographique. Mars 2020)

Les sentiments de tristesse, d'incompréhension, de frustration ou encore d'impuissance face à la situation de ces femmes et couples que j'accompagnais pendant le premier confinement en France ont fait partie de ces « émotions de rébellion » inscrites dans un « de ces moments intenses ou opportuns (kaïros) (…) qui oriente (…) les questions de recherche des praticiens-chercheurs. » (Galvani, 2004, p. 95)[199].

Les témoignages des femmes faisaient écho aux recommandations institutionnelles. Au-delà de leur caractère restrictif, celles-ci se distinguaient par une formulation encadrant jusque dans les moindres mouvements la présence des accompagnants en maternité. Dès le 27 mars 2020, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) précisait ainsi les conditions de présence du père en salle d'accouchement, au-delà des prises de température, du test Covid et des mesures barrière : *« Pas de sortie du père de la salle pendant toute la durée de l'accouchement sous aucun prétexte (boire, manger, fumer…). En cas de sortie, il doit quitter définitivement l'hôpital. Le père doit sonner pour aller aux toilettes. » (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 2020a)*

Ce chapitre est structuré en trois temps. Tout d'abord, un retour historique et sociologique sur la place de l'entourage dans l'accompagnement périnatal permet de comprendre pourquoi l'éviction des accompagnants constitue une rupture forte avec les attentes relationnelles contemporaines autour de la naissance. Ensuite, à partir d'une analyse de

[199] L'exploration théorique des liens entre « émotions de rébellion » et émergence de questions de recherche est présentée dans le chapitre 5 de ce manuscrit

contenu (Bardin, 2013) d'écrits publiés pendant le confinement du 17 mars au 11 mai 2020, j'analyse la genèse des recommandations restrictives autour de la naissance pendant cette période ainsi que l'ampleur de leur application dans les maternités. Enfin, je rends compte des formes de résistances discursives qui ont été portées par des associations de femmes et de sages-femmes, révélant une dissonance entre les savoirs émotionnels et expérientiels en maïeutique et les normes imposées. Pour conclure, à travers les concepts d'injustice épistémique (Fricker, 2007) et de justice cognitive (De Sousa Santos, 2016; Visvanathan, 1997, 2009, 2016), j'interroge ce que la non prise en considération de ces résistances discursives, par les pouvoirs dominants, dit de la place des femmes et des sages-femmes (et de leurs savoirs situés) dans les circuits décisionnels en santé publique.

I- Contexte, problématique et méthodologie

L'accompagnement autour de la naissance

La réaction de Benoît aux mouvements fœtaux in utero montre l'inscription de l'enfant dans le champ du social dès avant sa naissance. Cette reconnaissance sensorielle des mouvements du fœtus et son interprétation comme inscrivant l'enfant dans la relation avec son entourage est présente dans les sociétés humaines depuis des temps immémoriaux[200]. Cette connaissance intime des mouvements du fœtus et de l'inscription à travers eux de l'enfant dans sa famille et sa communauté était cependant détenue essentiellement par la communauté des femmes jusque récemment dans l'histoire de l'humanité. L'accompagnement de la femme enceinte et de la femme en couches était effectivement historiquement un domaine réservé aux femmes. Si les hommes, médecins ou chirurgiens, s'y sont imposés en France aux alentours des XVIIe-XVIIIe (Gélis, 1976), il s'est agi avant tout d'un nouveau partage des savoirs et pouvoirs autour de la naissance, avec l'avènement d'un nouveau modèle de sages-femmes formées par les médecins et subordonnées à ceux-ci (Schlumbohm, 2002)[201]. Mais la très grande majorité des accouchements ont continué à être accompagnés par des femmes, fussent-elles formées par des hommes. C'est toujours le cas aujourd'hui en France où les sages-femmes, profession féminine à 97 % (Anguis et al., 2021, p. 29), réalisent 88,6 % des accouchements par voie basse non instrumentale et sont parmi

[200] Dans la tradition judéo-chrétienne, nous avons ainsi le récit datant de deux millénaires de cette exclamation d'Elisabeth à sa cousine Marie : « dès que ta salutation a retenti à mes oreilles, l'enfant a tressailli d'allégresse dans mon ventre. » (Luc 1,39-45).

[201] La généalogie de la maïeutique est détaillée dans le chapitre 4 de ce manuscrit.

les principaux professionnels responsables de la surveillance de la grossesse et de la préparation à la naissance et à la parentalité (INSERM, 2022).

L'émergence de la figure du co-parent en salle de naissance

Dans ce champ historiquement très féminin de la naissance, les « pères » ont depuis quelques décennies une participation active et singulière autour de la naissance, comme celle vécue par Benoît. La présence usuelle du « père » auprès de sa compagne durant un temps dédié à la préparation de la naissance, durant les consultations prénatales ou encore lors de la naissance elle-même, est apparue en France à partir des années 1970 (Caumel-Dauphin, 2013), alors que l'accouchement en milieu hospitalier était devenu une norme en France (Clavandier & Charrier, 2015b). Si l'accouchement dans des lieux institués et médicalisés nous paraît usuel aujourd'hui, rappelons que l'accouchement au sein du foyer familial était la norme jusque récemment[202]. Cette évolution a modifié l'accompagnement autour de la naissance : effacement de l'accompagnement global[203] des femmes par la sage-femme du village ou du quartier, relégation de la communauté des femmes de la famille lors de la naissance elle-même et avènement d'un suivi pré, per et postnatal[204] réparti entre différents professionnels de santé (Knibiehler, 2016). Ainsi, dans le contexte actuel où le suivi des femmes et de leurs enfants nés ou à naître est morcelé entre différents professionnels de santé entre la grossesse, la naissance et les suites de naissance (Thomas, 2016b), le conjoint ou la conjointe est non seulement aujourd'hui admis en salles de naissances mais est souvent la principale figure présente en continu pendant l'ensemble des suivis pré, per et post-natals.

Nouvelles configurations familiales et attentes sociétales

De nouvelles attentes apparaissent alors pour ce futur co-parent et ce dès la grossesse comme le détaille Agnès Echène (Échène, 2010). Il s'agit ainsi qu'il soit présent aux échographies, aux consultations et qu'il participe aux séances de préparation à la naissance. Il est aussi convenu qu'il accompagne le travail d'enfantement par un soutien actif, un coaching verbal, des

[202] Comme vu dans le chapitre 4, ce n'est effectivement qu'au XXème siècle que la naissance a fait son "grand déménagement" du foyer familial vers l'hôpital. En France, en 1930, 80 % des femmes accouchent à la maison, 50 % en 1950 et moins de 0,5 % dans les années 2000 (Clavandier & Charrier, 2015b).

[203] L'accompagnement global désigne ici le suivi d'une femme par un même professionnel de santé en pré, per et postnatal.

[204] Le suivi pré, per et postnatal correspond au suivi avant, pendant et après l'accouchement.

massages, ou tout autre geste de soutien. Il lui sera aussi proposer de poser des gestes symbolisant la fin de la grossesse et l'accueil du nouveau-né tels que couper le cordon ombilical, porter en peau à peau le nouveau-né, lui donner son premier bain, annoncer la naissance aux proches tout en régulant les visites à la maternité, et s'investir à part égale avec sa conjointe dans les soins de puériculture. (Échène, 2010) C'est dans ce contexte social d'attentes envers les co-parents que s'inscrit la présence de Benoît à la séance d'haptonomie présentée en introduction. Avant même que Benoît ne perçoive ce fameux « check » et s'exclame « Salut, mon bébé ! Je suis ton papa », Benoît était ainsi déjà reconnu socialement comme « père » de cet enfant à naître et comme formant un couple parental avec Lucie. Cette reconnaissance sociale, antérieure à la naissance, de son statut de « parent », associée à des attentes sociales d'investissement actif de sa parentalité, a participé à ce qu'il investisse l'espace qui lui a été donné ce soir-là pour rencontrer sensoriellement son enfant à naître.

Nous comprenons ainsi que si le « père » a été longtemps tenu à l'écart des couches de sa conjointe, aujourd'hui, dans notre société, sa présence et son soutien singulier sont au contraire attendus. Ce sont Lucie et Benoît qui sont venus ce soir-là en séance d'haptonomie et ont ainsi illustré ce nouvel investissement du co-parent autour de la naissance. Mais, lors d'autres séances, j'ai accueilli Nadia et sa conjointe Rozenn ou encore Carmen accompagnée de sa mère mais aussi Lila et sa doula[205]. Les nouvelles configurations familiales et sociétales élargissent le profil du co-parent ou du proche accompagnant la femme autour de la naissance. Mais, quel que soit celui-ci, il représente le plus souvent la principale figure présente en continu aux côtés de la femme durant l'ensemble des suivis liés à la grossesse, l'accouchement et la période du post-partum.

Le droit à l'accompagnement autour de la naissance

Face à ces transformations sociales des lieux de naissance, de l'effacement de l'accompagnement global par une même sage-femme et du morcèlement dans le suivi autour de la naissance, le droit à être accompagnée de la personne de son choix lors du suivi de

[205] La doula propose un soutien physique, social et émotionnel pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et la période postnatale. Elle n'a pas de compétences biomédicales et n'est pas habilitée légalement à la pratique de l'accouchement mais peut être présente lors de l'accouchement, en complémentarité de la sage-femme. Le profil de la doula est très varié à travers le monde : compétences acquises via ses propres expériences maternelles ou via une formation, offre de soins contre rémunération ou bénévolement… Dans certains pays, les doulas sont rattachées à des organisations professionnelles incluant des programmes de doula en milieu hospitalier ou communautaire. Ce n'est pas le cas en France. (Steel et al., 2015)

grossesse, de l'accouchement et des suites de la naissance est reconnu par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme l'un des piliers fondamentaux pour le droit de toute femme à une expérience positive et sans risques de l'accouchement (Organisation Mondiale de la Santé, 2016, 2018). Le 18 mars 2020, l'OMS a rappelé que le droit à être accompagnée par la personne de son choix devait être respecté pour « toutes les femmes enceintes, y compris celles dont l'infection par le virus de la COVID-19 est confirmée ou soupçonnée » (Organisation Mondiale de la Santé, 2020).

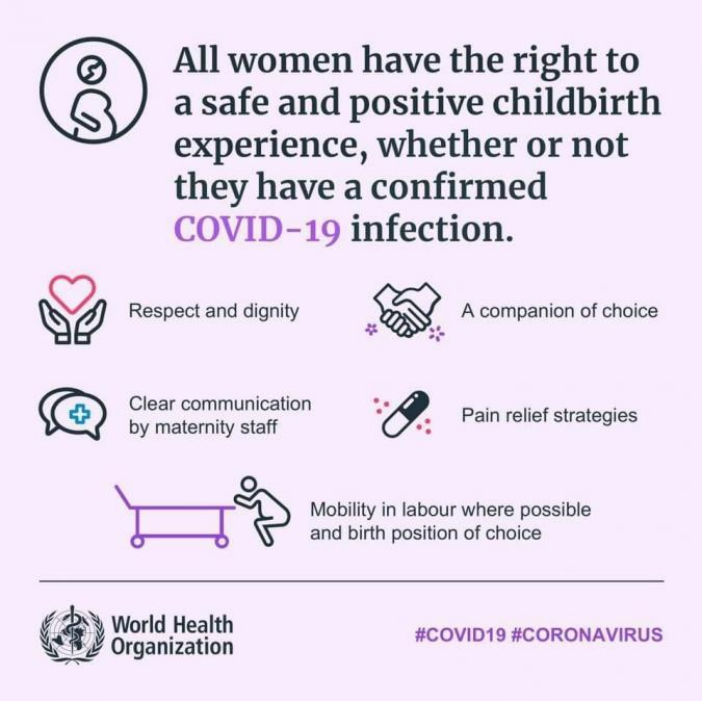

Figure 13 : Affiche de l'OMS pour le droit à une naissance en sécurité et heureuse pendant la pandémie de Covid-19

En France, le dernier Plan Périnatalité 2005-2007 place la sécurité émotionnelle des femmes enceintes en objectif primordial (Molénat, 2007) et précise que les futurs parents doivent pouvoir être entendus par les professionnels de la naissance pour les modalités de suivi de la grossesse et le contexte de l'accouchement et, au-delà, que soit privilégiée leur participation à l'élaboration de la politique périnatale. Il précise également que les futurs parents doivent pouvoir bénéficier de séances de préparation à la naissance et à la parentalité délivrées par des professionnels de la naissance en milieu hospitalier ou en médecine de ville. (Puech, 2007)

Problématique et méthodologie

Or lors du premier confinement lié à la pandémie de Covid 19, c'est-à-dire durant la période du 17 mars au 11 mai 2020, un ensemble de recommandations à valeur restrictive a été posé autour de la naissance. Se pose alors la question de la genèse et de l'application de ces

recommandations et de leur effet sur les droits des femmes cités précédemment et, plus globalement, des futurs ou jeunes parents et des nouveau-nés. Qu'est-ce que révèle l'éviction des accompagnants pendant la pandémie sur les rapports de savoirs et de pouvoirs dans le champ de la naissance ?

Pour répondre à cette question, le choix de la méthodologie a été orienté par la période à laquelle cette enquête a été effectuée, à savoir en période de confinement strict. Avec des déplacements autorisés uniquement pour des temps limités et pour des activités jugées prioritaires par la réglementation liée à l'état d'urgence sanitaire, une enquête de terrain n'était pas envisageable. L'enquête a ainsi été réalisée à partir de publications diffusées sur les réseaux sociaux.

L'objectif a été de réaliser une analyse des pratiques discursives émergentes autour de la naissance pendant le confinement. A partir d'une analyse de contenu (Bardin, 2013) de différents écrits, il s'est agi de comprendre la naissance pendant la pandémie de Covid 19, comme un dispositif au sens foucaldien (Foucault, 1994) en s'appuyant sur une analyse des pratiques discursives relatives au droit des femmes à l'accompagnement pendant le confinement. Les documents analysés dans cette recherche ont été sélectionnés en fonction de leur pertinence et de leur diversité : communiqués d'organisations professionnelles, témoignages d'usagers, articles journalistiques et contenus de sites internet et de forums en ligne. Cette diversité a permis d'appréhender les recommandations restrictives et leurs effets depuis plusieurs perspectives : celle des institutions, des professionnels de santé et des familles concernées.

Tableau 5 : Typologie des écrits analysés pendant le premier confinement en France

Ecrits analysés	Date de publication	Nombre
Communiqués d'organisations professionnelles	Entre le 17 mars et le 11 mai 2020 (dates du premier confinement en France)	15
Communiqués d'associations d'usagers		7
Articles journalistiques		20
Contenus de sites internet de maternités		19
Contenus de sites internet et de forums dédiés aux parents		30
Rapports d'enquêtes	Juin et juillet 2020	2

A noter qu'ici, je fais référence au droit spécifique des femmes à l'accompagnement pendant la naissance, sachant que, lors de ce travail de recherche mené de mars à juillet 2020, des publications avaient déjà mis en évidence le recul majeur d'autres droits sexuels et reproductifs des femmes pendant le confinement, notamment en ce qui concerne les inégalités et violences basées sur le genre et l'accès à l'Interruption Volontaire de Grossesse. A contrario, la question de l'accompagnement autour de la naissance pendant le confinement était encore très peu documentée.

II- Résultats

Recommandations du CNGOF

Les 27 et 30 mars puis le 27 avril 2020, le CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) publiait des recommandations pour le suivi de la grossesse et de l'accouchement durant la crise sanitaire. Je présente ici les principaux éléments indiquant qu'est préconisée, jusqu'au 27 avril, l'éviction de l'accompagnant durant les suivis de grossesse, la première partie du travail et lors du séjour en maternité.

Le communiqué émis le 27 mars affirme l'importance de « garder à l'accouchement sa composante familiale et humaine » puis « recommande d'accepter le père en salle de naissance à partir de la phase active du travail » en précisant qu' « en salle d'accouchement », il ne pouvait y avoir « de sortie du père de la salle pendant toute la durée de l'accouchement sous aucun prétexte (boire, manger, fumer) » et qu' « en cas de sortie, il doit quitter définitivement l'hôpital », que « le père doit sonner pour aller aux toilettes » et qu'il doit quitter définitivement l'hôpital deux heures après la naissance et ne peut revenir que pour « chercher sa conjointe » le jour de la sortie de maternité de la mère et du nouveau-né. (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 2020a)

Le communiqué émis le 30 mars[206] préconise l'interdiction de la présence de tout accompagnant lors des consultations et des échographies[207] (« il ne peut y avoir d'accompagnant lors de ces consultations ou échographies ») ainsi que lors du séjour en maternité de la mère et du nouveau-né (« aucune visite n'est autorisée et le conjoint ne peut accompagner la mère et l'enfant dans la chambre de suites de couches ») et restreint la présence de l'accompagnant durant l'accouchement (« la présence de l'accompagnant est parfois acceptée durant l'accouchement, sous réserve de conditions drastiques à respecter »). Il est également dit que « le suivi de grossesse doit se faire en priorité par téléconsultation. Si une consultation est indispensable (échographies de grossesse et pelviennes pour les pathologies gynécologiques), la patiente doit consulter les gynécologues ou les sages-femmes libéraux » et ne venir à l'hôpital que si nécessaire. Le CNGOF couplait ces recommandations avec une « mise en garde contre l'accouchement au domicile et les risques associés ». (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français & Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 2020)

Le 27 avril, le CNGOF publiait un nouveau communiqué, assouplissant certaines de ces recommandations, « dans le cadre de la préparation du déconfinement ». Sont décrits en préambule « la particularité qu'est l'événement de vie que représente une naissance, l'importance pour un couple de préparer ensemble les différents temps qui la précèdent et qui la suivent et le nécessaire accompagnement autour des enjeux psychiques de la

[206] A noter que nous faisons référence au communiqué publié le 30 mars et non au contenu modifié courant juin mais toujours référencé à la date du 30 mars sur le site du SYNGOF.

[207] Cette restriction pour les échographies est reprise dans un communiqué du Collège Français d'Echographie Fœtale (CFEF) et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) publié en mars et précisant « Aucun accompagnant avec la femme enceinte, aussi bien dans le cabinet de consultation que dans la salle d'attente ». (CFEF, CNGOF, 30 mars 2020)

périnatalité ». Puis est ré-envisagée la « présence possible de l'accompagnant aux consultations indispensables, lors des échographies, à l'accouchement ou lors du séjour en post-partum en fonction des conditions locales ». Les mesures de « confinement » de l'accompagnant en salles de naissances restent les mêmes que celles préconisées le 27 mars et s'étendent à la période des suites de naissance[208]. (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 2020b)

Le contenu de ces recommandations montre qu'est préconisée jusqu'au 27 avril l'éviction de l'accompagnant lors des consultations prénatales, des échographies, pendant la première phase de travail et durant l'hospitalisation des mères et des nouveau-nés dans les services de suites de naissance. La possibilité pour les femmes d'être accompagnées par la personne de leur choix est par ailleurs soumise à conditions pendant la phase active du travail, l'accouchement et les deux heures qui suivent la naissance.

Tableau 6 : Recommandations du CNGOF quant à la présence de l'accompagnant autour de la naissance, pendant le premier confinement lié au Covid 19 en France

Présence de l'accompagnant : recommandations du CNGOF		
Suivis de grossesse	NON	« **Il ne peut y avoir d'accompagnant** lors de ces consultations ou échographies. » (CNGOF, 30 mars 2020)
1ère partie du travail	NON	« accepter le père en salle de naissance **à partir de la phase active du travail** » (CNGOF, 27 mars 2020)
2ème partie du travail et accouchement	Sous conditions	« la présence de l'accompagnant est **parfois acceptée** durant l'accouchement, **sous réserve de conditions drastiques** à respecter » (CNGOF, 30 mars 2020) « Pas de sortie du père de la salle pendant toute la durée de l'accouchement sous aucun prétexte (boire manger, fumer…) En cas de sortie il doit quitter définitivement l'hôpital. Le père doit sonner pour aller aux toilettes » (CNGOF, 27 mars 2020)

[208] « En suites de couches, dans la mesure où les durées de séjour ont été raccourcies, il semble préférable d'envisager une absence totale de sortie de l'accompagnant qui reste auprès de la mère. Si le séjour est plus long ou que l'accompagnant ne peut rester dormir sur place, une seule venue est autorisée par jour, toute sortie est considérée comme définitive et seul un retour le lendemain peut être autorisé (…). L'accompagnant s'engage à rester « confiné » pendant toute la durée de sa présence afin d'éviter au maximum les allées et venues (…). » (CNGOF, 27 avril 2020)

Suites de naissance	NON	« aucune visite n'est autorisée et **le conjoint ne peut accompagner la mère et l'enfant** dans la chambre de suites de couches » (CNGOF, 30 mars 2020)

Le communiqué du 27 mars évoque « le père », choix de mot restrictif ne prenant pas en compte les couples homosexuels, les femmes menant une grossesse sans conjoint ou pouvant choisir d'être accompagnées par une personne autre que son conjoint ou sa conjointe. Mais ce discours est également le reflet de l'investissement massif des « pères » dans l'accompagnement autour de la naissance depuis que les milieux hospitaliers leur ont ouvert les portes dans les années 1970 en France. La présence des « pères » lors des suivis pré, per et postnataux a ainsi participé à reléguer au second plan les figures féminines familiales au sein des représentations sociales de l'accompagnement de la naissance.

Le communiqué du 30 mars évoque « le conjoint » qui pourrait refléter à nouveau une vision normative du couple et de la famille tout en laissant la porte ouverte à envisager que « le conjoint » puisse englober les éventuelles conjointes (normes grammaticales genrées). Le communiqué du 27 avril évoque enfin « l'accompagnant », terme pouvant englober l'ensemble des cas de figure se présentant[209].

On peut enfin relever une tension entre des préambules affirmant l'importance de la sécurisation émotionnelle des futurs parents, en concordance avec les préconisations du Plan Périnatalité 2005-2007, et le haut degré des restrictions posées qui limitent de facto l'accès des futurs parents à cette sécurité émotionnelle (M. Bohren et al., 2017). Le droit des femmes à être accompagnées de la personne de leur choix, droit qui a été rappelé par l'OMS dès le lendemain du confinement, n'est pas évoqué.

Etat des lieux des pratiques

Les résultats de l'analyse de contenus de communiqués d'organisations professionnelles et d'associations d'usagers, d'articles journalistiques, de sites internet des maternités, de sites internet et de forums dédiés aux parents ainsi que les résultats de l' « enquête Covid-SF »

[209] D'autres textes publiés durant le confinement par des organisations professionnelles, des collectifs d'usagers ou des journalistes ont pu montrer ce même usage de mots restrictifs évoquant une vision normative et hétérosexuelle du couple et de la famille.

(Rousseau et al., 2020)[210] et les résultats de l' « enquête sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum pendant l'épidémie de Covid-19 » (Bisch et al., 2020)[211] montrent que :

- les séances collectives de préparation à la naissance et à la parentalité ont fréquemment été interrompues aussi bien en milieu hospitalier qu'en médecine de ville[212],
- la téléconsultation a été privilégiée pour les consultations prénatales et la préparation à la naissance et à la parentalité [213],
- la plupart des femmes ont été reçues seules, sans autorisation de présence de l'accompagnant, lors du suivi de grossesse (échographie, consultations prénatales…) et en préparation individuelle à la naissance et à la parentalité (si maintenue à titre exceptionnel en présentiel)[214],
- les accompagnants ont pu ne pas être acceptés lorsque la femme était hospitalisée en cours de grossesse[215], lors de la première phase de travail voire lors de

[210] « Un groupe de travail dirigé par Anne Rousseau de l'Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines en collaboration avec le groupe Accord (Assembler, Coordonner, Comprendre, Rechercher, Débattre en Soins Primaires) et le Collège National des Sages-Femmes de France, société savante des sages-femmes, a mené une étude de cohorte par auto-questionnaire en ligne du 29/04/2020 au 15/05/2020 auprès des sages-femmes libérales, territoriales, hospitalières et coordinatrices (…) visant à décrire l'adaptation des pratiques et d'étudier plus précisément la mise en place des téléconsultations. » (Rousseau et al., 2020)

[211] Le collectif Tou.te.s Contre les Violences Obstétricales et Gynécologiques a mené une enquête par auto-questionnaire en ligne du 6 mai au 31 mai 2020 auprès de femmes et « visait les accouchements qui se sont déroulés entre le 15 février (date de l'annonce par l'ancienne ministre de la santé Mme Agnès Buzin du premier décès dû au Covid-19 sur le sol français) et le 31 mai 2020. (…) 2727 réponses reçues, parmi lesquelles environ 2000 témoignages. » (Bisch et al., 2020))

[212] Les résultats tirés de l'analyse des textes publiés durant le confinement sont confirmés par ces résultats de l'enquête Covid-SF : 44,3 % des sages-femmes libéraux.ales et 32,8 % des sages-femmes territoriaux.ales ayant répondu à l'auto-questionnaire ont déclaré avoir annulé ou reporté les séances collectives de préparation à la naissance. A noter que les séances individuelles ont été annulées ou reportées pour 10.7 % des sages-femmes libéraux.ales et 20.7 % des sages-femmes territoriaux.ale interrogé.e.s.

Si le rapport d'enquête n'aborde pas cette question pour les sages-femmes hospitaliers.ères, notre analyse du contenu de communiqués d'organisations professionnelles et d'associations d'usagers, de sites internet des maternités et d'articles journalistiques publiés durant le confinement montre que les maternités ont, de façon très généralisée, également annulé des séances collectives de préparation à la naissance, y compris des visites des maternités pour les femmes et leurs accompagnants.

[213] Les résultats tirés de l'analyse des textes publiés durant le confinement sont confirmés par ces résultats de l'enquête Covid-SF : 88,5 % des sages-femmes libéraux.ales et 66,4 % des sages-femmes territoriaux.ales ayant répondu à l'auto-questionnaire ont réalisé des téléconsultations durant la période de l'enquête (dont suivis de grossesse et préparation à la naissance et à la parentalité). Le rapport d'enquête n'aborde pas cette question pour les sages-femmes hospitaliers.ères.

[214] Les résultats tirés de l'analyse des textes publiés durant le confinement sont confirmés par ces résultats de l'enquête Covid-SF : « les pères ne sont pas autorisés en consultation ou en cours de préparation à la naissance pour 77,8 % des sages-femmes libérales ayant répondu (…), pour 85,3 % des sages-femmes territoriales ayant répondu » et les accompagnants ne sont pas autorisé.e.s en consultation pour 87,6 % des sages-femmes hospitaliers.ères ayant répondu.

[215] Les résultats tirés de l'analyse des textes publiés durant le confinement sont confirmés par ces résultats de l'enquête Covid-SF : 71,2 % des sages-femmes hospitaliers.ères et 53,1 % des sages-femmes coordinateurs.trices ayant répondu déclarent que les accompagnants n'étaient « pas autorisé.e.s en service de Grossesse à Haut Risque ».

l'accouchement[216] ainsi que lors des suites de naissance[217] et devoir accepter des mesures de « confinement » lorsqu'ils étaient acceptés.

Les annulations de séances collectives ont généré un accès insuffisant à la préparation à la naissance et à la parentalité : l'ensemble des futurs parents prévoyant de suivre des séances collectives n'a pu être accueilli en séances individuelles, d'autant plus que des séances individuelles de préparation à la naissance ont également pu être annulées ou reportées[218]. La pratique de téléconsultations en préparation à la naissance et l'éviction des accompagnants lors de rendez-vous en présentiel ont également pu empêcher la poursuite de certaines formes de préparation à la naissance et à la parentalité[219]. Les sages-femmes « ont considéré que les patientes étaient, pendant le confinement, moins bien informées ou préparées » (Rousseau et al., 2020)[220].

[216] L'analyse de contenu de publications dans la presse, de témoignages de parents sur des blogs et des sites internet des maternités semble indiquer que durant les premiers jours du confinement, de nombreuses maternités ont totalement interdit l'accès des accompagnants en salles de naissances. Ensuite, les protocoles semblent s'être assouplis pour la phase active du travail, lors de l'accouchement et durant les deux heures suivant la naissance, tout en pouvant garder une interdiction des accompagnants pendant la première phase de travail. Exemple : « La polyclinique Majorelle, située à Nancy (Meurthe-et-Moselle), autorise de nouveau la présence du conjoint lors d'un accouchement. Cela n'était plus possible depuis le 23 mars dernier, à cause de l'épidémie de coronavirus. La clinique l'a annoncé jeudi 2 avril dans un communiqué de presse, indique France 3 Grand-Est. Une décision qui fait suite aux recommandations publiées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens, le 27 mars dernier. Pour pallier l'absence de l'accompagnant, la clinique proposait de suivre les accouchements en vidéo, via des applications comme Whatsapp ou FaceTime. » (Ouest-France, 2020)

L'enquête Covid-SF ne précise pas dans ses résultats les variations temporelles relatives à cette question. Les résultats montrent uniquement qu'à la période où le questionnaire a été mis en ligne (autour de la période finale du confinement, du 29/04/2020 au 15/05/2020) 6,4 % des sages-femmes hospitaliers.ères et 3,1 % des sages-femmes coordinateurs.trices déclarent que l'accompagnante n'est pas du tout autorisé.e en salles de naissances dans la maternité où ils.elles exercent.

Pour l'enquête réalisée par le collectif Tou.te.s Contre les Violences Obstétricales et Gynécologiques, 11 % des femmes ayant répondu déclarent que la présence de l'accompagnant était totalement interdite au moment de l'accouchement. (Bisch et al., 2020)

[217] Les résultats tirés de l'analyse des textes publiés durant le confinement sont confirmés par ces résultats de l'enquête Covid-SF : 74,7 % des sages-femmes hospitaliers.ères et 59,4 % des sages-femmes coordinateurs.trices ayant répondu déclarent que l'accompagnant n'est pas autorisé.e dans le service de suites de naissance de la maternité où ils.elles exercent.

A noter que des sorties précoces ont été préconisées par les autorités sanitaires afin de limiter la durée d'hospitalisation des accouchées et des nouveaux-nés pendant la pandémie de Covid 19.

[218] Les séances individuelles de préparation à la naissance et à la parentalité ont été annulées ou reportées pour 10.7 % des sages-femmes libéraux.ales et 20.7 % des sages-femmes territoriaux.ales interrogé.e.s lors de l'enquête Covid-SF (Rousseau et al., 2020).

[219] Cas de la préparation à la naissance en haptonomie se pratiquant en couple et utilisant la communication par le toucher

[220] « Du fait de la crise, des séances de préparation à la naissance ont souvent été annulées. Les sages-femmes hospitalières ont considéré que les patientes étaient moins bien informées/préparées pour les éléments suivants : suivi de la grossesse, gestion de la douleur, motifs de consultation en urgence, accouchement, allaitement, soins de puériculture, contraception » (Rousseau et al., 2020)

Tableau 7 : Etat des lieux des pratiques d'éviction des accompagnants autour de la naissance pendant le premier confinement lié au Covid 19, en France

Etat des lieux des pratiques d'éviction des accompagnants		
Suivis de grossesse, **Préparation à la naissance et à la parentalité**	forte éviction	77,8 % des sages-femmes (SF) libérales, 85,3 % des SF territoriales et 87,6 % des SF hospitaliers.ères ayant répondu déclarent « les pères non autorisés » en consultation ou en cours de préparation à la naissance et à la parentalité (1)
1ère partie du travail	forte éviction	37 % des femmes ayant répondu déclarent avoir « eu leur accompagnant.e auprès d'elles dès l'entrée à la maternité et pendant tout l'accouchement (…) » (2)
2ème partie du travail, Accouchement	éviction variable	11 % des femmes ayant répondu déclarent les « accompagnant.e.s totalement interdit.e.s (voie basse et césarienne) » (2) 6,4 % des sages-femmes hospitaliers.ères ayant répondu déclarent les « pères non autorisés en salles de naissances » (1)
Suites de naissance	forte éviction	74,7 % des sages-femmes hospitaliers.ères ayant répondu déclarent « les pères non autorisés en suites de couches » (1)

(1) Rousseau, A., Baumann, S., Gaucher, L. (2020). Rapport Enquête Covid-SF. UVSQ, CNSF

(2) Bisch, S., Bernard, C., Rigaux, A., & Berthold, J. (2020). Rapport d'enquête sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum pendant l'épidémie de Covid-19. Tou.te.s Contre les Violences Obstétricales et Gynécologiques.

Ces modifications des pratiques autour de la naissance vont à l'encontre du droit de toutes les femmes, susceptibles ou non d'être infectées par le virus de la Covid 19, à être accompagnées de la personne de leur choix lors du suivi de grossesse, de l'accouchement et des suites de la naissance (Organisation Mondiale de la Santé, 2020). Elles vont également à l'encontre des préconisations du Plan Périnatalité 2005-2007 pour l'accès des futurs parents

à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité et plus globalement pour leur accès à des conditions favorisant leur sécurisation émotionnelle et leur autonomie.

Influence des recommandations

Le CNGOF a été la principale organisation professionnelle à émettre des recommandations préconisant l'éviction des accompagnants autour de la naissance[221]. L'analyse des pratiques discursives semble montrer que ces recommandations ont servi, après leur publication, de référence lors de l'application de mesures restrictives quant à la présence des accompagnants dans les maternités et en médecine de ville. Un article informant les médecins généralistes du contenu de ces recommandations titrera ainsi « Suivi de grossesse et accouchement : les gynécos fixent les règles en période épidémique » (Evrard, 2020). Les recommandations du CNGOF ont par ailleurs pu être reprises mot pour mot sur différents sites internet de centres hospitaliers annonçant aux usagers les mesures d'éviction des accompagnants.(CHU Rouen. Maternité Charles Nicolle, 2020).

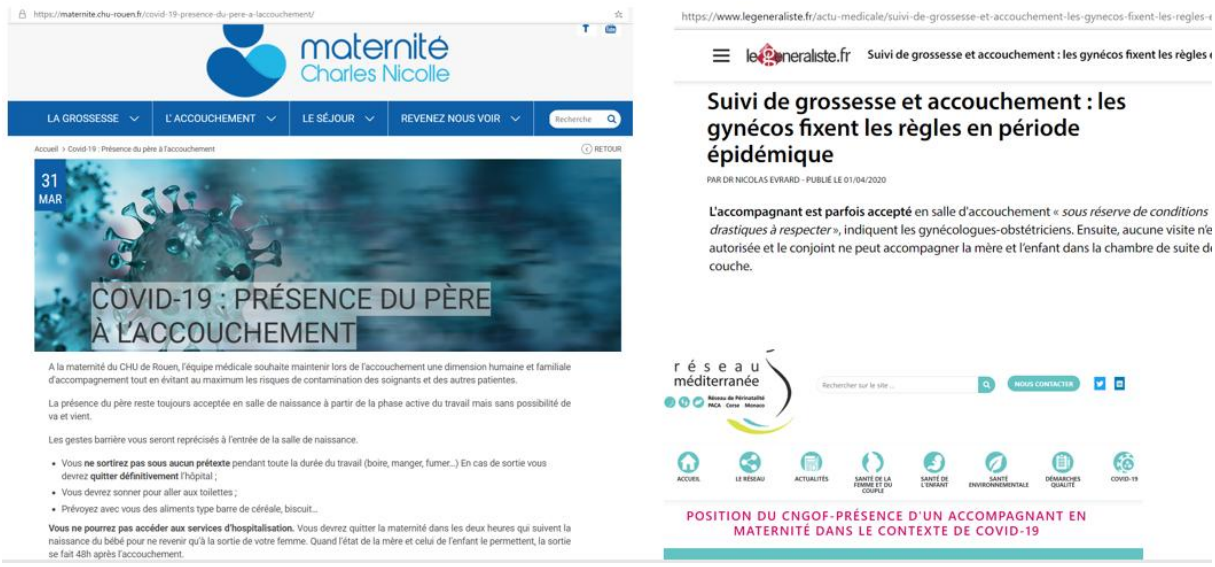

Figure 14 :: Captures d'écran de pages internet illustrant l'influence des recommandations du CNGOF (captures réalisées durant le premier confinement lié au Covid 19 en France)

Pour la période précédant la publication des communiqués du CNGOF, l'analyse semble montrer que ce sont les échanges informels entre pairs gynécologues obstétriciens qui ont eu une influence prépondérante dans l'établissement des protocoles en maternités, avec notamment des échanges d'expériences entre des gynécologues obstétriciens chefs de

[221] avec le Collège Français d'Echographie Fœtale qui a co-signé avec le CNGOF un communiqué préconisant l'éviction des accompagnants pour les échographies prénatales (Collège Français d'Echographie Fœtale & Collège National des Gynécologues, 2020)

service et leurs collègues des maternités du Grand Est. Le communiqué publié le 30 mars par le CNGOF semble corroborer cela, indiquant que « dans chaque région, les maternités élaborent actuellement leur protocole de prise en charge des accouchements. Ils sont semblables au protocole de référence qui a été élaboré en Alsace, région la plus durement touchée par l'épidémie de COVID-19 à ce jour » (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français & Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 2020).

L'analyse des sites internet des maternités, des sites internet et forums dédiés aux parents ainsi que des articles de presse relayant des témoignages de vécus d'accouchements pendant le confinement semble montrer que les principaux écarts ayant pu être observés entre les recommandations du CNGOF et les mesures mises en œuvre dans les maternités ont consisté, pour certaines maternités, à accepter les accompagnants dans les services de suites de naissances dès le mois de mars, alors même que le CNGOF ne le préconise qu'à partir du 27 avril. L'autorisation de la présence de l'accompagnant s'accompagne alors de mesures de confinement : « afin de limiter les circulations dans la maternité, la présence du père sera autorisée pour la naissance et jusqu'à 24h après l'accouchement en confinement strict dans la chambre. Toute sortie de la chambre sera considérée comme définitive. » (CHU Lille, 2020)

L'analyse des pratiques discursives indique que les mesures prises en milieu hospitalier quant à la présence de l'accompagnant ont été du ressort de chaque maternité et qu'elles ont été prises d'une part en s'adaptant au contexte local en termes d'évolution épidémiologique (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français & Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 2020)[222] (Collège national des sages-femmes et al., 2020)[223] et d'autre part en fonction des ressources locales matérielles et humaines permettant le respect ou non des mesures barrières et la préservation d'un nombre suffisant de professionnels de la naissance en exercice (Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes et al., 2020; Ouest-France, 2020)[224]. Si les décisions ont été du ressort de chaque maternité,

[222] « Dans chaque région, les maternités élaborent actuellement leur protocole de prise en charge des accouchements. » (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français & Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 2020)

[223] « La place de l'accompagnant.e est définie par chaque établissement en fonction de la situation locale. » (Collège national des sages-femmes et al., 2020)

[224] Différents articles de presse font état de l'impact des ressources des maternités sur les décisions d'accueil ou d'éviction des accompagnants. Exemple : « La polyclinique Majorelle, située à Nancy (Meurthe-et-Moselle), autorise de nouveau la présence du conjoint lors d'un accouchement. Pour assister à la naissance de l'enfant (…) la maternité devra disposer des équipements de protection individuelle (EPI) en nombre suffisant et la personne accompagnante devra porter les mêmes protections que le personnel dans la salle de naissance. »(Ouest-France, 2020) « La place et le rôle indispensable du conjoint lors de l'accouchement, soulignés et réaffirmés par l'OMS dans le contexte de crise, est aujourd'hui remis en cause du fait du manque de matériel (masques, surblouses…) (…). Les équipes des maternités ont besoin d'équipement suffisant pour que les naissances en France puissent continuer de se dérouler en toute sécurité médicale et émotionnelle pour les équipes soignantes et les couples (…) » Extrait de la lettre ouverte des sages-femmes à Monsieur le Ministre des Solidarités et de la Santé et Monsieur le Directeur Général de la Santé (Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes et al., 2020)

une certaine coordination entre les maternités a pu se mettre en place au sein d'un même territoire : « (…) l'ARS (Agence Régionale de Santé) Bourgogne-Franche-Comté a annoncé que toutes les maternités de la région s'étaient mises d'accord sur une organisation commune : Les papas peuvent assister à la dernière phase de l'accouchement (…) rester pendant 2 heures avec la maman et le nouveau-né (…) et ne pourront revenir que lors de la sortie de leur conjointe et du bébé. » (Marquet, 2020). Des disparités de mesures semblent cependant aussi avoir pu co-exister au sein de mêmes territoires sanitaires (TV5Monde. Terriennes., 2020)[225]. On peut alors se demander si ces disparités au sein d'un même territoire ont été susceptibles d'avoir modifié les parcours de soins des femmes enceintes, celles-ci pouvant privilégier un accouchement dans une maternité ayant des mesures d'éviction des accompagnants moins restrictives. Les mesures restrictives au sein des maternités semblent par ailleurs avoir participé à amener davantage de femmes et de couples à envisager un accouchement à domicile. L'Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile (APAAD) et l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) ont annoncé une hausse exponentielle de la demande d'accouchements à domicile « du fait de l'interdiction des personnes accompagnantes dans les maternités et de la limitation de leur projet de naissance » (APAAD, ANSFL, 2020). La presse s'est également fait l'écho de cette recrudescence de projets d'accouchements à domicile pendant le confinement, recrudescence observée non seulement en France (France-Soir, 2020) [226] mais également dans d'autres pays comme la Suisse (Radio Télévision Suisse, 2020)[227], le Canada (Beaudoin, 2020)[228] ou encore les Etats Unis (Agence France Presse, 2020)[229]. En France, l'association professionnelle de l'accouchement accompagné à domicile (APAAD) a mesuré a posteriori une augmentation de 16 % d'accouchements accompagnés à domicile (AAD) pour l'année 2020.

[225] De nombreux articles de presse font état de ces disparités. Exemple: « "Les consignes évoluent, explique Jacky Nizard, président de l'association des gynécologues-obstétriciens européens et obstétricien à la Salpêtrière à Paris. Pour le moment la plupart des maternités acceptent un accompagnant en salle de travail, mais il n'y a pas de règle générale" (…) "Dans environ les trois quarts des maternités d'île de France, les coparents étaient admis en salle de naissance. Ensuite, environ deux heures après l'accouchement, au moment de regagner la chambre mère-enfant, ils étaient invités à rentrer chez eux", expliquait le docteur Thierry Harvey, gynécologue obstétricien à la maternité des Diaconnesses, dans le 12e arrondissement de Paris. » (TV5Monde. Terriennes., 2020)

[226] « Le papa interdit d'accouchement ? Cette situation, mais aussi la peur d'une contamination en milieu hospitalier, poussent certains couples à envisager l'accouchement à domicile. Les sages-femmes croulent sous les demandes, toutes ne pourront pas être satisfaites. »(France-Soir, 2020)

[227] « "On a une charge augmentée, avec des demandes vraiment plus importantes ces dernières semaines pour des accouchements à domicile et en maison de naissance" confirme Charlotte Moënnat, sage-femme indépendante à Aubonne. "Les couples se retournent vers nous pour différentes raisons", précise-t-elle : "Je peux relever vraiment une peur liée au virus en milieu hospitalier et l'incertitude parfois de la présence du père à la maternité". » (Radio Télévision Suisse, 2020)

[228] « Avec la pandémie, la demande a explosé pour les accouchements à domicile » selon la présidente du Regroupement des sages-femmes du Québec (Beaudoin, D., 17 mai 2020)

[229] « "Je ne pense pas qu'il y ait assez de sages-femmes pour faire face à cette hausse des demandes", signale Michelle Palmer, présidente du comité accouchement à domicile de l'association américaine des sages-femmes professionnelles (ACNM). » (AFP, 8 avril 2020)

L'APAAD signale cependant que l'augmentation de la demande était bien supérieure à 16 %. Mais l'APAAD explique que les sages-femmes pratiquant l'AAD sont peu nombreuses et n'ont pu répondre à l'ensemble des demandes. L'APAAD ajoute que « dans certaines régions la pratique a été suspendue pendant quelques semaines du fait de la surcharge de travail dans les SAMU et services d'urgence. ». (APAAD, 2021)

Acceptabilité sociale des mesures d'éviction des accompagnants

Nous avons analysé des écrits publiés pendant la période de la Covid 19 qui pouvaient refléter le degré d'acceptabilité sociale des mesures d'éviction des accompagnants autour de la naissance d'une part et des modèles décisionnels ayant participé à l'application de ces mesures d'autre part. Nous présentons un échantillon de ces écrits ici.

La Conférence Internationale des Sages-Femmes déclare en mars 2020

> « s'inquiéter de voir que les droits fondamentaux des femmes, de leurs bébés et de leurs sages-femmes soient violés par l'introduction, dans de nombreux pays, de protocoles inappropriés pour la gestion des grossesses, des accouchements et des soins postnatals en réponse à la pandémie de covid-19. Ces protocoles inappropriés ne sont pas basés sur des preuves fiables et sont nuisibles pour les femmes et leurs bébés. (…) il est essentiel que les protocoles de grossesse et d'accouchement pendant la pandémie de coronavirus soient fondés sur des preuves et respectent les droits fondamentaux de toutes les femmes et de leurs nouveau-nés. (…) le soutien continu d'un partenaire de naissance augmente l'accouchement vaginal spontané, raccourcit le travail et diminue les naissances par césarienne et autres interventions médicales. » (International Confederation of Midwives, 2020)

Le Collectif « Stop aux violences obstétricales et gynécologiques » a mis en ligne le 26 mars 2020, une pétition réclamant au ministre de la santé

> « la rédaction de recommandations nationales issues de la concertation entre les différents acteurs de la filière de soins de périnatalité afin de garantir aux femmes la présence de la personne de leur choix en salle de naissance »[230].

Le 27 mars, la cellule de crise « Covid19-sage-femme », dans une lettre ouverte au gouvernement, déclare que « la place et le rôle indispensable du conjoint lors de

[230] Ailleurs qu'en France, des pétitions sont aussi lancées comme en Suisse, une pétition adressée au CHUV et à la ville de Lausanne "CHUV: Ne pas interdire l'accès aux salles d'accouchement aux futurs papas dû au Covid-19"(Laufer, 2020).

l'accouchement, soulignés et réaffirmés par l'OMS dans le contexte de crise, sont aujourd'hui remis en cause » et demande que soit garantie « une prise en charge "décente" et humaine des femmes enceintes, des parturientes, des parents et de leurs enfants ; limitant les séquelles physiques, psychiques et émotionnelles » (Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes et al., 2020).

Le 3 avril 2020, quatre associations françaises de sages-femmes[231] publient un communiqué commun dans lequel elles déclarent que

> « les femmes sont confrontées à une solitude déchirante pendant l'accouchement et en post-partum. Ce sentiment s'ajoute à l'état de grande vulnérabilité due aux remaniements psychiques et hormonaux physiologiques, inhérents au bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement et font craindre une majoration des dépressions du post partum ». (Association Nationale des Sages-femmes territoriales et al., 2020)

Des chercheures de l'Institut National des Etudes Démographiques ont affirmé que « ce refus de la présence d'un soutien continu pendant l'accouchement porte atteinte aux droits reproductifs et peut entraîner des conséquences sur la santé physique, psychique et sociale ». (Rochebrochard et al., 2020)

Le collectif Tou.te.s Contre les Violences Obstétricales et Gynécologiques a mis en ligne une carte des violences obstétricales en période de Covid 19 où, à partir d'une « enquête nationale sur la naissance pendant la pandémie de Covid 19 », sont notamment référencés différents témoignages de femmes ayant vécu l'éviction de l'accompagnant en maternité comme une violence obstétricale (Sogny, 2020; Tou.te.s Contre les Violences Obstétricales et Gynécologiques, 2020).

Le CNGOF, dans son communiqué du 30 mars, écrit avoir reçu pour les recommandations « l'entière adhésion du Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE)[232]» c'est-à-dire l'adhésion des représentants des usagers. Or, le lendemain de cette publication, le CIANE publiait un démenti : « le CIANE n'a à aucun moment été consulté ni n'a exprimé un avis sur la question (…). Nous ne nous sommes donc pas prononcées en faveur de tel ou tel protocole,

[231] Association Nationale des Sages-femmes territoriales, Association Professionnelle des Sages-femmes, Association Française des Sages-femmes Acupuncteurs, Association Nationale des Sages-femmes Orthogénistes

[232] Le CIANE est un collectif d'associations agréé pour représenter les usagers dans le système de santé pour les questions relatives à la grossesse, à la naissance et aux premiers jours de la vie.

et certainement pas en faveur de l'absence du père. » (Collectif InterAssociatif Autour de la Naissance, 2020) [233] Par ailleurs, le CNGOF n'indique pas dans son communiqué s'être concerté avec les autres professionnels de la naissance pour émettre ses recommandations.

La perception d'une verticalité des prises de décisions autour de la naissance en temps de Covid 19 s'étend à des autorités en santé autres que le CNGOF. La cellule de crise « Covid19-sage-femme », regroupant la majorité des organisations professionnelles des sages-femmes, affirme ainsi dans un communiqué sa perception du manque de prise en considération de « l'avis des professionnels de terrain » de la part de la Haute Autorité en Santé déclarant que les réponses rapides dans le cadre de la pandémie de Covid 19 « ignorent les avis des professionnels de terrain » (Cellule de crise « Covid19-sage-femme », 2020)[234]. Les sages-femmes ont déclaré par ailleurs que les femmes et leurs accompagnants ainsi que les sages-femmes ont été insuffisamment pris en compte par le gouvernement lors de la dotation en matériel de protection et que cela a participé à l'éviction des accompagnants. Elles en ont référé au gouvernement le 27 mars dans une « lettre ouverte des sages-femmes à Monsieur le Ministre des Solidarités et de la Santé et Monsieur le Directeur Général de la Santé » (Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes et al., 2020)[235].

[233]« Le Syngof vient de publier un communiqué de presse au sujet des recommandations élaborées avec le CNGOF sur le suivi de grossesse et l'accouchement en période de coronavirus. Il est dit dans ce communiqué que « ces recommandations ont reçu l'entière adhésion du Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE)», ce qui n'est pas exact étant donné que le Ciane n'a à aucun moment été consulté ni n'a exprimé un avis sur la question (…). Nous ne nous sommes donc pas prononcées en faveur de tel ou tel protocole, et certainement pas en faveur de l'absence du père. Il nous paraîtrait donc opportun de rappeler que dans la très grande majorité des situations, et non pas seulement parfois, le père peut être présent en salle d'accouchement. » (Collectif InterAssociatif Autour de la Naissance, 2020)

[234] « Au sujet des Fiches Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 « Continuité du suivi des femmes enceintes » et « Continuité du suivi postnatal des femmes et de leur enfant » de l'HAS du 2 avril 2020, la Cellule de crise « Covid19-sage-femme » (…) va adresser : • Un courrier à la présidente de la HAS pour demander une révision de ces "réponses rapides" prenant en compte l'avis des professionnels de terrain. • Un courrier au Ministre de la santé et à la DGS pour souligner que ces réponses rapides sont contraires aux recommandations de la DGS, aux communiqués du ministère sur le suivi des femmes enceintes et ignorent les avis des professionnels de terrain. » (Cellule de crise « Covid19-sage-femme », 2020)

[235] « La place et le rôle indispensable du conjoint lors de l'accouchement, soulignés et réaffirmés par l'OMS dans le contexte de crise, est aujourd'hui remis en cause du fait du manque de matériel (masques, surblouses…) (…). Les équipes des maternités ont besoin d'équipement suffisant pour que les naissances en France puissent continuer de se dérouler en toute sécurité médicale et émotionnelle pour les équipes soignantes et les couples (...) (pour) garantir une prise en charge "décente" et humaine des femmes enceintes, des parturientes, des parents et de leurs enfants ; limitant les séquelles physiques, psychiques et émotionnelles (…).» (Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes et al., 2020) Après le confinement, à l'occasion du Ségur de la Santé (consultation des acteurs du système de soin français qui se déroule du 25 mai 2020 au 10 juillet 2020), les associations de sages-femmes exprimeront à nouveau leur sentiment de non prise en considération, disant, en amont, être : « peu connues, souvent oubliées par les institutions. Ce qui vient encore de se confirmer avec le récent « Rapport Claris » (Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes, 2020), et, en aval, « avoir été oubliées, alors que la crise, elle, ne nous a pas oubliées » (Raso, 2020)

Tableau 8 : Acceptabilité sociale des mesures restrictives autour de la naissance pendant le premier confinement lié au Covid 19 en France

Extraits d'écrits publiés par des associations de sages-femmes et d'usagers	
International Conference of midwives. 03.2020	« droits fondamentaux des femmes, de leurs bébés et de leurs sages-femmes violés (…) protocoles inappropriés pas basés sur des preuves fiables (…) nuisibles pour les femmes et leurs bébés. (…) soutien continu d'un partenaire de naissance augmente l'accouchement vaginal spontané, raccourcit le travail et diminue les naissances par césarienne et autres interventions médicales. »
Collectif Stop violences obst. et gyn. 26.03.2020	Pétition réclamant « (…) concertation entre les différents acteurs de la filière de soins de périnatalité afin de garantir aux femmes la présence de la personne de leur choix en salle de naissance »
CNOSF 27.3.2020	« La place et le rôle indispensable du conjoint (…) remis en cause du fait du manque de matériel (masques, surblouses…) (…) garantir une prise en charge "décente" et humaine (…); limitant les séquelles physiques, psychiques et émotionnelles (…).»
CIANE 31.3.2020	« le CIANE n'a à aucun moment été consulté (…). Nous ne nous sommes donc pas prononcées en faveur (…) de l'absence du père.»
ANSFT, APSF, AFSFA, ANSFO. 3.4.2020	« les femmes sont confrontées à une solitude déchirante pendant l'accouchement et en post-partum. (…) craindre une majoration des dépressions du post partum »
Cellule de crise Covid-SF 7.4.2020	« Fiches Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 de l'HAS du 2 avril 2020 (…) ignorent les avis des professionnels de terrain. »

Réalisant 88,6 % des accouchements par voie basse non instrumentale et étant parmi les principaux professionnels responsables de la surveillance de la grossesse et de la préparation à la naissance et à la parentalité (INSERM, 2022), les sages-femmes ont été parmi les professionnels de terrain les plus touchés dans leurs pratiques par l'ensemble des recommandations autour de la naissance. Or, l'analyse des pratiques discursives indique ainsi que l'élaboration des recommandations et des décisions prises autour de la naissance pendant le confinement semblent avoir été faites sans consultation participative suffisante de l'ensemble des sages-femmes œuvrant au quotidien dans les services des maternités et en médecine de ville.

L'analyse de contenu des textes publiés pendant la période du Covid 19 montre une difficile acceptabilité sociale non seulement des mesures d'éviction des accompagnants autour de la

naissance mais également des modèles décisionnels ayant participé à l'application des mesures autour de la naissance. En effet, notre analyse de contenu de ces textes met en exergue que les mesures d'éviction des accompagnants autour de la naissance semblent pouvoir être perçues comme issues de modèles décisionnels verticaux ou tout au moins insuffisamment participatifs. Qu'elles semblent pouvoir être perçues comme issues principalement de modèles hygiénistes biomédicaux et prenant insuffisamment en considération l'ensemble des enjeux liés à la présence de l'accompagnant. Qu'elles semblent pouvoir être perçues comme insuffisamment argumentées sur le plan scientifique et comme sous-estimant l'ensemble des effets qui en découlent sur la santé des nouveau-nés, des femmes et plus globalement des futurs parents et de la fratrie. Qu'elles semblent enfin pouvoir être perçues comme portant atteinte aux droits sexuels et reproductifs des femmes et ne répondant pas aux quatre principes fondamentaux de l'éthique médicale (autonomie, bienfaisance, non malfaisance, justice).

L'analyse des discours des associations de sages-femmes ou d'usagers montre par ailleurs que la présence d'un proche de la femme autour de la naissance est socialement perçue comme un élément indispensable à la santé émotionnelle, psychique et physique de la mère et de l'enfant. Cette perception est en accord avec les résultats d'études montrant qu'une même personne présente en continu auprès de la parturiente participe à sa sécurisation affective et ainsi à l'amélioration des issues materno-fœtales[236] (M. Bohren et al., 2017). Mais ces études montrent que les bienfaits d'un accompagnement continu de la femme se retrouvent également lorsqu'un même professionnel de santé est présent en continu à ses côtés. Or, les associations d'usagers et de sages-femmes n'ont pas évoqué ici les soignants comme pouvant assurer cette présence continue. L'analyse des discours des sages-femmes et des usagers sont, ainsi, aussi révélateurs de la rareté actuelle, dans le modèle hospitalier français, d'un soutien continu des femmes par un même professionnel de santé présent en pré, per et postnatal et restant par ailleurs au chevet de la femme de façon continue tout au long du travail d'enfantement. Outre le morcellement de l'accompagnement de la femme en pré, per et postnatal par différents professionnels de santé, la femme, une fois en travail d'enfantement, est effectivement accompagnée par différentes sages-femmes, généralement non connues d'elle au préalable (Thomas, 2016b). Elles se succèdent à son chevet selon leur service

[236] "Continuous support during labour may improve outcomes for women and infants, including increased spontaneous vaginal birth, shorter duration of labour, and decreased caesarean birth, instrumental vaginal birth, use of any analgesia, use of regional analgesia, low five-minute Apgar score and negative feelings about childbirth experiences. We found no evidence of harms of continuous labour support." (M. Bohren et al., 2017).

d'affectation et leurs rotations horaires. Le plus souvent, aucune ne peut lui offrir une présence continue, chaque sage-femme prenant en charge plusieurs parturientes simultanément, selon une organisation des soins inscrite dans une recherche de rentabilité des ressources humaines hospitalières. (Thomas, 2016b)

Conclusion du chapitre 8

Faits anthropologiques

Il se dégage de l'analyse des pratiques discursives autour de la naissance pendant le confinement un ensemble de faits anthropologiques. Un recul majeur du droit des femmes à être accompagnées de la personne de leur choix lors de leur grossesse, de leur accouchement et des suites de la naissance de leurs nouveau-nés (droit réaffirmé par l'OMS le 18 mars 2020) a été observé. Les pratiques issues des discours ont de plus entravé l'accès des futurs parents à une préparation à la naissance et à la parentalité (préconisations du Plan Périnatalité 2005-2007). Elles ont porté atteinte à la sécurité émotionnelle des femmes enceintes (M. Bohren et al., 2017) qui est un objectif primordial du dernier Plan Périnatalité 2005-2007 (Molénat, 2007).

Les discours hétéronormés autour de la naissance ont pu invisibiliser la diversité des modèles du couple, de la famille et des choix des femmes quant à leur accompagnant autour de la naissance. Cette invisibilisation des configurations familiales non traditionnelles témoigne d'un ancrage profond des normes patriarcales dans le champ biomédical. La mobilisation exclusive des termes "père" et "conjoint" dans les recommandations du CNGOF reflète une vision normative de la famille nucléaire hétéronormée, qui ne prend pas en compte les réalités des couples LGBTQIA+ ou des familles monoparentales.

Par ailleurs, la mise en œuvre d'approches participatives, telles que préconisées pour l'élaboration des politiques périnatales (Puech, 2007) a été insuffisante, les modèles décisionnels étant vécus par les sages-femmes et les usagers comme verticaux[237].

Enfin, les mesures d'éviction des accompagnants ont globalement été perçues comme insuffisamment argumentées sur le plan scientifique, ne prenant pas suffisamment en

[237] Cette perception des sages-femmes et des futurs parents fait écho à la généalogie de la maïeutique telle que décrite dans la première partie de ce manuscrit.

considération l'ensemble des enjeux psychologiques liés à la présence de l'accompagnant autour de la naissance. Ce dispositif de restriction aurait ainsi sous-estimé l'ensemble des effets de cette éviction sur la santé des nouveau-nés, des femmes et plus globalement des futurs parents et de la fratrie et n'aurait pas appliqué les quatre principes fondamentaux de l'éthique médicale (autonomie, bienfaisance, non malfaisance, et responsabilité).

Les mesures restrictives ont été dénoncées par de nombreux acteurs du champ périnatal. Par exemple, la Confédération internationale des sages-femmes a alerté dès mars 2020 sur les conséquences de ces protocoles sur la santé psychologique des femmes et de leurs bébés, tandis que des associations d'usagers ont mis en ligne des pétitions pour garantir la présence d'un accompagnant en salle de naissance. Ces discours de résistance révèlent une fracture entre les recommandations des autorités médicales et les attentes des familles, fracture qui a renforcé le sentiment de déshumanisation de la naissance en contexte hospitalier.

Biopouvoir et décisions verticales

En mobilisant la notion foucaldienne de dispositif, il apparaît que les recommandations restrictives du CNGOF s'inscrivent dans une logique de contrôle des corps en période de crise. Comme l'analyse Michel Foucault, les institutions médicales participent à un biopouvoir qui régule les corps sous couvert de protection sanitaire. Ivan Illich, dans son ouvrage Némésis médicale (Illich, 2021), critique également l'autoritarisme médical, qui tend à déposséder les individus de leur autonomie en matière de santé au profit de normes biomédicales centralisées.

Ce que nous apprend ici la pandémie, c'est l'absence d'application de modèles réellement participatifs en santé maternelle, c'est la prédominance de la gouvernance des corps et de la soumission des femmes par des modèles décisionnels verticaux issus de modèles hygiénistes biomédicaux. Cependant, ces modèles verticaux n'ont pas été acceptés sans résistance. Les sages-femmes et les femmes-patientes ont exprimé des formes de résistances discursives, notamment via des lettres ouvertes au gouvernement, des communiqués de presse et des pétitions. Ces voix, pourtant multiples et argumentées, n'ont pas été intégrées dans les processus décisionnels officiels. Leur mise à l'écart illustre une forme d'injustice épistémique (Fricker, 2007) structurelle, dans laquelle les savoirs situés, émotionnels et expérientiels des sages-femmes comme des femmes-patientes ont été perçus comme illégitimes ou anecdotiques, face à des savoirs biomédicaux érigés en monopole de légitimité.

Ces résistances révèlent pourtant un besoin accru de reconnaissance de ces savoirs, largement exclus des processus décisionnels pendant la crise sanitaire. Les émotions suscitées par l'éviction des accompagnants pendant la pandémie sont par ailleurs apparues comme des catalyseurs de résistance subversive face à des normes déshumanisantes. Ces émotions révèlent une dissonance entre les logiques institutionnelles hygiénistes et les réalités émotionnelles et relationnelles de la naissance et sont vectrices d'actes concrets de résistance. J'ai conceptualisé ces émotions comme des « émotions de rébellion » dans le chapitre 3 de ce manuscrit.

La pandémie nous montre ici la nécessité d'une vigilance constante face au risque majeur du recul de droits fondamentaux. L'analyse des pratiques discursives autour de la naissance lors de la pandémie nous rappelle que le respect de l'application des droits des femmes nécessite une vigilance accrue en situations de crises, que celles-ci soient économiques, sociales, politiques ou sanitaires.

Mettant en évidence que les mesures restrictives autour de la naissance ont été vécues comme insuffisamment argumentées sur le plan scientifique et comme issues de modèles décisionnels verticaux, ce travail débouche sur au moins deux questions épistémiques majeures en santé maternelle. Ces questions concernent la manière dont les savoirs sont construits, reconnus ou marginalisés, et la façon dont ils orientent les pratiques et les politiques.

Leur analyse s'appuie toutefois sur des cadres épistémologiques plus larges, mobilisant les travaux de la philosophie et de la sociologie des sciences (Barthe et al., 2014; Baudoin, J., 1989; De Sousa Santos, 2016; Funtowicz & Ravetz, 1994; Goxe, 2003; Habermas, 1973), qui permettent de comprendre comment se posent plus généralement les problèmes d'objectivité, de pluralité des savoirs et de démocratie cognitive.

En ce sens, il s'agit de questions épistémiques situées dans le champ périnatal, mais qui trouvent leur pleine intelligibilité à travers une réflexion épistémologique sur les conditions et les modèles de production des savoirs en contexte de crise sanitaire.

Questions épistémiques

La première question épistémique majeure qui est posée par les résultats de notre recherche est ainsi relative à une élaboration perçue comme insuffisamment participative des politiques

périnatales pendant le confinement. La crise sanitaire a ainsi exacerbé les hiérarchies épistémiques déjà présentes dans le champ périnatal, renforçant la marginalisation des savoirs dits « subalternes ». Il apparaît nécessaire de repenser les modalités de reconnaissance des savoirs en périnatalité, en dépassant la dichotomie entre science et expérience vécue, entre expertise biomédicale et expertise profane.

L'étude de différents courants de sciences participatives ou collaboratives permet de comprendre non seulement les enjeux scientifiques des approches participatives mais également leurs enjeux sociaux et politiques et d'envisager la recherche-action participative ou collaborative autour de la naissance comme un outil de promotion de la santé émancipatrice (M. Chapela, 2008). En 1994, Silvio O. Funtowicz et Jerome R. Ravetz proposent une remise en question de ce qu'ils nomment les « approches traditionnelles scientifiques » pour penser une « science post-normale de l'incertitude et de la complexité » tout en plaidant pour une approche « systémique, synthétique et humaniste » prenant en compte une « pluralité de perspectives ou points de vue légitimes ». Ils appellent à la démocratisation de l'expertise permettant aux populations, à la société civile, à une « communauté élargie de pairs » (intégrant une pluralité de savoirs d'épistémologies divers à travers la participation de personnes traditionnellement non reconnues comme experts), d'être parties prenantes dans les recherches menant directement ou indirectement à des décisions politiques les concernant. La science post-normale peut être considérée comme proposant une prise en compte épistémique plurielle nécessaire lorsque « les faits sont incertains, les valeurs sont polémiques, les enjeux sont importants et les décisions sont urgentes » (Funtowicz & Ravetz, 1994). En 2001, Michel Callon, Pierre Lascoumes et Yannick Barthe, dans un essai sur la démocratie technique, vont émettre des propositions, théoriques et pratiques, à propos de l'organisation de « forums hybrides », espaces publics ouverts permettant la délibération et la controverse sur des choix techniques collectifs entre « experts » et « profanes », pour « agir dans un monde incertain » de manière plus qualitative et efficiente (Barthe et al., 2014; Goxe, 2003). Ces approches prennent en considération l'urgence de penser des modèles collaboratifs de recherche permettant une co-construction de la recherche avec les groupes sociaux confrontés en premier chef à ces questions, dans une optique de recherche de justice sociale et cognitive (De Sousa Santos, 2016). Pour Baoventura de Sousa Santos, il s'agit également de porter l'attention sur les disparités de reconnaissance épistémique. Il concentre ses recherches sur la proposition d'une autre science « pluriverselle » (De Sousa Santos, 2016, 2018a; Dufoix & Macé, 2019) prenant en considération les différentes épistémologies co-

existant. Les approches participatives sont en effet des voies intéressantes à explorer pour renouveler les épistémologies en maïeutique. Il serait cependant simpliste et naïf de penser qu'une approche participative permettant à chacune des parties prenantes de pouvoir s'exprimer conduirait systématiquement à des consensus (Massé, 2012). Il s'agirait également de se méfier d'une confusion entre « populisme méthodologique » et « populisme idéologique » (Olivier de Sardan, 1990).

La deuxième question épistémique majeure qui est posée est relative à l'objectivité scientifique affichée, mais non socialement perçue, des mesures restrictives autour de la naissance. L'usage social et politique des résultats de notre recherche invite d'une part à une mise en lumière des dissonances entre la « base morale »[238] affichée des décisions scientifiques et les différentes réalités qui s'entremêlent dans les fils de ces décisions. D'autre part, il interpelle sur les choix épistémiques en santé maternelle ou, dit autrement, sur les choix de modèles de construction des savoirs et de modèles décisionnels issus de la construction de ces savoirs. Rappelons, notamment, que l'objectivité des sciences prônée par le cercle de Vienne a été réfutée par l'école de Francfort et ses héritiers qui ont démasqué la « raison instrumentale ». Les théories critiques redéfinissent ainsi l'objectivité comme étant articulée avec une subjectivité forte construite collectivement et historiquement. Boaventura de Sousa définira quant à lui l'objectivité comme étant toujours une « intersubjectivité, ou mieux une intersubjectivité auto-consciente » (De Sousa Santos, 2018a). Habermas invite, pour sa part, à être vigilant quant à « l'illusion objectiviste, cette illusion des sciences selon laquelle il y aurait un en-soi de faits déjà structurés en lois et qui masque la constitution de ces mêmes faits, de sorte que n'apparaît plus combien la connaissance et les intérêts du monde vécu sont entremêlés » (Habermas, 1973, p. 141). Popper interroge quant à lui l'objectivité de la science en affirmant qu'« une décision morale n'a jamais de racine scientifique. En revanche, une décision scientifique a toujours une base morale » (Baudoin, J., 1989, p. 51). Il interpelle également quant aux choix épistémiques : « ce choix n'est pas seulement affaire d'opinion personnelle ou de position intellectuelle. C'est une décision d'ordre moral, pouvant avoir une profonde influence sur notre attitude envers les autres hommes et les problèmes de la société » (Popper, 1979, p. 158).

[238] Référence à Popper : « une décision morale n'a jamais de racine scientifique. En revanche, une décision scientifique a toujours une base morale. »

Ces deux questions épistémiques posent un défi majeur pour la santé maternelle : comment favoriser une co-construction des politiques périnatales qui intègre les savoirs des femmes, des familles et des professionnels de terrain ? Les approches participatives, telles que les "forums hybrides" proposés par Callon et al., pourraient constituer une piste concrète pour renforcer la démocratie sanitaire dans le domaine périnatal. Construire une véritable justice cognitive (De Sousa Santos, 2016; Visvanathan, 1997, 2009, 2016) en santé périnatale suppose non seulement de reconnaître les savoirs expérientiels et émotionnels des femmes et des sages-femmes, mais aussi de les articuler aux savoirs biomédicaux dans une logique de complémentarité et non de domination. Il ne s'agit pas de délégitimer la médecine fondée sur les preuves, mais de lui adjoindre d'autres formes de savoirs issus de vécus incarnés, de relations de soin et d'émotions socialement disqualifiées. Il s'agirait de créer des espaces délibératifs permettant aux femmes et aux sages-femmes de participer activement aux processus décisionnels, afin de rendre les politiques de santé plus justes, inclusives et adaptées aux besoins réels des usagers. Cela implique de reconnaître les résistances discursives exprimées pendant la pandémie comme des révélateurs d'un déficit structurel de reconnaissance. Intégrer ces résistances dans les espaces de délibération permettrait de rompre avec les formes contemporaines de silenciation[239] des acteurs du soin (sages-femmes et femmes-patientes), et de construire, en maïeutique, une réelle démocratie épistémique et sanitaire.

[239] Silenciation/Silenciation épistémique : Processus par lequel certains groupes (notamment les femmes, les peuples colonisés, les praticiennes subalternes…) sont empêchés de parler, d'être entendus ou de produire des savoirs reconnus comme légitimes. Inspiré des travaux de Kristie Dotson (Dotson, 2011) et de Miranda Fricker (Fricker, 2007) sur les injustices épistémiques, le terme désigne à la fois l'invisibilisation de certaines voix et l'absence de cadre pour les entendre. Il est mobilisé dans ce du manuscrit pour analyser les formes d'effacement ou de disqualification de certains savoirs en maïeutique dans les espaces biomédicaux et académiques.

Chapitre 9.
Récits polyphoniques de 41 sages-femmes de 29 pays : émotions de rébellion et résistances à bas bruit en temps de Covid-19

Introduction du chapitre 9

> " No poder abrazar a una mujer cuando está en trabajo de parto o no poder acercarte y que te mira a los ojos a la cara. Porque tenías una mascarilla, no saber quién te asistió el parto porque no lo va a reconocer nunca » [240] (Uruguay SF)

Pendant la pandémie de Covid-19, derrière les masques, les regards se cherchaient sans se reconnaître au sein des maternités. Le toucher, premier langage du soin, s'est effacé sous les contraintes sanitaires. Ce vécu, exprimé ici en espagnol par une sage-femme urugayenne, a trouvé des échos sur tous les continents. Derrière ces mesures imposées, des gestes de résistance à bas bruit ont surgi, traduisant une révolte intime contre des normes mondialisées souvent déconnectées des besoins des femmes et des réalités locales. Ces résistances révèlent un besoin universel : celui de préserver l'humanité du soin, fut-ce en temps de crise.

Le chapitre précédent a exploré les tensions révélées par le dispositif de la naissance en France durant le premier confinement, en s'appuyant sur une analyse des recommandations nationales et des discours critiques formulés par les associations de sages-femmes et de femmes-patientes. Cette étude a mis en lumière les limites éthiques et sociales d'un cadre décisionnel centralisé, tout en révélant les résistances discursives comme une tentative de réaffirmer les droits et l'humanisation des pratiques. Elle a révélé aussi comment la silenciation[241] des voix des sages-femmes et des femmes-patientes est un reflet d'injustices

[240] Traduction : « Ne pas pouvoir étreindre une femme en travail, ne pas pouvoir te rapprocher d'elle alors qu'elle te cherche du regard. Parce que tu portais un masque, elle ne saura jamais qui l'a accompagnée pour accoucher, car elle ne pourra jamais te reconnaître. »

[241] Silenciation/Silenciation épistémique : Processus par lequel certains groupes (notamment les femmes, les peuples colonisés, les praticiennes subalternes…) sont empêchés de parler, d'être entendus ou de produire des

épistémiques au cœur de la maïeutique. Ces constats, centrés sur le contexte français, soulèvent des interrogations plus larges : comment ces tensions et résistances se sont-elles manifestées dans d'autres contextes à l'échelle mondiale ? Quelles sont les dynamiques qui se sont jouées entre des systèmes biomédicaux mondialisés et des réalités locales issues d'environnements culturels et institutionnels variés ?

Le chapitre se structure en deux parties. Dans la première partie, nous aborderons l'émergence de la problématique traitée dans ce chapitre. Si celle-ci a commencé à s'esquisser à travers des observations de terrain et des échanges informels avec des familles, des praticiens et des chercheurs, c'est ensuite l'analyse de l'essor des publications internationales sur la naissance en temps de pandémie qui a permis de la préciser. Cette première partie présentera cette revue de littérature et précisera comment celle-ci répond aux questions précédemment citées. Mais elle montrera aussi comment les voix et vécus des sages-femmes elles-mêmes ont été relativement peu documentés en regard à ces questions.

La deuxième partie s'immisce dans ces zones peu explorées par la production scientifique, en examinant les discours de sages-femmes issues des cinq continents, recueillis à travers 41 entretiens menés pendant la pandémie de Covid-19. Ce corpus constitue un sous-ensemble du matériau plus large de 55 entretiens. La thématique de la pandémie n'était pas prévue initialement dans le guide d'entretien, mais elle a émergé spontanément dans plusieurs récits. En raison de la fréquence de ces évocations, une question spécifique sur l'impact de la pandémie a été ajoutée en cours d'enquête, ce qui explique que le présent chapitre s'appuie sur ce sous-corpus de 41 entretiens. Dans des contextes variés, ces récits révèlent des expériences marquées par les restrictions imposées par les systèmes institutionnels, mais aussi par des dynamiques de résistance et de réinvention face aux normes biomédicales mondialisées. Comment ces sages-femmes ont-elles navigué entre des contraintes locales et des logiques globales souvent déconnectées des réalités de terrain ? En quoi leurs récits témoignent-ils d'une capacité à réinterpréter et à transformer les pratiques périnatales dans des environnements diversifiés afin de préserver l'humanité des soins ?

savoirs reconnus comme légitimes. Inspiré des travaux de Kristie Dotson (Dotson, 2011) et de Miranda Fricker (Fricker, 2007) sur les injustices épistémiques, le terme désigne à la fois l'invisibilisation de certaines voix et l'absence de cadre pour les entendre. Il est mobilisé dans ce manuscrit pour analyser les formes d'effacement ou de disqualification de certains savoirs en maïeutique dans les espaces biomédicaux et académiques.

I- Contexte et problématique

Mes réflexions durant les débuts de la pandémie se sont appuyées sur la recherche que j'ai menée durant le premier confinement en France (Deneffe Dobrzyński, 2020), mes observations de terrain dans différentes maternités[242] ainsi que des échanges informels autour de ma recherche avec des professionnelles, des étudiantes en maïeutique ou des familles[243] mais aussi avec des praticiens-chercheurs lors de colloques internationaux[244]. Ensuite, l'essor international de publications sur la naissance en temps de pandémie a permis de documenter plus précisément comment la pandémie a transformé les pratiques autour de la naissance à travers le monde, quelles en ont été les répercussions sur la santé des femmes et des familles et ce que la pandémie nous apprenait du dispositif mondial de l'accompagnement de la naissance. Nous allons ainsi revenir sur cette revue de littérature afin d'en éclairer à la fois les apports mais aussi les zones peu explorées ayant débouché sur la question de recherche traitée dans ce chapitre.

Résultats d'études européennes sur l'impact des mesures restrictives : solitude et dépression maternelle, anxiété parentale et difficultés de l'établissement des premiers liens parents-enfants, forte défiance envers les protocoles

En Europe, une étude norvégienne met en évidence que l'éviction de l'accompagnant autour de la naissance a entraîné un sentiment de solitude et d'abandon pour les femmes. Ce

[242]Pendant le premier confinement lié au Covid 19, je poursuis les cours donnés aux étudiantes sages-femmes en faculté et l'encadrement de ces mêmes étudiantes dans différentes maternités de ma région, en tant qu'enseignante maïeutique. Ce contexte d'encadrement d'étudiantes sages-femmes au sein de diverses maternités m'offre une position d'observation privilégiée.

[243] La publication de mon article de 2020 (Deneffe Dobrzyński, 2020) a conduit à de nombreux échanges.

[244] Des impulsions décisives m'ont été données lorsque j'ai communiqué sur les résultats de mon article :

- au colloque « La pédiatrie sociale en temps de COVID 19 » organisé par l'Association Internationale de Pédiatrie Sociale, qui s'est tenu le 4 décembre 2020 ;
- à la Biennale Internationale de l'Éducation, de la Formation et des Pratiques professionnelles, organisée par l'association La Biennale en partenariat avec l'UNESCO et l'Institut Catholique de Paris qui s'est tenue à Paris du 22 au 25 septembre 2021 ;
- au colloque triennal de la confédération internationale des sages-femmes ou ICM (International Confederation of Midwives), plus grand évènement mondial en maïeutique, rassemblant plusieurs milliers de sages-femmes issues des cinq continents qui a eu lieu en Indonésie, en juin 2023. Mon déplacement a été rendu possible par le report des financements collectés pour ce déplacement prévu initialement en 2020. A l'issue de ce congrès, lors de mon retour en France, je m'empare alors de ces questionnements.

sentiment s'est encore accru lors de leur séjour postnatal face à un personnel en sous-effectif, peu disponible et décrit par les jeunes accouchées comme dispensant alors des soins froids et impersonnels. (Eri et al., 2022) Une étude anglaise met en exergue que l'anxiété des parents était augmentée par un sentiment de vulnérabilité et d'impuissance face à des consignes restrictives mouvantes, distinctes d'une maternité à l'autre et sur lesquelles la communication était floue (Keely et al., 2023). Une étude anglaise et une étude italienne montrent que l'éviction de l'accompagnant autour de la naissance a généré des difficultés pour l'établissement des premiers liens père-enfant. Elles montrent également le peu de confiance des parents quant à la pertinence de cette éviction. (Andrews et al., 2022; Nespoli et al., 2022) Une étude transversale réalisée en Irlande, en Norvège, en Suisse, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni renseigne des niveaux élevés de symptômes dépressifs et d'anxiété généralisée chez les femmes enceintes et les femmes allaitantes pendant la pandémie. Les femmes de ces cinq pays ont exprimé une grande souffrance psychologique du fait de l'éviction du co-parent lors des visites prénatales, lors de l'accouchement et/ou pendant la période postnatale. Elles ont aussi relevé leurs craintes pour elle et leur enfant à naître d'être infectée par le SARS-CoV-2. (Ceulemans et al., 2021) Des études espagnoles documentent des taux importants d'insatisfaction pour l'accouchement pendant le confinement, associés à des taux de dépressions postnatales augmentés (Mariño-Narvaez et al., 2021). Ces études espagnoles révèlent également que les symptômes d'anxiété et de dépression chez les femmes enceintes ont été plus importants chez les femmes isolées socialement ou issues de l'immigration (Brik et al., 2021).

Résultats d'études américaines : élargissement à l'augmentation de l'impact du racisme obstétrical pendant la pandémie

En complémentarité aux conclusions des études citées préalablement montrant une anxiété accrue chez les femmes issues de l'immigration, un article américain souligne par ailleurs le risque accru d'exposition au racisme obstétrical pendant la pandémie. Cet article montre que priver les femmes issues des minorités de leur accompagnant équivaut à les priver de la présence d'une personne renforçant leur voix et limitant leur exposition à des discriminations au sein du système de soins. (Norton et al., 2020) Un article brésilien dévoile ainsi que, du fait de préjugés raciaux implicites, pendant la pandémie, les femmes blanches ont été

beaucoup plus souvent autorisées à avoir un accompagnant à leurs côtés que les femmes noires. (Mittelbach & Albuquerque, 2022)

Résultats d'études d'Océanie : un écho à la détresse émotionnelle des femmes et au contournement des restrictions hospitalières via les choix d'accouchements à domicile

Les études réalisées en Océanie font écho aux études européennes. Une étude australienne montre des syndromes dépressifs plus importants que d'ordinaire chez les femmes enceintes et les jeunes accouchées. Cette étude relie cette hausse à la distanciation sociale, l'exposition aux informations liées à la pandémie et aux mesures restrictives dans le système de soins périnatals (Lequertier et al., 2022). Une autre étude australienne indique une hausse pendant la pandémie de la demande d'accouchements accompagnés à domicile avec des sages-femmes libérales. Cette hausse est expliquée par la difficile acceptabilité des mesures d'éviction de l'accompagnant lors de la naissance dans les centres de santé, ainsi que de la crainte de contamination au SARS-CoV-2 en milieu hospitalier. (Homer et al., 2021) Par ailleurs, une étude néo-zélandaise souligne d'une part que les sages-femmes ont été invisibilisées par les décideurs lors de la pandémie et d'autre part que l'engagement des sages-femmes s'est accentué pour maintenir, malgré la crise sanitaire, la sécurité culturelle et émotionnelle dans l'offre de soins périnatals au sein des communautés. (Crowther et al., 2021)

Résultats d'études africaines : précarisation du système, augmentation de la perception négative des centres de soins et recul du recours aux maternités

En Afrique, une étude transversale menée en Guinée, au Nigéria, en Tanzanie et en Ouganda souligne le défaut crucial d'équipements de protection (masques…) et de tests rapides pour les femmes suspectées d'être atteintes de la COVID-19 (Semaan et al., 2022). Une étude menée au Bénin dévoile que la gestion de la pandémie a entraîné une détérioration de conditions de travail déjà précaires des sages-femmes et autres soignants. Cela a généré un stress accru des équipes soignantes qui a impacté la qualité des soins et généré des tensions exacerbées avec les communautés. La hausse de la perception négative des centres de santé

a été responsable d'une baisse des suivis de grossesse et d'accouchements en centres de santé. Il a été documenté une recrudescence du recours aux systèmes de soins non biomédicaux : les femmes enceintes se sont davantage tournées vers des pratiques communautaires s'appuyant sur des savoirs endogènes. (Akpi et al., 2023)

Résultats d'études asiatiques : dépressions maternelles et augmentation de la pathologisation de la maternité

En Asie, une étude chinoise met en évidence que, face aux mesures restrictives en temps de pandémie, l'anxiété augmentée des femmes générait davantage de demandes de césarienne plutôt que d'accouchement vaginal, d'allaitement artificiel plutôt que maternel et de retours précoces à domicile après la naissance plutôt que de séjours postnatals à l'hôpital (Liu et al., 2020). Une autre étude chinoise met en exergue des taux augmentés de dépression de la femme enceinte ainsi que de survenue de pensées d'automutilation (Wu et al., 2020).

Impact des politiques restrictives sur l'allaitement

Une équipe de chercheurs portugais et espagnols ont réalisé une revue systématique mondiale des publications ayant étudié l'impact sur l'allaitement maternel des mesures restrictives. Cette équipe montre que la réduction des visites à la maternité puis au domicile a, à la fois, permis une meilleure disponibilité des jeunes mères pour se consacrer à l'allaitement, mais a, dans le même temps, réduit les possibilités de soutien émotionnel, professionnel et familial des femmes allaitantes (conseils et accompagnement à l'allaitement, aide à la logistique familiale pour permettre à la mère de se consacrer à l'allaitement…). (Pacheco et al., 2021)

Une critique internationale du déséquilibre bénéfices-risques des politiques périnatales

Au-delà de partager les résultats de leurs recherches, l'ensemble de ces études internationales dénoncent le déséquilibre bénéfices-risques des politiques restrictives autour de la naissance. Une revue systématique des publications internationales (Kotlar et al., 2021) souligne par ailleurs que les mesures restrictives autour de la naissance ont été mises en place pendant la pandémie sous l'impulsion de sociétés et institutions de gynécologues et obstétriciens. En

France, rappelons que l'impulsion avait été effectivement donnée par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (Deneffe Dobrzyński, 2020). Or, cette revue systématique internationale démontre que les recommandations restrictives autour de la naissance mises en place dans les différents pays ne se sont pas appuyées sur des données suffisamment probantes et qu'elles ont été nuisibles pour la santé de la mère et de l'enfant (Kotlar et al., 2021). Cette revue de littérature fait ainsi écho aux questions épistémiques majeures que je posais à l'issue de la recherche menée pendant le premier confinement en France (Deneffe Dobrzyński, 2020), à savoir l'invisibilisation des voix et des savoirs situés des femmes et des sages-femmes dans les circuits décisionnels.

Une littérature peu attentive au vécu des sages-femmes

On peut alors se demander comment les sages-femmes ont vécu et perçu les changements de pratiques autour de la naissance pendant la pandémie de Covid-19. Or, si cette revue de littérature montre une importante exploration des vécus autour de la naissance des femmes et des couples pendant la pandémie, elle dévoile une moindre exploration des vécus des sages-femmes. Une étude australienne (Bradfield et al., 2022) se démarque cependant. Cette étude, centrée sur le haut niveau d'exposition des femmes australiennes à l'éviction des accompagnants, met aussi en exergue l'augmentation du niveau de stress et d'anxiété des sages-femmes. Elle souligne que, dans ce contexte, cette augmentation est corrélée à la baisse de leur capacité à fournir des soins centrés sur les besoins des femmes. Cependant, la rareté d'études centrées sur le vécu des sages-femmes montre que ce champ reste largement inexploré alors même que ces professionnelles ont été en première ligne pendant cette période.

Problématique

Ce chapitre s'immisce dans cette lacune en explorant le vécu de sages-femmes à travers le monde sur les mesures restrictives autour de la naissance. Comment les sages-femmes ont-elles vécu et perçu les changements de pratiques autour de la naissance pendant la pandémie de Covid-19 ? Qu'apprend-on sur le dispositif mondialisé de la naissance pendant la Covid-19 à travers leurs voix et leurs récits de pratique de terrain ?

Cette question est examinée à travers les dynamiques de contrôle et de résistances. Recueillir et analyser les discours des sages-femmes permet d'affiner la documentation des pratiques

et vécus de terrain pendant la pandémie pour une meilleure compréhension des pouvoirs, savoirs et résistances qui régissent le dispositif mondialisé de la naissance.

II- Méthodologie

Choix de la méthode : entretiens semi-directifs

Le choix d'une approche qualitative s'est imposé naturellement pour explorer les vécus, perceptions et formes de résistance des sages-femmes dans leurs pratiques en temps de Covid-19. Comme détaillé au chapitre 2, les entretiens semi-directifs ont été retenus pour leur souplesse : ils permettent de structurer l'échange autour de grandes thématiques tout en laissant émerger librement des éléments inattendus, des nuances émotionnelles et des zones de rupture ou de contournement. Ce format favorise l'émergence de savoirs situés, en permettant aux participantes de raconter à leur manière ce qu'elles ont vécu et ressenti. Dans le cas présent, cette méthodologie a été mobilisée pour documenter spécifiquement les vécus liés à la pandémie de Covid-19.

Corpus : entretiens avec 41 sages-femmes issues des 5 continents

Le corpus retenu est constitué d'entretiens réalisés avec 41 sages-femmes issues de 29 pays répartis sur cinq continents et ayant eu une activité professionnelle durant la pandémie. Ce corpus est issu du corpus plus large de 55 entretiens menés pour explorer les expériences professionnelles et critiques des sages-femmes autour de la maïeutique contemporaine. La thématique de la pandémie n'était pas prévue initialement dans le guide d'entretien. Cependant, plusieurs sages-femmes interrogées dans la première phase de la tenue des entretiens ont spontanément abordé cette question, la décrivant comme un moment-clé, bouleversant les normes de soins et provoquant des blessures morales[245] vectrices de réajustements ou résistances. Ce surgissement témoigne de l'importance symbolique et pratique de cette période dans le vécu des professionnelles interrogées. Au vu de la fréquence

[245] « Moral injury describes the challenge of simultaneously knowing what care patients need but being unable to provide it due to constraints that are beyond our control. » (Dean et al., 2019)

de ces occurrences, une question spécifique sur l'impact de la pandémie a été ajoutée en cours d'enquête.

Les 41 sages-femmes ayant abordé les particularités de leur pratique pendant la pandémie sont issues de :

- 10 pays d'Afrique : Bénin, Cameroun, Eswatini, Ethiopie, Malawi, Mozambique, Sénégal, Sierra Leone, Togo, Zambie ;
- 5 Etats d'Amérique du Nord : les Etats de Colombie Britannique et Québec pour le Canada, les Etats d'Arizona, New York et Rhode Island pour les Etats Unis d'Amérique ;
- 4 pays d'Amérique du Sud : Chili, Equateur, Pérou, Uruguay ;
- 1 DROM français situé géographiquement en Amérique [246] ;
- 4 pays d'Asie avec 2 provinces pour l'Indonésie : Hong-Kong, Pakistan, Timor Leste, les provinces de Bali et Java Central pour l'Indonésie,
- 7 pays d'Europe : Allemagne, Belgique, France, Italie, Suède, Suisse, Royaume-Uni ;
- 2 pays d'Océanie : Australie, Nouvelle Zélande.

Les pays, Etats ou provinces cités sont chacun représentés par une sage-femme, sauf pour le Chili, l'Equateur, le DROM français situé en Amérique central, la province de Bali en Indonésie, l'Allemagne, la France métropolitaine et l'Australie qui sont représentés chacun par deux sages-femmes. La carte ci-dessous représente chaque sage-femme par un disque situé sur la zone territoriale où elle exerce, les disques plus larges représentant le fait que deux sages-femmes de cette zone géographique ont été entendues en entretien.

[246] Celui-ci n'est pas précisé afin de préserver l'anonymat des sages-femmes interrogées, celles-ci pouvant témoigner de types de pratique les rendant plus facilement identifiables du fait de leur faible nombre sur ce territoire précis.

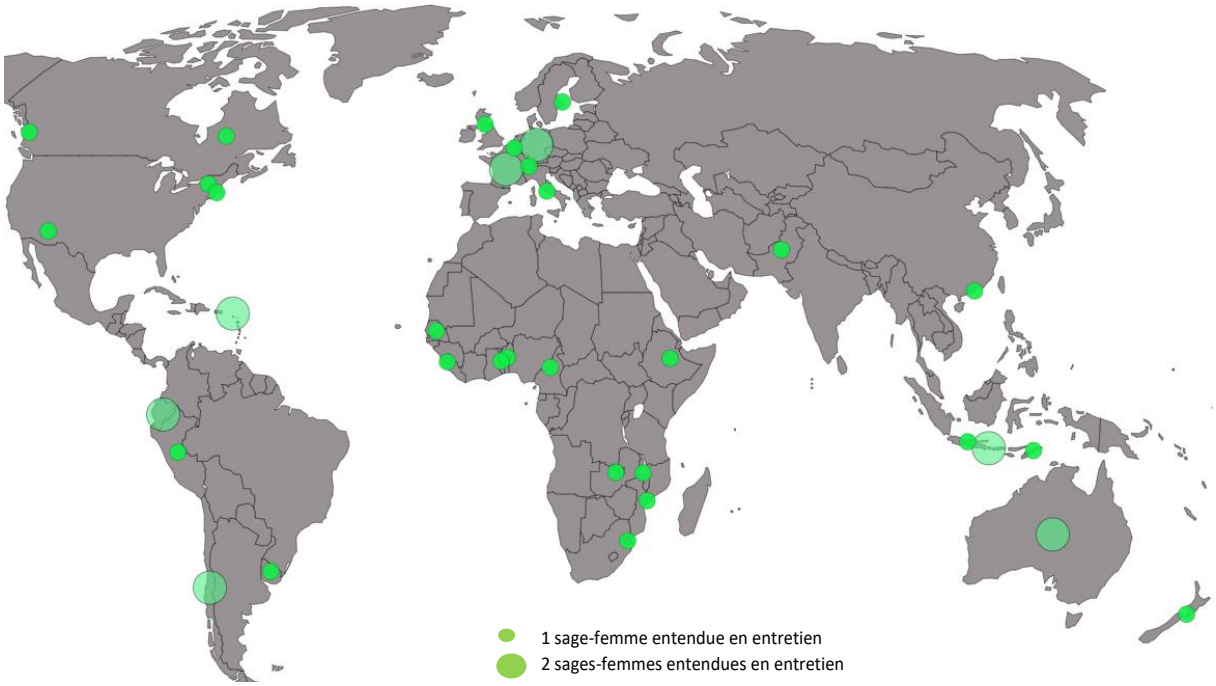

Figure 15 : Figure 16 : Carte indiquant les zones géographiques où exercent les 41 sages-femmes ayant participé aux entretiens sur la naissance en temps de Covid 19

Issus du corpus des 55 entretiens réalisés par visioconférence zoom, d'octobre 2023 à avril 2024, le codage des noms des sages-femmes, les modalités de recrutement, les conditions d'entretiens, les considérations éthiques et la méthodologie sont celles explicitées dans le chapitre 2 du manuscrit. Sur les 41 entretiens, 19 ont été menés en anglais en 15 en français, 6 en espagnol, et enfin un en portugais.

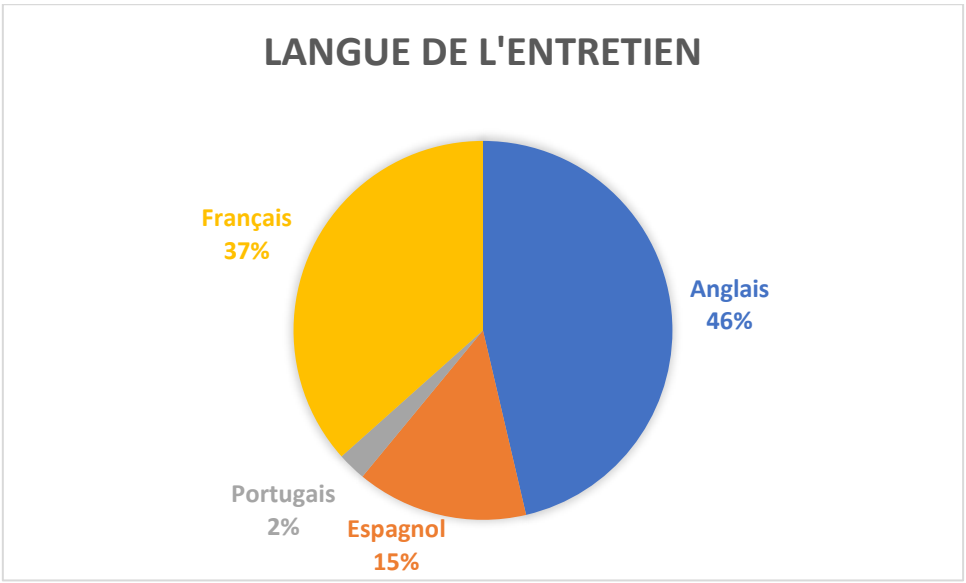

Figure 16 : Langues dans lesquelles les entretiens ont été menés pour recueillir les récits de sages-femmes sur leur pratique pendant la Covid-19

Le profil des 41 sages-femmes est représentatif de celui du corpus total des 55 entretiens. La moyenne d'âge recalculée pour ce sous-corpus montre que les jeunes sont âgées d'une vingtaine d'années et les plus âgées ont une soixantaine d'années. La majorité d'entre ont entre 30 et 49 ans.

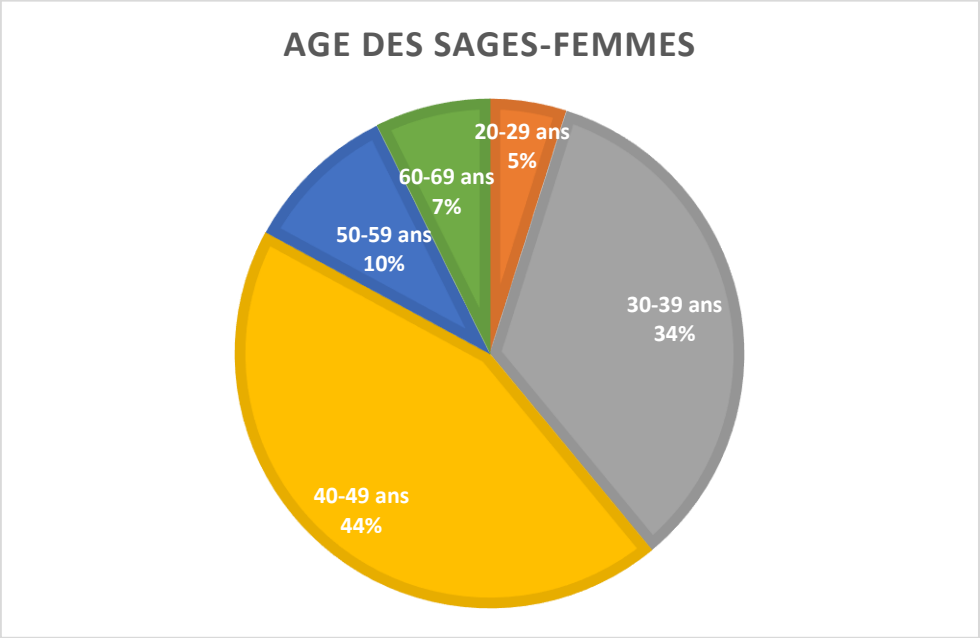

Figure 17 : Tranche d'âge des sages-femmes entendues en entretien sur leurs pratiques pendant la pandémie de la Covid-19

Les sages-femmes entendues en entretien avaient divers registres d'activités professionnelles en maïeutique durant la pandémie. Parmi leurs différentes activités cliniques, la quasi-totalité ont eu une activité d'accompagnement des accouchements. Plus de la moitié avaient également une activité d'enseignement et/ou de recherche. Le tableau ci-dessous précise le nombre de sages-femmes entendues en entretien en fonction de la typologie de leur activité d'accompagnement des accouchements et précise le nombre de celles concernées par des activités associées d'enseignement et/ou de recherche.

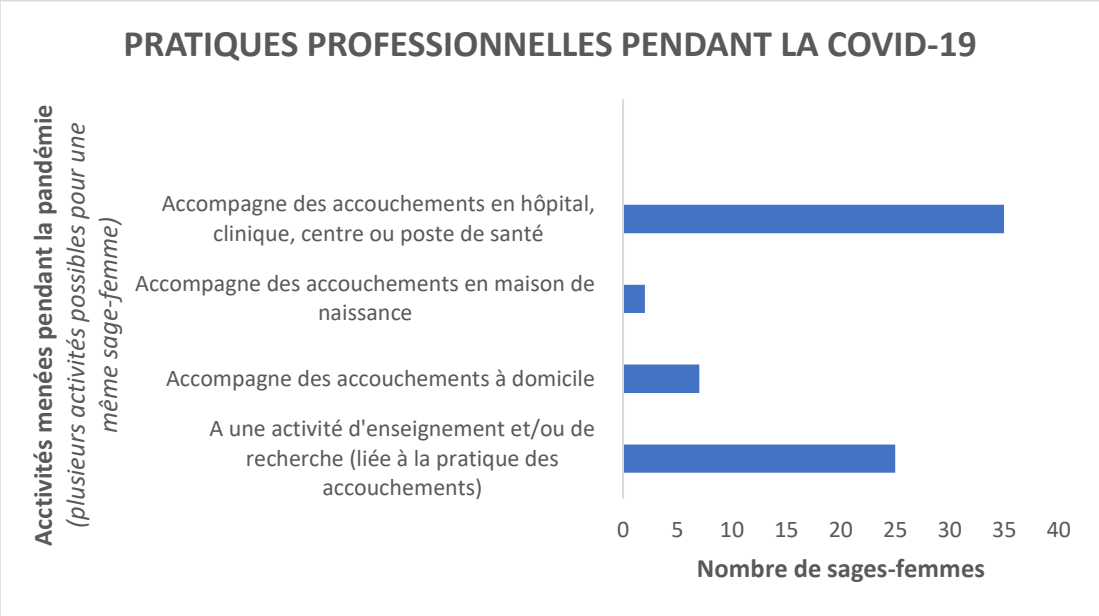

Figure 18 : Pratiques professionnelles exercées pendant la pandémie pour les 41 sages-femmes entendues en entretien sur leurs pratiques pendant la Covid-19

Il n'est pas donné ici de tableau de corrélation entre le nom de code de chaque sage-femme, leur âge et les type d'activités exercées afin de mieux garantir l'anonymat de chacune des sages-femmes.

III- Résultats

Les pratiques discursives des sages-femmes se sont spontanément organisées autour de quatre thématiques qui serviront de fil rouge à la présentation des résultats :

- le droit des parturientes à être accompagnées par la personne de leur choix,
- les mesures barrières et de distanciation sociale,
- la gestion des ressources humaines et matérielles,
- les choix des parturientes quant aux lieux de naissances.

Droit des parturientes à être accompagnées par la personne de leur choix : un marqueur des inégalités d'accès à une naissance humanisée

Avant la pandémie : inégalités d'accès au droit à la présence de l'accompagnant lors de la naissance

L'analyse des pratiques discursives des sages-femmes montre tout d'abord que l'accès usuel au droit à la présence de l'accompagnant lors de l'accouchement est inégal selon les continents et selon les lieux d'accouchements.

En Afrique subsaharienne

Ainsi, les sages-femmes interrogées issues de 10 pays d'Afrique subsaharienne ne soulignent pas de changements de pratiques quant à la présence de l'accompagnant au sein même des salles de naissances pendant la pandémie car :

> «Les accompagnants n'avaient pas accès déjà habituellement, donc au début, pendant le confinement, ça ne changeait pas. Il faut qu'elle soit seule en salle d'accouchement avec les professionnels de santé.» (Bénin SF).

Les sages-femmes de notre échantillon exerçant en Afrique subsaharienne expliquent que les conditions matérielles ne sont habituellement pas réunies pour accueillir les accompagnants dans la majorité des centres de santé publics. Les salles d'accouchements sont collectives, ce qui représente un obstacle à l'acceptation des accompagnants : *« it's an open room, we don't encourage to come in »* (Malawi SF). Les sages-femmes décrivent une absence de séparation entre les tables d'accouchements renforçant cet obstacle : *"the way our facilities are designed is not possible. Because we have like 3 beds in a room and these... and there are not demarcations like curtains"* (Zambie SF). Refuser la présence de l'accompagnant est alors vécu comme habituellement nécessaire pour préserver l'intimité des autres parturientes :

> "There's no one, they labor alone. (…) Our facilities don't allow presence of a support person. Then we didn't even have curtains in between to separate the women. So the issue of privacy?" (Eswatini SF)

Ces salles collectives peuvent de plus être surchargées dans les hôpitaux de référencement, rendant la présence usuelle de l'accompagnant d'autant moins envisageable : *"nos grandes hospitais está muito congestionado. São muitas mulheres grávidas, então fica difícil gerir »* (Mozambique SF). Le manque d'intimité dans les salles de naissances collectives est un frein évoqué par toutes pour la présence de l'accompagnant :

> « On peut avoir plusieurs femmes en même temps dans la salle d'accouchement. Et on évite qu'on ait des accompagnants en même temps parce qu'il y a l'intimité des autres patientes qu'il faut respecter. » (Sénégal SF)

Dans les plus petits centres de santé, si une seule femme est en travail, les sages-femmes expliqueront être confrontées à l'exiguïté des locaux :

> « Nos formations sanitaires sont tellement… la salle d'accouchement est exiguë, c'est un espace vraiment petit qui ne permet même pas au mari de la femme d'assister à l'accouchement. » (Togo SF)

Outre le problème des conditions matérielles et du manque d'intimité, d'autres raisons sont également évoquées pour refuser l'entrée de la salle d'accouchement aux accompagnants : la crainte des conflits familiaux et le refus de l'entrée de pratiques féminines endogènes dans les lieux de la naissance biomédicalisée.

> « C'est strictement interdit (de faire entrer un accompagnant auprès de la parturiente). (…). Hum, c'est vrai que c'est un peu culturel au départ, et la nudité de la femme, les conflits familiaux… donc. Il y a tout ça…la confidentialité… donc aussi il y a le culturel et il y a le médical parce que elle ne va pas, on va pas la laisser sa nudité devant tout le monde. Il faut pas aussi, aux côtés des mères, sculptures et des pratiques tout ça là, il faut pas que d'autres choses viennent se mélanger dans la salle. Et on dit que c'est le côté médical donc bref parfois les familles font des choses. Il y a des potions qu'ils ont … Je prends l'exemple comme…On peut dire que le miel accélère les contractions. Généralement on le dit souvent et du coup ils peuvent être dans la salle avec du miel et lui donner et on ne contrôle pas. Donc généralement c'est pour éviter qu'elles fassent des gestes autres que les gestes qui doivent être faits sur le plan médical et qu'on ne peut pas contrôler. » (Cameroun SF)

Les sages-femmes évoquent cependant les prémices d'une évolution. Certains centres privés ayant des salles de naissances individuelles accueillent l'accompagnant. Certains centres publics amorcent des aménagements pour penser la place de l'accompagnant en salle de naissances. Cela concerne cependant un nombre fort réduit de femmes et souligne les inégalités d'accès à ce droit des parturientes.

> "But over the few years, even though the maternity unit is smaller, in all the districts we have tried to put screens between each delivery bed or couch. But the noises are... you know, shouting and doing all sorts of things. So if it's only one person in labor, now we can

encouraging. You know it depends on us. The woman wants, you know, to act to be accompanied her you know, during labor. So basically this is the situation." (Sierra Leone SF)

« Maintenant, dans certaines structures, on a les équipements, la structure qu'il faut pour l'accouchement humanisé, on peut avoir un accompagnant jusqu'à l'accouchement hein, mais pour la plupart quand même, on n'a pas un accompagnement en salle d'accouchement quoi. (…) On a ça, mais pas trop, c'est pas trop trop fréquent en salle d'accouchement dans le public. Bon, dans les structures privées, c'est différent. Ouais. Dans les cliniques et tout donc là, le mari est là, donc même en salle d'op, on peut avoir un accompagnant qui est là et tout, mais dans les structures publiques, non parce que le volume, comme j'ai dit parfois, est non. » (Sénégal SF)

Par ailleurs, la figure de l'accompagnant peut être davantage associé à une figure féminine que masculine :

« C'est vrai que les hommes viennent. Mais parfois, ils sont là, ils viennent très peu, mais parfois aussi, le personnel n'a pas cultivé, n'a pas apporté la culture de permettre au mari d'être à côté de sa femme. De plus en plus, quand on est en train de commencer à faire cela, mais de façon générale, c'est soit sa mère, soit sa belle-mère, soit ses sœurs, soit les sœurs du mari si elle est mariée. Bref, c'est la famille. Et c'est la famille plus que le mari. » (Cameroun, SF)

En Asie[247]

Cette situation d'absence usuelle de l'accompagnant en salles de naissances décrite par les sages-femmes issues des 10 pays d'Afrique subsaharienne est retrouvée également dans le discours d'autres sages-femmes de notre échantillon issues de pays à revenus faibles ou modérés. Ainsi, la sage-femme pakistanaise expliquera aussi que les conditions matérielles ne permettent pas la présence des accompagnants en salles d'accouchements dans les structures hospitalières publiques :

"Because mostly in the hospital there are lot of lot of patient in the hospital. There are lot of patient in the hospital and there is difficulty to manage this patient with their families members. This is the basic reason and they don't have good facilities for the family members to stay with the patient in the labour room. So mostly, mostly they don't allow because they

[247] Les discours de la sage-femme de Hong-Kong relatent des pratiques plus proches de celles relatées par d'autres sages-femmes de pays à revenus élevés et sont traités plus loin.

> don't have facilities for the relative and they don't have policy from the hospital to stay with the female." (Pakistan SF)

Dans le discours de la sage-femme du Timor Leste sera retrouvé l'inégalité d'accès au droit à l'accompagnant selon l'accès à une salle d'accouchement privative ou collective.

> "Usually only one family member allow inside the room. The mother request like if she wants the husband come inside and then the husband will hide. And if she's confortable with her mother inside, then the midwife will allow some of the family member, which is more comfortable with the patient. OK. And it is possible in all the hospital there are one room for one woman to the delivery. In some hospital, there's one room for a lot of women who give birth and there is not possible to have a husband or a mother with the women." (Timor Leste SF)

En Indonésie, les sages-femmes exerçant à Bali et Java Central décrivent une présence variable des accompagnants lors du déroulement du travail ou lors de la naissance elle-même. Si la présence d'un accompagnant au moment même de la naissance semble habituelle dans les centres privés ou les maisons de naissances tenues par des sages-femmes, a contrario, elle peut être limitée lors d'accouchements hospitaliers.

> " During the observation period, the family can be with the women. The women can be accompanied by two people. But then the birth is only accompanied by one person, it can be her mom or her husband or partner (…) I think it's not in all of the hospital, it's really depend on the hospital. (…) in the midwife's private clinic, every private clinic permit the one companion for the women. But in a hospital, it really depends on the hospital, not all the hospital will permit the company during the birth, yeah." (Indonésie-Java Central SF)

> "In the private hospital, our husband or mother-in-law, they can come during the labor. More comfort, I think, yeah, because many people who love you will come to the process of labor. But the other the public Primary Health care, they will limit the person who come at the process because in one labor room, there are many bed, three or four beds. So, they cannot allow more people come in the labor process. And for the birth, not more than one person come." (Indonésie-Bali SF1)

En Amérique latine et centrale

L'amorce de changements décrits pas les sages-femmes d'Afrique subsaharienne comme ayant été impulsée par les programmes d'humanisation de la naissance se retrouve dans les

discours des sages-femmes d'Amérique du Sud. Celles-ci expliquent qu'il y a encore une dizaine d'années, les accompagnants n'étaient pas acceptés pendant le travail d'enfantement et lors de la naissance elle-même. La sage-femme péruvienne entendue en entretien explique ainsi que la présence de l'accompagnant a été encouragée dans son hôpital, à Lima, depuis dix à quinze ans, pour diminuer les plaintes des familles en périnatalité. Elle exprime que la présence de l'accompagnant permet une meilleure information des familles diminuant leur niveau d'anxiété et de défiance envers les soignants mais aussi apporte une sécurité physique et psycho-affective aux patients. Et elle dit observer que cette présence encourage les soignants à avoir des soins plus respectueux et de meilleure qualité envers les parturientes, les soignants se sachant observés par l'accompagnant. Elle précise que les plaintes des familles ont diminué du fait de cette meilleure qualité des soins mais aussi du fait que cela réduit le sentiment des familles de manque d'informations sur le déroulé du travail.

> « Te estoy hablando de maternidad de Lima, te estoy diciendo porque son ambientes separados, que es propio para la paciente[248]. Entonces ahí el acompañante ingresa, no interrumpe a nadie. Incluso ha sido una ventaja muy grande tener al acompañante. Porque te observa, te pregunta qué le estás haciendo, por qué lo estás haciendo. Entonces uno adopta, como profesional, una conducta mucho mejor, ¿no ? (…) entonces eso para nosotros ha sido beneficioso porque cuando el familiar está fuera, no sabe que su mamá, que su esposa, dio a luz. No, no le dicen nada. Nosotros hemos tenido quejas por ese lado, es por eso que cuando hicimos el plan de mejora que te estoy hablando de hace diez-quince años más o menos, justamente era porque calidad nos evaluó como que el centro obstétrico, o sea el lugar donde se atiende a las pacientes o sala de partos como la conocemos, era donde más quejas había. Muy bien. Entonces las quejas eran en relación al familiar que estaba fuera, pues porque decía : « no me informa, no me piden, no sé qué es lo que está pasando con mi paciente. No sé nada, ¿no?» Entonces ese era el tipo de quejas que tenía cuando empezamos con este plan. De que ingrese el familiar ya las quejas empezaron a bajar y también nuestra forma de… ¿cómo te digo? nuestra forma de atender también empezó a cambiar y para bien, ¿no ?, para bien. Porque ya no gritabas, ya no llamabas mucho la atención, ya no, ya no te medías, ¿no ?, porque siempre tenías a la otra persona que te estaba observando. (…) Quería estar informado. Y también los niveles de estrés de la paciente disminuyen porque es diferente que vayan a un lugar donde no conocen a nadie, y es diferente a tener a alguien a mi lado que yo conozco, que le puedo decir : « No. Tengo sed. Me gusta. Me duele. ». Lo puedo coger y no me pasa nada.

[248] Dans une autre partie de l'entretien, cette sage-femme péruvienne explique que dans d'autre maternités péruviennes, les parturientes partagent la même salle d'accouchement et qu'alors les accompagnants ne sont pas admis.

No, al contrario siento el apoyo, eso también lo hemos visto… cuando les hicimos la entrevista[249]. » (Pérou SF)

Les sages-femmes chiliennes interrogées décrivent que peu à peu les salles de travail sont mieux agencées en Amérique Latine (salle collective à deux lits plutôt qu'à quatre voire dix-douze lits auparavant) et que la présence de l'accompagnant est mieux acceptée par les soignants.

« Diez años atrás, dependía mucho del turno. Si el turno facilitaba que el acompañante entraba, podía entrar. Si había poca gente, lo hacían entrar. Mientras yo puedo hacer el contraste de cómo están organizadas las salas ahora que, como te decía, son estas salas de generalmente dos personas, pero antes eran como cuatro camas juntas. Entonces el acompañamiento claro, cuando estaba las cuatro camas ocupadas no lo favorecían. No lo favorecieron porque los pasos eran estrechos y bueno, porque tampoco estaba mucho la cultura entonces.[250] » (Chili SF2)

« Después de a poco esto se fue cambiando y ya en algunos servicios que tenían la posibilidad de estructura física. De ese periodo se pudo empezar a iniciar el ingreso del acompañante durante el trabajo de parto. Ya lo hacían entrar un rato, salía. Hasta que en la mayoría de los servicios se pudieron ir haciendo algunas instalaciones que de alguna manera permitían la privacidad. Pues yo creo que es una cuestión que se ha dado en todas las maternidades a lo largo del país y en América latina que eran salas enormes con diez-doce camas, donde la

[249] Traduction : « Je te parle de la maternité de Lima, je te le dis parce que ce sont des espaces séparés, ce qui est approprié pour la patiente (différent d'une salle commune d'accouchement). Là l'accompagnant entre, il ne dérange personne. En fait, avoir un accompagnant a été très profitable. (…) Parce qu'il t'observe, il te demande ce que tu es en train de faire, pourquoi tu le fais. Alors, en tant que professionnelle, on adopte une conduite bien meilleure, n'est-ce pas ? (...) cela a donc été bénéfique pour nous parce que, quand le proche est dehors, il ne sait pas que sa mère, que sa femme a accouché. Non, on ne leur dit rien. Nous avons eu des plaintes à ce sujet et c'est pour cela que lorsque nous avons fait le plan d'amélioration dont je te parle, il y a dix-quinze ans environ, c'était justement parce que (le département de) la qualité avait évalué que le centre obstétrical, c'est-à-dire l'endroit où les patientes sont soignées, ou ce que nous connaissons comme la salle d'accouchement, était le lieu où il y avait le plus de plaintes. Ces plaintes étaient en lien avec le proche qui restait dehors, parce qu'il disait : « On ne m'informe pas, on ne m'appelle pas, je ne sais pas ce qui se passe avec ma patiente. Je ne sais rien ». Voilà le type de plaintes que nous avions quand nous avons mis en place ce plan. Quand les proches ont pu entrer, les plaintes ont commencé à diminuer et notre façon de soigner a aussi commencé à changer, et pour le mieux, n'est-ce pas ?, pour le mieux. Parce que tu ne criais plus, tu étais plus discrète, tu ne t'emportais plus, plus maintenant, tu te contenais, parce que tu avais toujours cette autre personne qui t'observait. (...) Il voulait être informé. Et par ailleurs, les niveaux de stress de la patiente diminuent parce que c'est différent d'aller dans un endroit avec des personnes que tu ne connais pas. Et c'est différent d'avoir quelqu'un à mes côtés que je connais, à qui je peux dire : "Non. J'ai soif. J'aime ça. J'ai mal". Je peux l'entendre et ça ne me fait rien. Au contraire, je sens le soutien. Cela aussi nous l'avons vu quand nous avons interrogé les patientes et leurs proches. »

[250] Traduction : « Il y a dix ans, cela dépendait beaucoup de l'équipe de service. Si l'équipe facilitait l'entrée de l'accompagnant, il pouvait entrer. S'il y avait peu de monde, ils le faisaient entrer. Alors que si je compare avec la façon dont sont organisées aujourd'hui les salles, comme je te le disais, ces salles-là sont généralement pour deux personnes, tandis qu'avant il pouvait y avoir quatre lits ensemble. Et, évidemment, quand les quatre lits étaient occupés, l'accompagnement n'était pas encouragé. Les passages étroits ne le favorisaient pas et, bon, ce n'était pas trop la culture de l'époque non plus. »

privacidad de las pacientes no era muy….no era mucho, salvo una cortina o, qué sé yo, un biombo[251]. » (Chili SF1)

Des contraintes matérielles perdurent cependant dans de nombreux centres publics, faisant perdurer des inégalités d'accès à la présence de l'accompagnant : *« Hay muchos establecimientos que no están adecuados (…) ahí son pabellones que todavía la infraestructura no les ayuda*[252]*. »* (Pérou SF) Les parturientes ayant les moyens d'accéder aux cliniques privées ou aux filières privées présentes au sein même des centres publics pourront bénéficier de la présence de leur accompagnant jusqu'au moment de la naissance. Tandis que les parturientes du secteur public seront contraintes d'accoucher seules, même si un accompagnant a pu être présent pendant une partie du travail.

« (…) Por ende no hay privacidad (en las clínicas públicas), entonces el familiar no podía ver desnuda otra paciente (…) Aún todavía no se puede acceder a que todas las pacientes tengan un familiar. No se puede. ¿En la parte privada? Sí, porque yo trabajé también en la parte privada, en el hospital (…). Y ahí todos estaban conmigo en la habitación, haciendo profilaxis, haciendo ejercicios pélvicos, masaje con paciente y luego el paciente pasaba al área de parto con esposo o con la persona que ella decía.(…) Pero en la parte pública, por el volumen de pacientes que nos manejamos aquí en el Ecuador, porque lastimosamente la natalidad no es regular aquí… es decir (…) me ha tocado pacientes que tienen doce niños, diez niños, ocho niños, entonces no se regula todavía eso, a pesar de que hay planificación familiar gratuita, no se regula. Entonces en la parte pública, eso sí, es una barrera hasta ahorita.[253]» (Equateur SF2)

La sage-femme équatorienne explique que lorsque les salles d'accouchements sont encore collectives et ne permettent pas la présence d'une personne de la famille auprès de la

[251] Traduction : « Après, petit à petit, ça a commencé à changer, et d'abord dans certains services qui en avaient la capacité en termes de structure physique. Pendant cette période, on a pu commencer à faire entrer l'accompagnant pendant le travail. On le faisait entrer un moment, puis sortir. Jusqu'à ce que dans la majorité des services on puisse mettre en place des installations pour permettre une certaine intimité. Je crois que c'est une question qui s'est posée dans toutes les maternités à travers le pays et en Amérique latine, où les salles étaient énormes, avec dix à douze lits, où l'intimité des patientes n'était pas très… pas très respectée, sauf par un rideau ou, je ne sais pas, un paravent. »

[252] Traduction : « Il y a beaucoup d'établissements qui ne sont pas adaptés (...) : ce sont des pavillons où, encore maintenant, l'infrastructure n'aide pas. »

[253] Traduction : « En fin de compte, il n'y a pas d'intimité (dans les cliniques publiques), donc on ne peut pas permettre qu'un accompagnant voie une autre patiente nue (…). Il n'est toujours pas possible que toutes les patientes aient un proche avec elles. Ce n'est pas possible. Dans la partie privée ? Oui (…), car j'ai aussi travaillé dans la clinique privée, à l'hôpital, et tout le monde était là dans la chambre avec moi, à faire de la prophylaxie, des exercices pelviens, des massages avec la patiente, puis la patiente passait en salle d'accouchement, avec son mari ou la personne qu'elle désignait. (…) Mais dans la partie publique, à cause du volume de patients que nous avons ici en Equateur, parce que la natalité n'est malheureusement pas régulière ici… c'est-à-dire (…), j'ai eu des patientes qui ont douze enfants, dix enfants, huit enfants, ce n'est toujours pas régulé, même s'il y a une planification familiale gratuite, cela n'est pas régulé. Dans le secteur public, encore aujourd'hui, c'est un obstacle. »

parturiente, une solution intermédiaire est mise en place à travers l'accompagnement des parturientes par des doulas professionnelles autorisées à rentrer dans les salles de naissances.

> « Del 2010 para acá hubo el cambio de que se hablaba de la humanización en el trabajo de parto, la humanización y la psicoprofilaxis. Ahí ya se fueron implementando herramientas en el hospital como la esfera, áreas acordes a la paciente, al acompañamiento de la pareja. Eso sí, tuvo un poquito de contratiempo, no se podía hacer el acompañamiento de las pacientes, primero por el volumen de pacientes que se manejaban. Entonces lo que se hizo fue que habían doulas acompañando a la paciente, pero no esposo o familiares allegados[254]. » (Equateur, SF2)

En Europe, Amérique du Nord, Australie, Nouvelle Zélande et à Hong Kong[255]

Les sages-femmes exerçant en Europe, en Amérique du Nord, en Australie, en Nouvelle Zélande et à Hong Kong décrivent quant à elle une acceptation usuelle de l'accompagnant tant pendant le travail qu'au moment même de la naissance, sans freins notables avant la pandémie. Des différences sont notées cependant quant au nombre usuel d'accompagnants décrit par les sages-femmes. Ce nombre peut être décrit comme limité à une personne par des sages-femmes (France SF1-2, France-DROM 1-2, Hong Kong SF…) et ouvert à deux personnes ou plus par d'autres sages-femmes (Allemagne SF, Australie SF1-2, Nouvelle Zélande SF, Suède SF…).

Pendant la pandémie : un recul majeur du droit à l'accompagnant autour de la naissance

Quelle que soit la configuration avant la pandémie, chaque sage-femme de notre échantillon décrit un recul des droits à la présence de l'accompagnant en milieu hospitalier durant la pandémie.

[254] Traduction : « Depuis 2010, il y a eu un changement dont on parlait concernant l'humanisation du travail, humanisation et psychoprophylaxie. Des outils ont alors été mis en place à l'hôpital comme le ballon, des espaces adaptés à la patiente, à l'accompagnement par le partenaire (…). Ces mesures ont rencontré quelques contretemps, on ne pouvait pas assurer l'accompagnement des patientes, avant tout en raison du volume de patientes. Donc ce que l'on a fait c'est qu'il y avait des doulas pour accompagner les patientes, mais pas l'époux ou les membres de la famille proches. »

[255] Si certains regroupements géographiques ont été pertinents, un regroupement socio-économique s'est avéré ici plus approprié.

Si les accompagnants n'avaient pas accès à la salle d'accouchement, ils pouvaient, avant la pandémie, avoir accès à une salle d'attente ou, tout au moins, à la possibilité d'interaction avec les sages-femmes.

> « Il y a une salle pour la famille, pour les parents des patients, elle (la famille) reste dans la salle des parents des patients. Et quand on a besoin de quelque chose, c'est là où on va, on lui demande si on a besoin de lui donner une ordonnance, on sait là où elle est. » (Cameroun, SF)

Les sages-femmes expliquent que ces salles d'attente ont pu être fermées pendant la pandémie. Au-delà, ce sont les échanges directs entre accompagnants et sages-femmes qui ont été compromis : *« On n'autorisait plus les parents à venir voir les professionnels pour prendre des nouvelles.»* (Bénin SF).

Là où les accompagnants étaient auparavant acceptés en salle de travail ou d'accouchement, ceux-ci peuvent être évincés : *« the protocol makes it so the patients' family are not allow »* (Timor Leste SF). Leur présence peut aussi être limitée et soumise à conditions.

L'éviction de l'accompagnant a pu être totale à certaines périodes, notamment aux débuts de la pandémie :

> « A un moment donné, il n'y a personne qui a le droit d'accompagner à l'hôpital. » (Allemagne SF1)

> « Au tout au début, enfin ça a été spécial donc du coup ce qu'ils ont fait, ils ont vite fermé les salles d'accouchement aux partenaires. » (Italie SF)

> « Debido al COVID (…) se prohibieron los acompañamientos en un principio tajantemente, luego se les permitió el acompañamiento con todas las medidas de seguridad en algunos lugares, siempre y cuando no hubiese mucha gente cuando no estuvieran en un pic en una ola, por ejemplo, de contagios. Poco a poco se empezó a permitir ese acompañamiento nuevamente, pero en su principio se prohibió completamente[256]. » (Chili SF2)

[256] Traduction : « En raison du COVID (…) l'accompagnement a d'abord été strictement interdit, puis il a été autorisé avec toutes les mesures de sécurité dans certains lieux, à condition qu'il n'y ait pas trop de gens, quand il n'y avait pas de pic, de vague de contagion par exemple. Peu à peu, on a de nouveau autorisé cet accompagnement, mais au début il a été complètement interdit. »

L'accompagnant a ensuite pu être accepté lorsque la parturiente était sur le point d'accoucher (deuxième partie du travail) et devoir repartir deux heures après la naissance :

> « Here, in most parts of Germany was a bit like this. The woman had to do a corona test. Then when she was really in Labour, the partner had to wait outside, take a test and only when she was really in Labour or close» to giving birth, the partner was allowed in and must leave immediately after giving birth." (Allemagne SF2)

> « When the baby was born, he was allowed to stay there. But just for a couple of hours. » (Suisse SF)

Lorsque l'accompagnant avait l'autorisation de rester avec la femme et le nouveau-né après la naissance, il devait rester strictement confiné dans la chambre avec eux.

> « el familiar no podía ni salir ni entrar del hospital ni nadie más podía entrar ni salir. Es decir, solo el familiar que estaba con la paciente y se quedaba si era 24 horas, 48 horas, pero con el paciente que dice él no tenía contacto con el familiar de afuera, eso sí[257]. » (Equateur SF2)

La présence de l'accompagnant était soumise à conditions. Une sage-femme australienne explique ainsi que les femmes devaient être vaccinées et les conjoints testés négatifs au Covid. Elle témoigne que des conjoints ne satisfaisant pas ces conditions ont ainsi été écartés lors de la naissance. Ils ont alors suivi la naissance de leur enfant par visio.

> "The birthing person had to be vaccinated, so had to provide proof of vaccination. (...)And everyone, you know, during Covid anyone was screened at entry for all the COVID symptoms. If people, you know, had Covid or had symptoms they couldn't join. So I did have a couple of clients whose partners were not able to attend the birth and who had to attend by video." (Australie SF1)

La variabilité des consignes d'éviction est décrite comme variable d'un hôpital à l'autre par les sages-femmes : *« il y a eu des hôpitaux, ils ont été plus durs que d'autres. »* (Belgique SF), *"it was a little bit different for each hospital and each health authority"* (Canada-Colombie Britannique SF)

[257] Traduction : « Le membre de la famille ne pouvait ni entrer ni sortir de l'hôpital, et personne d'autre ne pouvait entrer ou sortir. Autrement dit, seul le membre de la famille qui était entré avec la patiente pouvait et devait rester, que ce soit pour 24 heures ou 48 heures, mais il n'avait aucun contact avec les autres membres de la famille à l'extérieur. »

Facteurs de protection à la présence de l'accompagnant

Là où les droits étaient les plus avancés, ou les mieux protégés, quant à la présence de l'accompagnant, les restrictions paraissent plus légères comparativement aux autres pays. Ainsi, là où habituellement plusieurs accompagnants étaient autorisés, les sages-femmes exposent que la présence des accompagnants a généralement perduré. Cependant, le nombre d'accompagnants a été limité à un seul pendant la pandémie.

> « In the hospital there's technically no restriction, so kind of whoever she wants. During Covid there were more restrictions. You know, the hospital said only one support person and that support person had to, you know, be asymptomatic and vaccinated» (Canada-Colombie Britannique SF)

Si une deuxième personne était acceptée, cela se limitait souvent à une doula officielle.

> « you could only have one support person and then you could have one doula that was had to be certified, could not be a friend who decided to become a doula. So you had to show proof that you were doula. » (USA-Rhode Island, SF)

Une sage-femme d'Indonésie-Bali explique quant à elle que le droit à la présence de l'accompagnant a été protégé par l'application d'une loi présente dans son pays.

> « during the Covid pandemic, usually, with health protocols, one of family member could still be present at the hospital. Because we must take agreement from family for all of Midwifery service. Obligatory by law» (Indonésie-Bali SF2)

La sage-femme d'Uruguay présente également l'application d'une loi uruguayenne comme un facteur protecteur. Elle relate cependant que les collectifs de sages-femmes, de femmes et de pères ont dû militer pour que son application soit effective durant la pandémie.

> « Bueno, la presencia de la pandemia trajo muchas protestas. Cuando empezaron a limitar los acompañantes y esto lo otro…los equipos de parteras, de enfermeras : alta protesta. Porque los directivos de las instituciones decían « no, no se puede, no sé qué ». ¡No, no, no, hay una ley que dice que pueden entrar ! Los acompañantes entraban y estaban. Los vestíamos de

plástico todo, pero entraban. Y hubo gente, hubieron colectivos de mujeres y colectivos de profesionales que pusieron la voz en alto, por eso en la voz de protesta[258]. » (Uruguay SF)

Vécus émotionnels des sages-femmes face à l'éviction des accompagnants

L'analyse des pratiques discursives des sages-femmes quant à l'éviction des accompagnants montre d'une part le peu d'adhésion des sages-femmes quant aux arguments d'éviction des accompagnants et d'autre part la difficulté émotionnelle ressentie de devoir faire appliquer ces consignes restrictives. Nous verrons ici que cela a participé aux prises de paroles des associations de sages-femmes pour défendre le droit à l'accompagnement autour de la naissance. Cela a aussi pu générer la mise en place de résistances à bas bruits au sein des systèmes hospitaliers.

Les consignes restrictives sont décrites par les sages-femmes comme émanant des médecins et de leur hiérarchie hospitalière *:*

> *" it was the upper management to stop the companionship during the pandemic is the public hospital."* (Hong Kong SF).

> *« C'est quelque chose que le médecin et l'hôpital ont fait et ils n'ont pas compris que ces règlements étaient inadaptés »* (Allemagne SF 1)

Or, les sages-femmes ont souvent été amenées à devoir elles-mêmes signifier leur éviction aux accompagnants, co-parents inclus. Elles décrivent l'avoir vécu de manière douloureuse, voire traumatique.

> "for quite some time we tested both the women woman and her partner, uh, so sometimes they were showing that they had called it and the partner had to go home. So I remember one

[258] Traduction : « La présence de la pandémie a provoqué beaucoup de protestations. Lorsque les restrictions concernant les accompagnants et tout le reste ont commencé, les équipes de sages-femmes, d'infirmières ont fortement protesté. Dans les directions des institutions on disait : "non, ce n'est pas possible, ou je ne sais quoi." Mais non, il y a une loi qui dit qu'ils peuvent entrer ! Les accompagnants entraient, ils étaient là. On les habillait entièrement de plastique, mais ils étaient là. Et il y a eu des gens, des collectifs de femmes et des collectifs de professionnels qui ont élevé la voix, c'est comme ça qu'il y a eu des protestations. »

birth I had, she was going to have her 4th or 5th kid (…) So unfortunately it happened that the women got to birth the children on their own. It was so hard" (Suède, SF)

« les maris déposaient les femmes devant l'hôpital (…) C'était… (silence)…ça m'a fait beaucoup de peine pour les mamans… » (France-DROM SF 1)

"Many, many midwives have said to me that they are still quite traumatised by having to tell partners that they were not allowed in, you know. They were very strict here and it was very hard." (Australie SF2)

Elles ont ensuite été les premiers témoins de la solitude des mères et de l'impact de l'absence de l'accompagnant sur le déroulement du travail et les suites de naissance.

« nous, on a eu vraiment trois situations très douloureuses de femmes qui ont été déclenchées à la maternité et qui ont accouché seules sans leur compagnon. J'ai une en mémoire particulièrement pour elle c'était son deuxième enfant, pour lui son premier et voilà. Ben du coup, on a constaté que ces femmes en fait, qui avaient la volonté d'accoucher naturellement, n'ont pas accouché naturellement parce qu'elles étaient isolées. Elles étaient coupées de leur compagnon en fait . Et lui qui a vécu les choses aussi douloureusement parce qu'en fait il s'était préparé à pouvoir vivre ça ensemble, être un soutien pour sa femme et qu'elle ...et donc voilà, donc c'est (soupir) Franchement, ça nous a énormément affectées aussi en fait, cette impuissance face à... à ...à la rigidité (…) ça a duré un petit temps, les pères n'ont pas pu être présents à la naissance, ne pouvaient même pas être là pendant le séjour, donc c'est la femme qui sortait sur le parking donc c'était hyper compliqué. Voilà, c'était vraiment pour ça, je pense qu'il y a eu pas mal de familles abîmées en fait par cette séparation qui a pu durer de quelques heures à plusieurs jours entre le père et la mère et son enfant. » (France-DROM SF2)

« Les femmes, elles ont vraiment dénoncé cette solitude » (Italie SF)

Leurs sentiments négatifs peuvent être renforcés par le peu d'adhésion avec les arguments avancés pour cette éviction.

« Donc, ce n'est plus comme avant où le couple est ensemble du début jusqu'à la fin… donc c'était pas possible. Et ça dure vraiment autant que la COVID était chaud- chaud, vraiment. C'était vraiment, vraiment triste, quoi. C'est quelque chose que le médecin n'as pas compris. On dit mais tiens, si la personne doit venir avec la femme qui accouche, est testée et est rentrée, qu'elle soit positive ou négative, bon, ce que l'on a dit le monsieur qui n'a pas droit de venir, de rester, mais c'est lui là qui a amené la femme dans l'hôpital ! Il l'a déjà amené parce

> qu'ils étaient tous les 3 à la maison ! Donc, oh bah non, l'hôpital avait une autre vision, ils ont d'autres règlements … (Allemagne SF 1)

Cependant, cette éviction pouvait rassurer certaines de leurs collègues craignant de contracter le Covid.

> « Dans l'équipe y avait la moitié des sages-femmes qui voulaient pas que les pères soient présents parce qu'elles se sentaient en danger par rapport au Covid. Et avec moitié d'équipe qui trouvait ça normal que les pères soient présents » (France-DROM SF1)

Une sage-femme expliquera par ailleurs que certaines collègues, par peur de contracter le Covid, ont suspendu leur activité clinique : "*During the Covid 19 pandemic, independent practicing midwives were afraid to assist with childbirth, so most deliveries were carried out in hospitals".* (Indonésie – Bali SF2)

Face à l'éviction des accompagnants, les sages-femmes décrivent surtout le sentiment d'un retour en arrière et de la perte des avancées réalisées pour humaniser la naissance : *« (…) el tiempo de COVID, lo describimos nosotras como un tiempo de retroceso*[259]*. »* (Chili SF2), *« c'était que vraiment c'était un peu un retour là en arrière »* (Italie, SF).

Les sages-femmes peuvent ressentir un décalage important entre leurs valeurs quant à l'accompagnement de la naissance et des directives qui leur semblent incohérentes et déshumanisantes.

> « C'est en fait ce qui est horrible, c'est d'être les bras armés d'un système ou je sais pas quoi qui va vers des choses qui sont pas jolies du tout sur le plan de l'humanité quoi. » (France SF1)

[259] Traduction : « (…) la période COVID, nous la décrivons comme un moment de retour en arrière. »

Résistances émotionnelles transformatives de sages-femmes et de parents pour maintenir la présence de l'accompagnant

Lorsque les sages-femmes ne dépendent pas de la hiérarchie hospitalière, elles peuvent alors se détacher de ces recommandations restrictives. Une sage-femme exerçant en maison de naissances dira ainsi :

> « Les pères sont toujours venus parce que pour nous, c'est inimaginable en fait que la femme vienne accoucher seule, donc on n'a pas suivi de recommandations particulières pour ça. » (France DROM SF 2)

Les sages-femmes hospitalières n'ayant pas cette indépendance décisionnelle témoignent avoir mis en place différents types de résistance : mobilisations avec des associations de sages-femmes et de femmes pour défendre le droit à la présence de l'accompagnant, ou résistances à bas bruits au sein-même du système hospitalier.

La sage-femme uruguayenne décrit ainsi comment l'alliance entre les collectifs de sages-femmes et les collectifs de femmes et de pères a permis de maintenir la présence des accompagnants dans son pays. Elle s'explique cette victoire atteinte dans son pays (a contrario d'autres pays où les mobilisations n'ont pas eu cet impact) du fait de la taille de son pays (2,9 fois plus petit que la France) permettant une vigilance et une action accrues des associations militantes dans chaque maternité. Une partie de l'entretien cité précédemment insistait sur la protestation des collectifs de soignantes et des patientes envers la restriction de la présence de l'accompagnant. Plus tard dans l'entretien, elle ajoutait :

> « (…) Pero acá puntualmente, cada vez que pasaba eso (limitación de las acompañantes), los colectivos de mujeres, sobre todo este algunos colectivos feministas y algunos colectivos de padres, este elevaban las voces rápidamente. Al punto que en algún momento hasta el Ministerio de salud tuvo que hacer declaraciones con respecto a determinadas cosas que

estaban pasando. O sea. Como somos un país chico acá es fácil de que se arme lío por todo[260]. » (Uruguay SF)

D'autres sages-femmes témoignent de comportements de type résistance à bas bruit. Une sage-femme explique ainsi que les sages-femmes contournaient les interdictions et se couvraient les unes les autres auprès de leur direction de manière à faire rentrer les accompagnants. Selon elle, les conditions de travail dans une petite maternité facilitaient davantage ces formes de résistance à bas bruit. Elle présente la surcharge de travail et la taille importante de l'équipe dans les grands centres hospitaliers comme un frein à la mise en place de cette forme de résistance.

> « (…) Je me rappelle avoir un peu triché certaines fois, parce que c 'était un peu en dents de scie en fonction des textes qui sortaient, etcetera. Alors ils disaient que le monsieur pouvait rentrer que pendant l'accouchement mais pas dès le début du travail. (…) là on faisait rentrer le papa, qu'elle soit à complète ou à trois[261]. Franchement, dans tous les cas il est là donc voilà, mais j'étais pas vraiment dans le cadre de la légalité du protocole de l'hôpital. (…) c'est vrai que, et c'est ça aussi que j'aime avec les petites maternités, c'est que du coup on a une petite équipe qui est beaucoup plus familiale et où je pense c'est différent en fait, c'est l'ambiance même qui est différente et entre nous on se regarde et on se dit bon, on va le laisser rentrer hein, on n'en parle à personne. Alors que je pense que dans les plus gros centres, ben ça se fait moins parce que les filles déjà elles sont surchargées. Ben écoutez, c'est écrit comme ça, c'est la loi. Voilà. Voilà, on est avec des collègues qui sont peut-être beaucoup moins bienveillantes et du coup ben on peut pas cette fois-ci laisser passer parce que on sait pas si Brigitte ne va pas aller répéter ça à la cadre, voilà. C'est pas pareil. » (France-DROM SF1)

Mesures barrières et déshumanisation de la naissance

Les mesures barrières ont été systématiquement citées par l'ensemble des sages-femmes entendues en entretien. Les problèmes de dotation en masques ont cristallisé un sentiment d'invisibilisation de la pratique des sages-femmes. Le port du masque par les parturientes et

[260] Traduction : « Mais ici précisément, chaque fois que ça arrivait (la limitation des accompagnants), les collectifs de femmes, en particulier (…) certains collectifs féministes et certains collectifs de pères (…) élevaient la voix rapidement. Au point qu'à un certain moment le Ministère de la Santé a même dû faire des déclarations au sujet de certaines choses qui se passaient. En fait, comme nous sommes un petit pays, ici on crée facilement des remous pour tout. »

[261] « qu'elle soit à complète ou à trois » signifie que la femme était à dilatation cervicale complète ou seulement à trois centimètres de dilatation cervicale. Cela veut dire que soit l'enfant va naître de manière imminente (dilatation complète) ou soit la femme est au tout début du travail d'enfantement avec encore de longues heures de travail devant elle (3 cm de dilatation).

la distanciation sociale en salles de naissances ont été vécus par les sages-femmes comme accentuant la déshumanisation autour de la naissance telle qu'elle était déjà perçue à travers l'éviction de l'accompagnant. Des sages-femmes non soumises aux contraintes hospitalières ont pu alors faire le choix de résister à certaines injonctions, notamment celle de l'obligation du port du masque par les femmes lors de l'accouchement.

Masque : cristallisation du sentiment d'invisibilisation des sages-femmes

Lors de la mise en place des mesures barrières et de la dotation en masques, la plupart des sages-femmes entendues en entretien témoignent que les pouvoirs publics ont pu oublier leur profession, les renvoyant au sentiment d'être invisibilisées en tant que sages-femmes.

> « L'impact, au début a été vraiment négatif parce que la pratique sage-femme a été vraiment négligée. Ils ont oublié que, en parlant de contact, c'est la maternité qui avait le plus contact, et humain et liquides biologiques, de tous. L'organisation de la riposte a pris en compte juste les services d'urgence, les médecins, les infirmiers et on a dû intervenir pour que on soit pris en compte.(…) Et les collègues qui étaient dans les formations sanitaires n'avaient pas de protection. (…)» (Togo SF)

Des sages-femmes constatent une invisibilisation d'autant plus importante si elles travaillent sans être rattachées à une structure hospitalière.

> "c'est impressionnant parce que autant l'État avait donné des directives très précises, des lignes de conduite très précises partout en Italie, les sages-femmes à domicile, on était complètement oubliées. Donc au début en fait, nous, on accompagnait pendant le premier confinement, sans masque. Donc ce qui a été impressionnant pour les sages-femmes et pour les usagères, c'est vraiment au bout de quelques semaines qu'on a reçu des consignes pour le domicile » (Italie SF)

Des sages-femmes ont alors été amenées à travailler sans masque, comme le témoigne ci-dessus cette sage-femme italienne pratiquant des accouchements à domicile. La sage-femme pakistanaise témoignera de la même manière que les sages-femmes exerçant au sein des communautés et non à l'hôpital n'ont pas été prises en compte lors de la dotation en masques et autres matériels de protection. Elle décrira des sages-femmes travaillant en relevant le

devant de leurs vêtements devant leur bouche pour bricoler un semblant de protection[262]. Elle expliquera que les sages-femmes hospitalières, *a contrario* des sages-femmes communautaires, pouvaient avoir davantage accès à des masques, puisque travaillant auprès de médecins ayant été dotés en matériel de protection.

> "Important problems at that time was to find out the… How to prevent from infection from the Covid. The most important things how you can prevent from infection because most of the midwives don't have facilities to prevent from Covid. Mostly they don't have mask. They don't have chemicals, they don't have special dresses to prevent. They utilize their normal practices. The normal practices, they put their cloth on the mouth in sheet of mask. You know yes, because they don't have masks. They don't have chemicals, they are usually doing the same things which they are doing in the routine. I didn't find out any difference until some organizations provide them. But not in the whole in Pakistan. (…) Mostly doctors have good opportunities to have masks because they have a good opportunities in the hospitals and basically we can say that in the hospital midwives have opportunity to use mask as doctors are using. But in the Community, midwives don't have opportunity to find out mask. They don't have opportunity. So they are not using like doctors. The community midwives don't have. » (Pakistan SF)

Les sages-femmes témoignent avoir du militer pour obtenir une dotation en masques : *"we lobbied for PPE. So that they can have protective clothing as they manage the women. "* (Zambie SF)

Cette non prise en compte des sages-femmes par les pouvoirs publics a pu exacerber un sentiment d'invisibilisation pré-existant.

> « la pratique sage-femme a été vraiment négligée. Ils ont oublié la maternité (…) j'avais déjà cette expérience là (que la pratique sage-femme soit oubliée) et donc on a attendu personne… Voilà donc on a dû batailler dur pour que on puisse envoyer un lot de masques en gynéco-obstétrique pour sécuriser la pratique. Oui, moi je pense que c'est la façon de minimiser le risque encouru par les sages-femmes que nous sommes, à la maternité déjà. Puisque les

[262] Les récits recueillis ici corroborent les résultats d'une enquête quantitative réalisée par l'ICM et l'UNFPA en 2020 montrant que les sages-femmes ont été confrontées à des taux élevés de stress et d'épuisement professionnel, mais aussi à une pénurie majeure d'équipements de protection individuelle (EPI). Cette étude quantitative corrobore les récits recueillis : face à l'absence de soutien institutionnel, les sages-femmes ont dû improviser des solutions : fabriquer leurs propres EPI (43 %), les acheter elles-mêmes (53 %), ou réutiliser des EPI pourtant jetables (30 %) ou encore travailler sans EPI (26%). (UNFPA et al., 2021, p. 22) [262] Cette capacité d'adaptation montre une stratégie de résistance créative, indispensable pour maintenir la continuité des soins en période de crise.

responsables hiérarchiques ne …On a commencé les sensibilisations et la psychose qu'avaient les collègues, elles avaient besoin d'être accompagnées sur le plan psychologique. Et ça aussi, nous l'avons organisé en les appelant celles qui sont de garde, en les rassurant, en allant, en faisant des visites inopinées dans les services de garde pour savoir ce qui se passait et apporter notre soutien. Donc que les sages-femmes soient oubliées, c'est que la corporation de sages-femmes, même je crois que les gens ne le détient ou bien ne veulent pas. C'est un déni, ils veulent pas voir. Alors que quand il se produit une casse[263], tout le monde se met, se met à crier comme si on était des extraterrestres» (Togo SF)

Comme l'a expliqué ci-dessus la sage-femme togolaise, cette invisibilisation est alors vécue par les sages-femmes comme un déni de leur personne et des risques encourus dans leur pratique de sage-femme. Or, les sages-femmes d'Afrique subsaharienne évoqueront d'emblée, au début des entretiens, la surmortalité de leurs consœurs pendant la pandémie. Elles relient cette surmortalité au fait d'avoir crucialement manqué d'informations et de mesures de protection (masques, désinfectants…).

« During the COVID, it was really a huge problem because. You know, with the issue of infection prevention, we also lost some midwives as they were doing their job. So it was really a big problem. You know, it needed a lot of resources, you know, the masks and the disinfectants. Yeah. So it was really a a big challenge. And the workload also increased a lot. Yeah, because we had a lot of midwives that reported sick and couldn't come to work. » (Malawi SF)

" midwives had a challenge with the PPE, it wasn't enough for them. They would use, reuse the PPE so which increase the chances of the transmission to them, so it was really difficult for them and then having to control the numbers, it's difficult to control numbers in a health facility. Yeah. So mainly those issues and really that you cannot do social distancing with a woman who is in labor. It's just close contact. So all these other things that we're told and… getting the information very late. You find that by the time you get the information about COVID, many midwives have been affected already and they are… and having and losing some of the midwives in some facilities was also something that caused the pain." (Eswatini SF)

"Well, for midwifery parts, apart from having lost the number of midwives. At first we didn't have like a plan on how we're going to manage women with COVID. Because you know, it's quite kind of difficult to manage a woman who has COVID because they have to push and

[263] Ici, la sage-femme togolaise fait référence aux décès maternels, soulignant que les sages-femmes sont fustigées comme premières responsables des morts maternelles lorsque celles-ci se produisent au sein d'une structure de santé.

they're breathless and all that. So it was actually very difficult and the... I don't remember any changes being made except we lobbied for PPE. So that they can have protective clothing as they manage the women." (Zambie SF)

De plus, les sages-femmes étant peu protégées des contaminations et exerçant à l'hôpital où sont rassemblés les malades du Covid, elles sont rapidement perçues par les populations comme à risque de propager le virus. Elles peuvent alors également être stigmatisées au sein même de leur communauté.

« Parce que, au contraire, c'était les sages-femmes, c'était le personnel de santé même qui était stigmatisé, c'est à dire là, c'était carrément l'effet contraire. Et à un moment aussi, il faut avouer que... Ici, on avait oublié un maillon important de la chaîne qui est le service de maternité. On les a oubliées durant les premières heures, où les sages-femmes étaient plus ou moins oubliées, tant dans la protection ...elles ont, c'est à dire le système en tant que tel a oublié que les femmes pouvaient aussi accoucher en période de COVID, que les maternités n'allaient pas être fermées. Donc il y a eu beaucoup par rapport au COVID quand même les sages-femmes font partie du personnel qui a le plus été touché. Et y a eu pas mal de pertes, même au niveau des sages-femmes durant cette période-là. Donc c'était l'esprit contraire. C'est elles-mêmes qui subissaient quelque part cette stigmatisation. Y en a qui quasiment ne pouvaient même plus rentrer chez elles. » (Sénégal SF)

Masque : de la protection à la maltraitance

Les sages-femmes ont toutes témoigné de la prégnance de la problématique du port du masque autour de la naissance pendant la pandémie : *« Ben y a eu comme dans les différents milieux, là, le port du masque »* (Canada-Québec SF), *« ya nos todos con guantes, con mascarilla »* (Equateur SF1). Le port du masque est associé à la peur de la contamination hospitalière pour les sages-femmes et les familles :

« Je disais que ce qui a été accentué et qui a été clair, c'est les mesures de barrière. Ouais, donc. Dans ces mesures de barrières, les masques, les calottes et dans les pratiques, chacun faisait attention. Oui, il y avait très peur de contamination aussi à l'hôpital. » (Cameroun SF2)

« Parce que voilà, on pointait du doigt tout le personnel de santé.(...) Quand par exemple, une femme accompagne une autre, une parturiente qui vient accoucher, elle...À la limite, elle fuit le personnel de santé. Elle vient avec sa patiente et tout. Mais elle, elle n'ose pas faire

beaucoup de choses parce qu'elle se dit que voilà, ici, là, je peux avoir la COVID parce que l'idée générale c'était les structures-là, les patients atteints de COVID étaient dans les structures sanitaires. Donc voilà donc aller dans une structure sanitaire, c'est peut-être avoir une chance de choper le virus, donc c'était ça le principal problème. » (Sénégal SF)

Lorsque les entretiens étaient menés, fin 2023-début 2024, une nouvelle vague de Covid pouvait rendre cette problématique très actuelle pour les sages-femmes avec un retour ponctuel du port du masque dans les structures de soins : *« we have recently reinstated, our hospital has recently reinstated the mask mandate. So we are back to support people wearing masks in the hospital."* (Canada Colombie britannique SF)

Le port du masque par les femmes au moment-même de l'accouchement, a été variable selon les pays ou les modes d'accouchement. Ainsi quelques sages-femmes témoignent que les femmes n'étaient pas tenues au port du masque pendant l'accouchement :

« The birthing person doesn't have to wear a mask when they are in labour. But the support, the support people do. » (Canada Colombie britannique SF)

« So we had more we had to wear one masks. And like they check the hygiene to desinfect our hands all the time. Other, I mean, the couple had to wear masks too. Besides the women giving birth. She was allowed to give birth without mask, and I mean in the pregnancy checkups. It was a big topic to discuss about COVID-19 and we try to focus the pregnancy and on the healthy part of the pregnancy and not on COVID, yes." (Suisse SF)

« We've never made woman wear a mask unless they have actually got COVID. But even then we normally wouldn't because we're masked and gowned and things so. We don't expect woman to wear a mask, but if the woman and partner are walking in the corridors so they're in the hallways, then we make them put on a mask in the hallways. But otherwise, no, we don't. » (Nouvelle Zélande SF)

Cependant, la plupart des autres sages-femmes expliquent que les femmes devaient continuer à porter le masque au moment d'accoucher[264] :

[264] En France, le Haut Conseil de la Santé Publiqe a demandé le port du masque pour les parturientes pendant les efforts expulsifs : « En période de forte circulation virale, le HCSP considère, par précaution, que lors des efforts expulsifs avec hyperventilation, un double masquage (masque à usage médical par le(s) professionnel(s) et la femme, présentant ou non des symptômes de Covid-19) est recommandé » (HCSP, 2020)

« Les femmes étaient obligées de porter des masques pendant le travail. Même si elles sont négatives. » (Allemagne SF1)

« Sí, ellas todas tenían mascarillas, no se la quitaban para nada. Mhm. Tanto el profesional de salud como el paciente siempre estaban con las mascarillas. Siempre, eso sí[265]. » (Equateur SF2)

« Sí, las mujeres tenían que estar también con medidas de seguridad, o sea, dando a luz con una mascarilla lo más incómodo que había[266]. » (Chili SF 2)

Ces sages-femmes confrontées à l'obligation du port du masque par les parturientes ont alors décrit l'inconfort occasionné pour les patientes.

« It is difficult for a woman who is in labor to wear a mask. And, the woman is pushing, now you say she has to wear a mask, put on a mask, and then when the woman pushes (…) " (Eswatini SF)

« Ça a été très compliqué, ça a été très compliqué parce qu'en fait, il fallait qu'au début, il fallait qu'elles gardent leur masque. Elles devaient accoucher avec leurs masques, (…) Et c'était assez compliqué. (...) Le masque c'était compliqué de… voilà, d'accoucher avec cette histoire de masque pour les femmes, ça a été vraiment un retour important des femmes. » (Belgique SF)

Au-delà d'un simple inconfort, cela a pu être décrit par les sages-femmes comme une forme de déshumanisation de la naissance, voire de maltraitance obstétricale.

« Mais c'est vrai qu'il y a eu peut-être un peu de maltraitance. Mais je pense que c'était de la peur. Enfin moi je quand je vois que j'avais des collègues qui disaient aux patientes qu'il fallait qu'elles poussent avec le masque et tout parce qu'elles avaient peur d'être contaminées…» (France DROM SF1)

Les sages-femmes expliquent que le masque limitait la communication non verbale.

[265] Traduction : « Oui, elles portaient toutes un masque et ne l'enlevaient sous aucun prétexte. Hm. Aussi bien le professionnel de santé que le patient avaient toujours leur masque. Toujours. »

[266] Traduction : « Oui, les femmes devaient également respecter les mesures de sécurité, c'est-à-dire accoucher avec un masque, ce qui était le plus inconfortable. »

"And of course, there was a lot of protection here, so it was hard with the facial expressions." (Suède SF)

Elles relatent également que cette impossibilité de déchiffrer les expressions faciales a eu des conséquences sur l'instauration de relations empathiques, d'autant plus dans un contexte de distanciation sociale limitant la communication par le toucher. Elles verbalisent que cela a impacté la qualité même des soins.

« (…) en la pandemia hubo una cuestión de afectación en cuanto a la calidad de atención a las mujeres y a sus familias (…) también acá sí hubo gente que tuvo mala experiencia porque además, el contacto directo con las mujeres, la comunicación cara a cara, lo facial, la empatía, el contacto físico, todo eso se vio limitado. No poder abrazar a una mujer cuando está en trabajo de parto o no poder acercarte y que te mira a los ojos a la cara porque tenías una mascarilla, eso hizo la diferencia. No saber quién te asistió el parto porque no lo va a reconocer nunca[267]." (Uruguay SF)

Résistances émotionnelles subversives au port du masque

Face à ces constats négatifs, des sages-femmes non soumises à une hiérarchie hospitalière ont, pour certaines, résisté à des injonctions de port de masques par les parturientes. En témoigne cette sage-femme travaillant en maison de naissances :

« C'est nous qui portions un masque. Mais... très vite, on s'est rendu compte, c'est pas possible de demander à une femme qui est en travail de porter un masque, ni à son mari non plus. Donc les parents ne portent pas de masque et c'est nous qui portons le masque. Voilà. » (France DROM SF 2)

En milieu hospitalier, où se démarquer des règles édictées par la hiérarchie était plus complexe, des sages-femmes maintenaient cependant une résistance à bas bruit pour assouplir le port du masque par les parturientes :

« J'étais là : mais, eh, toi tu as un Masque FFP 2 ! Laisse la dame respirer, non ? (rires) » (France DROM SF1)

[267] Traduction : « Pendant la pandémie, la qualité de l'attention portée aux femmes et à leurs familles a été affectée. (…) ici aussi il y a eu des gens dont l'expérience a été mauvaise parce qu'en plus le contact avec les femmes, la communication directe en face à face, les expressions faciales, l'empathie, le contact physique, tout ça s'est vu limité. Ne pas pouvoir étreindre une femme en travail, ne pas pouvoir te rapprocher d'elle alors qu'elle te cherche du regard, ça a fait une différence. Parce que tu portais un masque, elle ne saura jamais qui l'a accompagnée pour accoucher, car elle ne pourra jamais te reconnaître. »

Distanciation sociale : miroir de la fragilité des avancées pour une naissance humanisée

Lors de l'accouchement hospitalier, la majorité des sages-femmes interrogées décrivent avoir observé un recul des avancées de ces dernières années pour respecter davantage la physiologie de la naissance et l'autonomie corporelle des femmes. Elles ont partagé avoir eu un sentiment amplifié de déshumanisation de la naissance.

Les sages-femmes détaillent comment le fait de devoir tenir une distance corporelle avec les parturientes a participé à la déshumanisation de la naissance en limitant leurs interactions habituelles avec les femmes. Un passage de l'entretien avec la sage-femme uruguayenne cité précédemment précise ainsi la limitation des interactions faciales et corporelles avec les patientes. La sage-femme québécoise dit quant à elle : *« Donc les femmes rencontraient la sage-femme, mais il y avait une… comme une mise à distance plus grande avec la place tout ça.* » (Canada-Québec SF)

La sage-femme péruvienne décrit le modèle de distanciation sociale mis en place entre sages-femmes et parturientes par sa hiérarchie hospitalière. La femme en travail a été isolée, pendant la pandémie, dans une bulle en plastique disposée au-dessus de la table d'accouchement.

> « Hicimos un tipo de carpa donde le poníamos a la señora. De tal manera que tú sabes que cuando respiran jadean todo. Entonces era por la saliva, la respiración. Entonces se les puso como unas carpas de plástico para separar entre la atención de la mamá y nosotros. Era delante de ella, era como poner una carpa de la cintura hacia la parte de atrás de la cabeza, era alta. Era unas carpas que se dieron ahí en en la mesa de parto[268]. » (Pérou SF)

[268] Traduction : « On a dressé un genre de tente où on mettait la dame. Cela fait que, quand elles respirent, elles halètent beaucoup, tu le sais par la salive, la respiration. On leur a donc mis comme des tentes en plastique pour faire une séparation entre les soins de la maman et nous. C'était devant elle, c'était comme mettre une tente de la taille jusqu'à l'arrière de la tête, c'était haut. C'était des tentes qu'on avait là sur la table d'accouchement. »



Figure 19 : Arc de protection installé sur les tables d'accouchement par le ministère de la santé péruvien (Ministerio de Salud de Peru & Plataforma digital única del Estado Peruano, 2020)

Des sages-femmes expriment que la mise en place de la distanciation sociale a participé à un recul d'avancées commençant à poindre dans les maternités. Ces avancées concernaient le respect de la physiologie de la naissance et l'autonomie corporelle des femmes lors du choix de la position d'accouchement. Ces sages-femmes expriment le sentiment que la pandémie a pu être un moment de remédicalisation d'aspects de la naissance que les femmes commençaient à se réapproprier.

> « C'était un peu un retour en arrière, donc, du coup, un accouchement complètement stérile. (…) En fait c'était une manière pour réimposer certaines choses que les femmes avaient obtenu finalement genre attendre pour couper le cordon. Et les femmes disaient on comprend pas pourquoi pendant la pandémie, bah le cordon il fallait le couper très vite. Alors que finalement dans certaines maternités on attendait, avant, vraiment qu'il y avait plus le battement du cordon. On gardait la mauvaise et vieille habitude, donc c'était…Ouais, l'urgence, elle était là, oui, c'est sûr, l'épidémie, elle était là. Mais c'était aussi une manière pour les gynécologues, les pédiatres de revenir un peu en arrière. (…) je sais qu'il y a des femmes qui me disaient que la position gynécologique, c'était pour faire plus vite, pour éviter qu'il y a plus de contact entre la sage-femme parce que au tout début, dans le première confinement, vraiment les professionnels des santé étaient très stigmatisées parce que c'est vrai, elles étaient les premières à tomber malade. Bon donc du coup le premier mort de Covid, c'était vraiment le professionnel de santé donc du coup ça a été un peu la panique donc du coup ils disaient accouchement en position gynéco on a une expulsion qui va plus vite donc voilà. » (Italie SF)

Distanciation sociale : restriction des suivis et de leur qualité

Les changements relationnels vécus par les sages-femmes du fait de la distanciation sociale ont aussi eu trait à la restriction des accompagnements et consultations prénatals et

postnatals en présentiel. Le nombre de consultations prénatales a ainsi pu être restreint, ainsi que la durée de celles-ci, comme l'explique la sage-femme d'Indonésie-Java Central :

> "Because they have very limited time to meet with the pregnant woman. It should be 6 times for the pregnancy visited, but it's only four times at that time, and then it's really, you know, there is a procedure before they do the pregnancy check, so they have to do the covid checked before that and then it's really limited. » (Indonésie- Java Central SF)

De nouveaux modes de consultations en distanciel sont apparus dans la pratique des sages-femmes.

> « Est ce que ça a modifié nos pratiques ? Donc oui, on a pu faire des visioconférences, des prépas en visioconférence et vraiment on en voit les limites. On a besoin de rencontrer les gens, de les voir physiquement, de lire leur langage corporel et avec la visioconférence, je ne vois qu'une partie des personnes en fait. » (France-DROM SF2)

La restriction des consultations en présentiel a pu être un facteur de difficultés professionnelles et financières pour certaines sages-femmes. Ainsi, les sages-femmes balinaises témoignent que de nombreuses de leurs collègues ont du fermer leurs cabinets suite à la limitation des suivis en présentiel :

> "consulting with the midwife or doctor by WhatsApp or phone call, something like that. That's why many midwife surface clinic shut down for two years, I think, because of the pandemic" (Indonésie-Bali SF 2)

Par ailleurs, de nombreuses sages-femmes témoignent que la peur des familles de contracter le Covid a participé à un recul des suivis médicaux pré, per et post-nataux dans les centres hospitaliers.

> « Il y a cette peur là. Cette peur-là de venir à l'hôpital et encore contaminer le virus donc, ou bien cette peur-là d'y aller. On te découvre positif parce que quand on te découvre positif, tu ne vois pas la famille pendant 15 jours. Donc, il y avait cette peur là d'y aller et puis ne pas revenir, rester là. » (Bénin SF)

> « Oh, on allait même très peu à l'hôpital. On allait même très peu à l'hôpital. (...) Oui, il y avait très peur de contamination aussi à l'hôpital. Oui, je dis y avait aussi la méfiance du côté de la Communauté pour l'hôpital pour des risques de contamination. » (Cameroun SF)

« Les femmes avaient peur d'aller à l'hôpital » (Italie SF)

« Là où personnellement j'ai senti la différence au niveau des indicateurs, c'était plus les consultations prénatales et la demande en contraception, des consultations post-natales, c'est à dire les consultations (…)il y a eu cette stigmatisation. (…) À la limite, elle fuit le personnel de santé parce qu'elle se dit que voilà, ici, là je peux, je peux avoir la Covid parce que l'idée générale c'était les structures, là, les patients atteints de Covid étaient dans les structures sanitaires. Donc voilà donc aller dans une structure sanitaire, c'est peut-être avoir une chance de choper le virus. » (Sénégal SF)

"a lot of birthing people were scared of getting COVID at the hospital." (USA-New York, SF)

Gestion des ressources humaines : le reflet de dysfonctionnements préexistants

Les sages-femmes entendues en entretiens ont évoqué non seulement la peur des familles d'être contaminés mais également la peur des professionnels d'être eux-mêmes contaminés. Elles l'ont relié également au fait d'être contraintes de travailler en sous-effectif pendant la pandémie et d'être moins disponibles pour les familles.

« Et c'était assez compliqué. Mais je pense que c'était tout au début parce qu'il y avait cette peur des professionnels aussi. Il y a eu beaucoup de professionnels qui sont tombés malades, donc ça veut dire que l'effectif était diminué. Et donc moins de prise en charge, les gens rentraient moins facilement dans les chambres, le personnel rentrait pas dans les chambres pour voir si tout allait bien. Voilà. Ça c'est quand même un ressenti que les femmes ont eu. » (Belgique SF)

Le travail en sous-effectif pouvait s'installer dans des situations d'effectifs déjà réduits et dans des hôpitaux présentant des dysfonctionnements préalables.

« la crise économique fait que il y a pas beaucoup, ils ouvrent pas beaucoup de postes de sages-femmes donc on est un peu dans un une phase où on fait des économies. Et pendant le Covid ça a révélé vraiment un fort dysfonctionnement des hôpitaux. Mais bon, ça on l'a vu en Europe en général, mais vraiment on est dans une démarche en Italie malheureusement parce qu'on avait quand même une santé publique qui marchait très bien dans une démarche de faire des grandes économies et du budget du personnel. » (Italie SF)

« Le fait que le personnel, même d'abord, était très peu. (...) » (Cameroun SF)

Des centres de santé périnatale ont été amenés à fermer par défaut de soignants, ceux-ci ayant été contaminés.

"So and some of the Community Health Center were closed because of the the lack of the health worker because some of the health worker also, you know, go Covid then then cannot get in the providing the carousel. It's really they're really struggling to provide. » (Indonésie-Java Central SF)

Par ailleurs, le personnel et les moyens étaient redistribués en fonction des besoins pour gérer les malades atteints du Covid, réduisant encore davantage les moyens octroyés à la prise en charge des services de gynéco-obstétrique.

« Bueno, ahí fue una cosa que yo te diría que impactó enormemente porque en muchos servicios, las camas de los servicios de Obstetricia tuvieron que convertirse a camas Covid. Entonces hubieron muchas atenciones gineco-obstetricas, ya que tuvieron sobre todo ginecológicas que tuvieron que disfrazarse, eh tú así la obstétrica, porque la obstétrica está dentro de las atenciones de urgencia. Pero en esas atenciones se tuvieron también que rehacer redistribuciones de los servicios en ir implementando ciertas normativas. Al principio era todo desconocido, no necesariamente existían normas, no teníamos claridad tampoco cómo: ¿Cómo hacer funcionar los servicios en esta emergencia? Y obviamente que las restricciones fueron al 100 %[269]. » (Chili SF1)

Certains services de gynéco-obstétrique ont ainsi été amenés à fermer ou à être reconvertis en centres Covid, entraînant une surcharge de travail au sein des services de gynéco-obstétriques encore ouverts.

« Eeeh bueno yo en el tipo de Covid estuve trabajando en el Hospital Azul. Y, la verdad es que nosotros no mermados nosotros no bajamos la guardia en lo que era la obstetricia. Tuvimos más que todo, tuvimos hartos pacientes más que fueran del Covid porque la parte privada cerraron sus puertas. Entonces nosotros, a pesar de que mi hospital era privado pero es auspiciado por el gobierno, entonces nuestro volumen paciente aumentó porque se les

[269] Traduction : « Bon, là, je dirais que c'est quelque chose qui a eu un énorme impact parce que, dans beaucoup de services, au sein des services, les lits d'obstétrique ont dû être convertis en lits Covid. A ce moment-là, beaucoup de soins gynécologiques-obstétriques ont été effectués, car il y a eu beaucoup de soins gynécologiques qui ont dû être déguisés, eh bien, en soins obstétriques, parce que l'obstétrique fait partie des soins d'urgence. Mais ces services aussi ont dû être réorganisés et il a fallu mettre en place certaines normes. Au début, tout était inconnu, il n'y avait pas nécessairement de règles, on ne voyait pas bien non plus comment faire : comment faire fonctionner les services dans cette urgence ? Et évidemment, les restrictions étaient totales. »

> cerraban las puertas en todos lados, sí. Entonces yo trabajé a full el Covid y gracias a Dios nunca me contagié[270]. » (Equateur SF2)

Le secteur de la pratique sage-femme pendant la pandémie est décrit en crise par les sages-femmes, tout comme les autres secteurs de santé.

> "As usual in the era of COVID-19 pandemic, every sector and profession across the world was impacted due to the COVID-19 effect. Thus, in Ethiopia, including the Midwifery practice all other health professional were impacted. However, since the Midwifery profession is mainly related with women and newborns health and its emergency, the Midwifery practice were severely in crisis at the time of COVID-19 pandemic." (Ethiopie SF)

Les sages-femmes ont pu se sentir maltraitées par le système de santé les employant :

> "And then the pandemic hit and they didn't have masks and they treated them poorly, overworked them and stressed them. And they got Covid and made them come into work. Like all these dramas." (USA-New York SF)

Enfin, comme nous l'avons vu préalablement, les sages-femmes d'Afrique subsaharienne relient la surmortalité de leurs consœurs pendant la pandémie au manque de prise en compte des besoins de terrain des sages-femmes.

Naissances hors de l'hôpital : de modèles marginalisés à des espaces de sécurité et d'autonomie

Recrudescence des projets de naissance hors de l'hôpital pendant la pandémie

Dans ce contexte hospitalier ayant pu être vécu par les familles et les sages-femmes comme à risques de contamination et de déshumanisation de la naissance, les sages-femmes interrogées notent une augmentation du nombre de femmes projetant d'accoucher hors du système hospitalier.

[270] Traduction : « Euh, bon, moi, pendant le Covid, j'ai travaillé à l'Hôpital Azul. Et, franchement, nous, on n'a pas fléchi, on n'a pas baissé la garde en ce qui concerne l'obstétrique. On a eu, surtout, beaucoup de patients, plus de patients Covid parce que le secteur privé a fermé ses portes. Alors nous, [parce qu'on faisait partie de...] même si mon hôpital était privé, il est subventionné par le gouvernement, donc notre volume de patients a augmenté parce qu'on leur fermait les portes partout. Donc j'ai travaillé à fond pendant le Covid et, grâce à Dieu, je ne me suis jamais fait contaminer. »

Les sages-femmes ont décrit différents types de recours à des accouchements hors du système hospitalier pendant la pandémie : les accouchements accompagnés à domicile par une sage-femme formée en biomédecine (AAD), les accouchements accompagnés à domicile par une sage-femme ayant une formation endogène, les accouchements en « midwife led birthing center » ou maisons de naissance (MDN). Les sages-femmes n'ont pas évoqué lors des entretiens des accouchements non accompagnés par une sage-femme ou autre personnel qualifié (ANA). A noter que les projets d'ANA ont pu être méconnus par les sages-femmes car ne faisant pas appel, par définition, à leur présence.

Les sages-femmes ont noté une recrudescence des demandes d'accouchements accompagnés à domicile (AAD).

> « Et puis il faut noter que pendant la Covid le nombre a augmenté de manière bien exorbitante. Le pourcentage des femmes qui préfèrent d'ailleurs accoucher avec la sage-femme à domicile est vraiment élevé depuis le début de COVID. » (Allemagne SF1)

Elles notent à la fois une hausse des demandes d'AAD mais aussi d'accouchements en maisons de naissances.

> « There were a lot more. The inquiries, those women who I know who are home birth midwives, their inquiries went up. So birth centres and also for home births there were a lot more home births. Yes. » (Australie SF1)

Les sages-femmes peuvent noter également une recrudescence des accouchements accompagnés à domicile par des sages-femmes aux savoirs endogènes. La sage-femme pakistanaise relate ainsi que la lourdeur des protocoles hospitaliers pour la femme et sa famille (test Covid, masque, restriction des visites…) a participé à la recrudescence des accouchements à domicile avec des sages-femmes aux savoirs endogènes.

> "Most mostly the home, the percentage of home delivery is increased because of the some of the protocol. The family is not won't choose, they will not choose to go to the hospital because of the Covid-19. Like uh, we need to go to take some swap test, PCR test, some stuff like that, and then the protocol makes the family patient they will not choose to go to the hospital for the delivery. And for this case, the home, home birth like home delivery percentage Increase. Yeah protocol. OK, so some of the problems that appear is the protocol is still strict for the women that will, and also the protocol need to practice by their family also and it's quite

> complicated because some of them is refused to practice the protocol. Some of the family is refused to practice the protocol and also it's like a difficult for the women that we'll do the delivery, like using the mask, practice the hand wash keep the distance. And you usually like low visit of the patient family like they cannot come like one or three because more than one person because I want to visit or have some have some visit for a patient you need to come from the swab test first, yes." (Pakisan SF)

Cette sage-femme pakistanaise collabore régulièrement avec les sages-femmes aux savoirs endogènes. Elle les décrit comme des sages-femmes ayant un savoir traditionnel sur l'accouchement et connaissant l'usage des plantes médicinales mais n'ayant pas accès à une licence de sage-femme.

> "She had good information about midwifery, but she don't have license. In our country, we have different traditional ladies. They are not educated even they don't know how to write, how to speak professional languages but they are trained in giving care to the women during delivery. (…) They use some kinds of herbal things for the delivery to give us pain relief to the patient and also to remove placenta. They use different kind of herbal things and also different kinds of instruments or the other things, non medical things to remove placenta or …" (Pakistan SF)

Motivations des femmes à transformer un projet de naissance hospitalière en projet d'accouchement à domicile

Nous nous attardons ici sur les motivations des femmes (recueillies par les sages-femmes) qui ont transformé un projet d'accouchement hospitalier en projet d'accouchement hors de l'hôpital du fait de la pandémie. Nous n'explorons pas les motivations des femmes qui avaient déjà ce projet avant la pandémie.

Les sages-femmes interrogées ont expliqué que deux grands types de motivation ont pu être évoquées par les femmes : les mesures restrictives au sein de l'hôpital et la crainte d'être contaminées par le Covid au sein de l'hôpital.

Par peur de la contamination au sein de l'hôpital

Une sage-femme quechua aux savoirs endogènes témoigne que les femmes de sa communauté craignaient d'être contaminées dans les hôpitaux. Elles accouchaient

préférentiellement pendant la pandémie à domicile avec une sage-femme de la communauté aux savoirs transmis de génération en génération.

> « En el hospital había full de Covid, ahí full en hospitales mestizos más que todo. Y pero ya las mujeres embarazaditas ahí ya decidieron dar partos en la casa, no ir en él. Sí, miedo de contagiarse porque ese era temor. Decían que es una enfermedad fatal, ya gente está muriendo y ya tenían miedo. Hasta los indígenas también tenían miedo de eso pero todos teníamos medicamentos, las plantas medicinales, nuestras plantas ancestrales. Con eso ya le dábamos a las mujercitas embarazadas también y nosotros también tomábamos eso[271]. » (Equateur SF 1)

Les sages-femmes d'Afrique subsaharienne interrogées notent également une crainte de la contamination à l'hôpital favorisant les accouchements à domicile au sein de la communauté. La sage-femme zambienne évoque ainsi la crainte des femmes d'être infectées ayant entraîné une baisse des taux de naissances hospitalières : *"We didn't close our maternity wings. But women, there was a... we saw a reduction in women coming to deliver the maternity because they were also fearing to be infected. "* (Zambie SF). Dans un contexte où la pratique des accouchements à domicile n'est pas autorisée en Zambie aux soignants formés en biomédecine, ces accouchements sont alors du ressort des sages-femmes aux savoirs endogènes.

La sage-femme camerounaise déclare aussi :

> « Oh, on allait même très peu à l'hôpital. On allait même très peu à l'hôpital. (...) Oui, il y avait très peur de contamination aussi à l'hôpital. Oui, je dis y avait aussi la méfiance du côté de la communauté pour l'hôpital pour des risques de contamination. Donc, donc c'est possible que certaines s'aient accouché dans la communauté. Je sais quand même c'est qu'il y a une méfiance de cette contamination générale, donc ça, il y avait donc une réserve pour l'hôpital,

[271] Traduction : « À l'hôpital, il y avait plein de COVID, surtout dans les "hôpitaux métis". Et puis les femmes enceintes ont décidé d'accoucher à la maison, de ne plus y aller. Oui, peur de se faire contaminer, c'était ça la crainte. Elles disaient que c'était une maladie mortelle, que les gens en mouraient et elles avaient peur. Même les indigènes avaient peur, mais on avait tous des médicaments : les plantes médicinales, nos plantes ancestrales. On donnait ça aussi aux femmes enceintes et nous aussi on en prenait. »

c'est possible. C'est possible que ça se passe dans la maison alors, l'accouchement… » (Cameroun SF)

Cette crainte des femmes d'être infectées est également retrouvée dans le discours de la sage-femme canadienne de Colombie Britannique pour expliquer la recrudescence de demandes d'AAD.

« I know that there was an increases especially at the beginning of Covid when people were really afraid to go to the hospital. You know, they were worried about getting sick, contracting COVID in hospital. I know there was an increase in demand for home births." (Canada-Colombie Britannique SF)

Par résistance face aux mesures restrictives

La sage-femme pakistanaise citée précédemment évoque le choix des femmes de se tourner vers des accouchements à domicile avec des sages-femmes aux savoirs endogènes du fait de la lourdeur des protocoles et mesures barrières à l'hôpital.

La sage-femme néozélandaise et la sage-femme suisse soulignent quant à elles que les patientes recherchent hors de l'hôpital la possibilité de la présence de leurs accompagnants :

"But a home birth rate in New Zealand is only around. It went up to 6 % during the COVID it pandemic the worst of it, but generally it sits at around 3(…) But what it what it did affect was a home births doubled, so went up from 3 % to 6 % because the woman didn't want to come into the hospital. Who could blame them? Because we only let them have one support person. And that was very hard. So the woman who wanted more support people gave birth at home." (Nouvelle Zélande SF)

"It was a big topic to discuss about Covid-19 and we try to focus the pregnancy and on the healthy part of the pregnancy and not on Covid, yes. I mean a partner that her husbands couldn't stay during the night. And at the birth house, he was allowed to stay if they have a negative results." (Suisse SF)

Par ailleurs, la sage-femme italienne partage des motivations de femmes voulant préserver un accouchement physiologique et humanisé.

« Donc les témoignages qu'on a pu avoir, c'était que vraiment c'était un peu un retour en arrière, donc du coup, un accouchement complètement stérile. Les femmes, elles ont vraiment

> dénoncé cette solitude et (…) on a eu beaucoup plus d'appels pour le domicile (…) C'est vrai que les femmes comme elles avaient peur d'aller à l'hôpital, en plus seules, elles ont fait appel aux sages-femmes qui pratiquent à domicile (…) Les femmes demandaient plus l'accouchement à domicile parce que vraiment elles se sentaient de nouveau un retour en arrière donc obligation de position gynécologique. En plus avec le masque, ils obligeaient à avoir le masque pendant les contractions. » (Italie SF)

Double motivation

Les sages-femmes évoquent souvent la double motivation des femmes : à la fois se protéger du Covid mais aussi éviter les mesures restrictives hospitalières autour de la naissance.

> « Bah déjà on en a plus parlé. Car il y a vraiment eu cette question à un moment, je sais pas pourquoi d'ailleurs, mais ce sont les journalistes qui se sont mis à dire : mais est-ce que les femmes vont accoucher chez elles ? Donc il y a des femmes, ah, qui se sont dit : Ouais mais est-ce que je peux accoucher chez moi ? C'est un peu, voilà, à l'époque, on se posait tous la question de rester chez soi, ça a sûrement joué. (…) Donc il y a pu avoir ça, puis il y avait vraiment des parents qui ont eu alors soit peur du Covid. Mais surtout qui ont dit moi j'en ai eu quelques-uns, moi, c'est hors de question que j'accouche sans mon co-coparent quoi, ça c'est pas possible. Et j'ai eu notamment une femme qui qui vraiment n'en avait rien à faire de l'accouchement à domicile hein, c'était pas du tout son truc mais alors par contre elle voulait son mari. Donc voilà. La plupart d'ailleurs ont été ravies, enfin toutes. Elles ont dit oh ben heureusement qu'il y a eu le Covid. Mais on a eu comme ça quelques patients qui s'il n'y avait pas eu le problème de mari n'auraient jamais accouché chez elles. Mais comme il y avait ce souci là l'ont fait et ça s'est bien passé. « (France SF2)

Cette double motivation est aussi soulignée par la sage-femme américaine exerçant à New York: *"But a lot of birthing people were scared of getting COVID at the hospital. And they were scared of not having their partner. "* (USA-New York SF)

Capacité de réponse des sages-femmes aux demandes d'accouchements hors de l'hôpital

Une sage-femme américaine et une sage-femme française témoignent avoir vu augmenter pendant la pandémie le nombre de sages-femmes pratiquant des accouchements à domicile.

« These are like season midwives who were kind of done with the hospital. And then the pandemic hit and they didn't have masks and they treated them poorly, overworked them and stressed them. And they got Covid and made them come into work. Like all these dramas. Never like that's it. I'm gonna open a home birth practice. So we have a lot more home birth midwives." (USA-New York SF)

« le nombre de sages femmes AAD pour toute la France, ça tourne toujours autour d'une centaine, là je peux pas te dire au premier janvier à combien on était, mais au plus bas en général, on est à 80, au plus haut, on était à 120, c'était l'année du Covid, ça a donné des ailes. (…) Il y a eu des sages-femmes aussi qui pratiquaient pas, qui se sont dit non, mais moi j'en ai tout le temps eu envie, je pouvais pas le faire, mais là comme il y a le Covid et faut pas aller à l'hôpital, on va me laisser faire donc tu vois, il y a eu ce côté-là dire : Bah alors là s'il y a bien un moment où on peut ou on va pas me chercher des noises, c'est maintenant. » (France SF2)

Cependant, l'ensemble des sages-femmes interrogées pratiquant l'AAD ou exerçant en MDN témoignent que les sages-femmes n'ont pas pu couvrir l'ensemble des demandes, du fait du faible nombre initial de sages-femmes pratiquant l'AAD ou pratiquant en MDN.

« C'est un projet qu'ils ont commencé ensemble, ils veulent aller jusqu'au bout ensemble, quoi. Y'a cette raison qui pousse, qui a bien poussé beaucoup de gens à décider, non, qu'on va à la maison d'accouchement, soit on reste à la maison. Et malheureusement, ils n'ont pas trouvé tous de sage-femme pour cela. Donc du coup, il y a eu plusieurs accouchements… Comment on appelle ça ? Celle qui accouche et rentre après 4 h de temps à la maison… l'accouchement ambulant, là… » (Allemagne SF1)

De plus, des sages-femmes ayant leur propre cabinet ou MDN ont pu choisir d'interrompre temporairement leur activité du fait de l'absence d'accompagnement des pouvoirs publics pour adapter leurs pratiques durant la pandémie.

« During the Covid 19 pandemic, independent practicing midwives were afraid to assist with childbirth, so most deliveries were carried out in hospitals. But gradually with the socialization of health protocols in midwives' independent practices, births can again be carried out there » (Indonésie-Bali SF2)

Ainsi, même si une hausse significative du nombre d'accouchements est notifiée par les sages-femmes, elles témoignent n'avoir pas pu répondre à l'ensemble des demandes.

« Ben en tout cas en recensé par rapport aux autres années, on est plutôt à 1200, on était à 1800 donc tu vois, ça fait quand même une vraie différence. Sachant qu'en plus, nous on était quand même pas beaucoup plus nombreuses, donc en fait on a pu augmenter un petit peu tu vois, on s'est dit bon bah on va prendre un peu plus de couples de toutes façons on travaillait pas au cabinet moi en tout cas tu vois pendant 2 ou 3 mois le cabinet était fermé sauf les urgences donc j'avais le temps aussi de faire plus d'accouchements. C'est une période que j'ai adoré personnellement tu sais c'était vraiment la sage femme à l'ancienne, j'étais chez moi, puis je partais juste pour des accouchements ou aller voir des nouveaux nés, c'était assez plaisant. Donc voilà, on est monté à 1800, donc il y a une vraie augmentation. Pour autant, si on avait dit oui à tous les personnes qui nous ont contactées au moment du Covid, je sais pas à combien on était, mais il y a des jours, on avait le téléphone qui sonnait 3- 4 fois par jour, tu vois, pour ça quoi, en disant : Venez pour mon accouchement à la maison, je veux pas aller à l'hôpital toute seule. » (France SF2)

Recul du droit des sages-femmes de pratiquer l'AAD

Par ailleurs, les sages-femmes pratiquant habituellement les AAD ont pu se voir retirer cette autorisation par leur gouvernement pendant la pandémie. Cela a été le cas pour les sages-femmes québécoises qui se sont vu retirer l'autorisation de pratiquer en AAD. Elles ont par contre pu continuer à pratiquer en MDN. La sage-femme québécoise décrypte cette décision gouvernementale comme provenant de préjugés persistants sur l'AAD. Elle explique que ces préjugés favorisent des retours en arrière sur les droits acquis de l'AAD.

« Au moment de la pandémie, ben je veux dire, au début en tout cas, il y a une décision prise par le gouvernement. Puis bon, les sages-femmes ont accepté ça là que l'accouchement à domicile soit plus possible parce que là ils disaient qu'il fallait garder les maisons de naissance comme un environnement sain, puis que là, si les sages-femmes allaient à des accouchements à la maison, ils risquaient de ramener le virus à la maison de naissances, puis que là ça allait contaminer tout le monde. Tu sais, fait que ça c'est venu impacter là. Ça a été abandonné par après. Mais c'est que moi je me disais, je regardais ça, puis je me disais ça prend pas grand chose hein ? Pour que l'accouchement à la maison qu'on s'attaque tout de suite, tu sais. Bien l'impact, ça l'a eu sur les demandes d'accouchement à domicile, ça a eu que ils pouvaient plus le faire. Fait là que c'est devenu là qu'il fallait aller à la maison de naissance, ou bien accoucher toute seule chez elle. Contrairement à, excusez, contrairement à ce que on a pu voir, je lisais des choses dans d'autres pays où c'est entre autres aux États-Unis bien c'est le domicile qui a pris plus de place. Tu sais fait que, mais tu sais ça, nous, moi je trouvais que ça nous permettait de voir que il y avait encore plein de préjugés là-dessus, puis que dès que quand qu'il y a

quelque chose qui se passe, facile de revenir en arrière. On le voit, il y a eu ça.» (Canada-Québec SF)

Récits issus des marges

Récit d'un accouchement à domicile pendant la pandémie

Lors de chaque entretien réalisé avec les sages-femmes, je leur proposais de me raconter la dernière naissance qu'elles avaient accompagnée ou une naissance de leur choix qui leur semblait refléter leur pratique habituelle. La sage-femme américaine d'Arizona a choisi de raconter un accouchement qu'elle avait accompagné pendant la pandémie. Cette sage-femme a également une formation de traductrice en langue des signes. Elle raconte ici la naissance qu'elle a accompagnée à domicile auprès d'un couple malentendant pendant la pandémie.

> SF USA Arizona : "I can tell you about a birth story. I could tell you about this couple that came to me and hires me to do a home birth. They're both deaf. So we talk about work. It's like a lot of work. Yeah, it was so good. They're really believing and really strong. And they came to me and she likes it so much because she can talk to me (the midwife is also a sign language translator). And usually if you go to the clinic, you have to have a separate person come. And I like it too. I want her to stay long time and talk a lot to… She came late, you know, not in the early pregnancy and her partner... He's nice too. This one day she's in labor and she calls, but I am busy, so I didn't see it. And I see it a few minutes later and I called back right away on video, of course, because they're deaf and they're in the hospital and I'm like, wait, wait, why are you there? And they said we couldn't answer. You didn't answer. So we went to hospital. We were scared. And I'm like. How far is it to your house? And they said 15 minutes. I said OK, go home. I'll meet you there. They were just in admitting, so they were barely in there asking them questions. They weren't in the room and so they left. And I got in my car and I called the student and I said come to my house, pick up the birth tub, put it in your big SUV and take it to the birth. And she said OK and I went to their house. They live in a small apartment, inner city. Not a nice area, but it's OK. I'm always safe and protected. I believe this. So it's fine, I don't mind. But like I'm telling you where it was. The next day I'm at a birth in a resort where you have to code to get in and all the security. This is not that. Little tiny apartment, not so nice and two big pitbulls. You know. Don't worry. They put them in the car with the window down a little bit outside the apartment, so they won't bother me, but they're going crazy when I get there. Can we go in? It's Covid, I said you can't have any other people there. It's a small apartment. Of course they have other people there. She's deaf. She's going to help do everything. We have to make everything. There's no table. We use the box from the crib

mattress to make a table so that we can put our stuff out and then my student takes the plastic from the mattress to make a cover on the bed because we didn't have anything. She sat on the edge of the couch. Really. We are getting the tub filled and within 15 minutes she gets in and pushes the baby out. No tear. Beautiful, 10 Apgar. The baby is so easy. No problem. First baby. They take the baby in the other room and they're so cute and I'm calling my friend. Can you come help me because… I have to explain everything as I'm going, plus do it. It's hard to do both and I know it, but I'm... You know, there's a peace inside me that thinks I could do both. Why not? I mean, we met ... Why can't I do both, everything you know. And my friend can't come. So it's me and the student. It was beautiful. They went in and settled, and they had the baby with them. And they took their little ear pods and they put them on the baby to see if they can tell if the baby can hear. It's so cute. It's so magical and it's just like, so new. It just to tell you it gives me chills still. I don't cry anymore at birth, when I'm there. Or if I do, it's just so small and very moment. I still feel chills when I tell you the story. Was so good and… the dogs were fine and the deaf person that helped is fine. Everything worked out. They broke up and moved away. The deaf person moved across the country. She lives like in Philadelphia now somewhere or something and… It was that moment. It was beautiful. I was really lucky. Really lucky."

ML: "And what was the birthing position? Of this woman."

SF USA Arizona: "Squatting. In the tub. I have a big tub. It's black, it's plastic. I think you've seen it. Rubber made. They're really quite sturdy. And you know, you don't have to blow it up. You just fill it up. It has a drain. It's so easy. And she was squatting just like this, you know, holding on and the baby's right there so fast."

ML: "And what happens uh, to the placenta after birth?"

SF USA Arizona: "I can't remember. I'd have to look up if she had it encapsulated or..."

ML: "Or usually uh, what happens with a placenta? "

SF USA Arizona : "Oh, OK. Usually we make a picture of it. We make a print, we check it and make sure it's all there. Of course, checking the cord for three vessels and everything and complete. We notice the color and size and shape and everything, and my colleague who I usually work with is like a little bit of an expert on placenta. So she's taught me a lot, so I look for a lot of things and then I do a picture print. And whatever they want, if they want to throw it away or encapsulate or keep it for later or give it to the doctor, whatever they want to do, it's fine."

Récit des soins de prévention au Covid pratiqués par une sage-femme aux savoirs endogènes

Dans un extrait de son entretien cité plus haut, la sage-femme quechua d'Equateur évoque la peur des femmes de se rendre à l'hôpital, leur choix d'accoucher à domicile avec les sages-femmes de la communauté aux savoirs endogènes et l'utilisation de plantes médicinales. Dans la suite de l'entretien, elle explicite davantage son rôle pendant cette période : passer de maison en maison pour protéger les familles du Covid (fumigations, utilisation de plantes médicinales…) et réaliser les accouchements à domicile au sein de la communauté.

> « En el Covid sí, ya nos tocó ir a cada casa para dar parto porque ya tenían miedo y también el Covis ya nosotros teníamos plantitas medicinales para Covis, ya para fumigar así con plantitas medicinales mismo y ya así trabajaba. Así trabajábamos más que todo en cada comunidad para el Covid. Ya nosotros ya cogíamos las plantitas como para fumigar manchacábamos y fumigábamos. Y así nos fumigábamos y en cada familia. Y con eso ya nos decían, por favor, ayúdennos con parto, ya nos íbamos fumigando con las plantitas y así y dentro vamos a la casa y a ayudar el parto y otra vez salir. Y luego ya íbamos con todos con guantes con mascarilla, con todo para prevenir también. Y con las plantitas también ya les fumigábamos y había agüitas le dábamos agüitas de remedio y así y la agüita de remedio. Y así a todos los pacientes, a todos les salvó también del Covid porque ya vendíamos agüitas de remedio también para Covid[272]. » (Equateur SF 1)

Conclusion du chapitre 9

Déshumanisation des soins : la pandémie comme révélateur des tensions structurelles

L'analyse des pratiques discursives de 41 sages-femmes des cinq continents a permis de mettre en lumière des dynamiques globales et locales qui ont marqué l'organisation des soins périnataux en temps de crise. Les témoignages recueillis révèlent comment la pandémie a renforcé certaines logiques de contrôle et de déshumanisation, a amplifié les inégalités

[272] Traduction : « Pendant le COVID, on a dû aller dans chaque maison pour les accouchements parce qu'ils avaient peur, et puis on avait des plantes médicinales pour le COVID, pour purifier l'air par fumigation (…), et c'est comme ça que je travaillais. On travaillait surtout dans les communautés pendant le COVID. On prenait des plantes pour les fumigations, on les pilait et on purifiait l'air. Et c'est comme ça qu'on procédait, dans chaque famille. Alors, ils nous disaient : "S'il vous plaît, aidez-nous pour l'accouchement." Alors on faisait les fumigations avec les plantes, on entrait dans la maison pour aider à l'accouchement et puis on ressortait. Et bien sûr, on allait voir tout le monde, avec des gants, des masques, tout pour prévenir les contagions. Avec les plantes, on purifiait l'air et on avait des eaux médicinales qu'on leur donnait. Cette eau médicinale, que l'on vendait, elle a sauvé tous les patients du COVID. »

d'accès à une naissance humanisée, tout en suscitant des résistances et des réinventions dans les pratiques.

Tout d'abord, nos données montrent que les restrictions imposées, notamment l'éviction des accompagnants et l'application stricte des mesures barrières, ont généré une déshumanisation accrue de la naissance dans de nombreux contextes. Ces mesures ont exacerbé les fractures structurelles déjà présentes dans les systèmes de santé, rendant visible la fragilité des avancées vers une prise en charge centrée sur les besoins des femmes, des nouveau-nés et de leurs familles. Dans de nombreux cas, elles ont également remis en question les droits fondamentaux des femmes, tels que la présence de leur accompagnant ou le choix de leur lieu d'accouchement.

Injustices épistémiques et marginalisation des savoirs féminins situés

Par ailleurs, les discours des sages-femmes mettent en évidence leur invisibilisation et leur subalternisation dans le dispositif mondialisé de la naissance. Elles expriment un sentiment de marginalisation face aux centres décisionnels biomédicaux, les empêchant de faire entendre leur voix pour promouvoir ou préserver une approche humanisée et physiologique de la naissance. Cette invisibilisation s'inscrit dans une logique d'injustice épistémique (Fricker, 2007), c'est-à-dire une disqualification systémique de certains savoirs ou porteurs de savoirs, fondée sur des rapports de pouvoir implicites[273]. Dans le contexte de la santé périnatale mondialisée, cela se traduit par l'occultation des savoirs pratiques, émotionnels et culturels des sages-femmes au profit d'une rationalité biomédicale dominante. En réponse, les sages-femmes interrogées revendiquent une justice cognitive (De Sousa Santos, 2016; Visvanathan, 1997, 2009, 2016), entendue comme la reconnaissance des savoirs pluriels, situés, expérientiels, capables de répondre aux réalités locales et aux besoins spécifiques des

[273] L'injustice épistémique est explicitée dans le chapitre 3 de ce manuscrit et dans le glossaire en fin de manuscrit.

familles[274]. Cette quête de reconnaissance vise à rééquilibrer les rapports de pouvoir dans la production des normes périnatales.

Résistances à bas bruit et pouvoir d'agir dans les marges

Ensuite, les sages-femmes interrogées ont partagé des stratégies d'adaptation et de résistance qui illustrent leur rôle crucial dans la résilience des systèmes périnataux. Sans s'opposer frontalement aux directives officielles, les sages-femmes ont parfois choisi de négocier leur application au cas par cas, ou en assouplissant certaines consignes pour préserver l'expérience vécue. Ces ajustements, souvent imperceptibles pour l'institution, traduisent une capacité à réaffirmer, dans les marges, l'humanité du soin. Ils peuvent être qualifiés de « résistances à bas bruit » telles que conceptualisées dans le premier chapitre de ce manuscrit. Une sage-femme, par exemple, a raconté avoir laissé un accompagnant entrer discrètement pour éviter que la parturiente ne traverse sans le co-parent les heures de travail avant la naissance. Une autre encore a autorisé des femmes à laisser glisser le masque au bas du visage lors de l'accouchement et de la première rencontre avec le nouveau-né. Ce type d'acte illustre ce que j'ai conceptualisé comme des « résistances à bas bruit » dans le premier chapitre du manuscrit. Ces pratiques discrètes de contournement illustrent le potentiel de transformation critique des normes institutionnelles à partir du terrain. Les résistances à bas bruit ne s'opposent pas frontalement aux normes, mais les subvertissent de l'intérieur, en adaptant les protocoles aux besoins des femmes, des nouveau-nés et des familles. Ces pratiques démontrent une capacité des sages-femmes à reconstruire des espaces d'autodétermination pour leur pratique dans des environnements contraints. Ces résistances mettent en exergue les capacités des sages-femmes à naviguer dans les contraintes institutionnelles afin de préserver l'accompagnement humanisé de la naissance.

L'analyse des discours montre également que des pratiques aux marges du modèle dominant, comme l'accouchement à domicile ou en maisons de naissance ou encore les soins issus d'autres systèmes de santé, ont parfois été redécouvertes ou renforcées comme autant d'actes d'émancipation face aux logiques hospitalo-centrées. Dans ces espaces, les sages-

[274] La justice cognitive est largement explicitée dans le chapitre 3 de ce manuscrit. Une définition en est par ailleurs donnée dans le glossaire en fin de manuscrit.

femmes témoignent souvent n'avoir pas restreint la présence de l'accompagnant, ni rendu le masque obligatoire pour les femmes lors du travail et de l'accouchement.

Ces expériences montrent que, dans de nombreux cas, les sages-femmes ne se sont pas contentées d'appliquer les directives : elles ont activement participé à leur ajustement éthique et contextualisé. Bien que cela ne soit pas généralisable à toutes les professionnelles, ces récits révèlent un potentiel critique porté par une partie des professionnelles exerçant en première ligne, au plus près des parturientes.

Émotions de rébellion et subjectivités comme leviers critiques

Nos données dévoilent que les résistances des sages-femmes ont souvent été motivées par des émotions vives — colère, tristesse, indignation — face au désarroi des femmes, mais aussi par une forme de loyauté éthique envers leur engagement professionnel. Ainsi, plusieurs sages-femmes expriment leur profond malaise émotionnel de devoir elles-mêmes annoncer, lors de l'arrivée des couples à la maternité, que le co-parent ne peut passer la porte de la maternité. D'autres partagent leur tristesse devant la solitude et la détresse des femmes dans les maternités. Certaines aussi partagent leur indignation devant les mesures-barrières au moment de l'accouchement, expliquant que la distanciation sociale est contraire à un accompagnement empathique ou bien que le port du masque exigé jusque dans l'effort de poussée est une forme de violence obstétricale. Les sages-femmes décrivent ainsi souvent ces normes restrictives comme déconnectées des besoins des femmes, des nouveau-nées et des familles. Les émotions des sages-femmes, mais aussi celles des femmes-patientes, deviennent alors des catalyseurs d'action critique et de transformation des pratiques. Leurs émotions deviennent des leviers d'ajustement, de désobéissance discrète et de repositionnement critique. Les sages-femmes décrivent les actes de résistances qui naissent de ces vécus émotionnels comme traduisant une volonté de réaffirmer les droits fondamentaux des femmes et l'humanisation de la naissance dans un contexte de crise. C'est ce qui nous a amené à proposer de conceptualiser ces affects sous le terme d'« émotions de rébellion », telles qu'elles sont explicitées dans le premier chapitre de ce manuscrit.

Les résultats de ce chapitre soulignent l'importance des émotions et des expériences subjectives dans la réflexion critique sur les normes institutionnelles qui régissent la naissance. Ces normes, issues de modèles biomédicaux mondialisés, se heurtent à la diversité des

contextes locaux et aux attentes des familles. Les récits montrent que les sages-femmes, en tant qu'actrices de terrain, jouent un rôle fondamental dans la redéfinition des pratiques périnatales, en naviguant entre les normes biomédicales et les besoins spécifiques des parturientes.

Pour une co-construction des politiques de santé : reconnaître les savoirs subalternes

Ainsi, ce chapitre met en évidence que la pandémie de Covid-19, bien qu'étant une période de tensions et de restrictions, est aussi une opportunité de réflexion et de transformation. Cette période de crise a révélé la nécessité d'une reconnaissance plus inclusive des savoirs situés portés par les actrices de première ligne que sont les sages-femmes ainsi que par les premières concernées par les offres de soins périnatales, à savoir les femmes patientes. La lutte contre les injustices épistémiques apparaît ici comme une condition essentielle pour l'élaboration de modèles périnataux réellement participatifs. En réintégrant les savoirs subalternes que sont les savoirs émotionnels, expérientiels et endogènes des femmes et des sages-femmes, il devient possible d'ouvrir un espace de dialogue critique – mais non dénué de tensions – entre ces savoirs et les modèles biomédicaux. Ce dialogue ne peut se limiter à l'inclusion symbolique : il suppose de repenser les rapports de pouvoir, les modes de validation des savoirs, et les conditions concrètes d'une co-construction véritable des normes de santé périnatale.

Du biopouvoir aux résistances situées : vers une critique épistémique des normes périnatales

Ce chapitre s'ancre ainsi dans une approche critique foucaldienne largement mobilisée par les publications en sciences humaines et sociales analysant les effets de la pandémie sur les sociétés. Il montre les normes sanitaires comme des instruments de biopouvoir redéployés dans un contexte d'exception. Les données analysées ici montre comment ce biopouvoir est aussi contourné, modulé et négocié par les sages-femmes et les femmes-patientes. Elles apparaissent ici comme des actrices critiques de la santé mondiale, souvent tenues à l'écart des espaces de décision, mais capables d'ajustements éthiques et de contestations silencieuses porteuses de sens et de changement.

Alors que de nombreuses études ont documenté les impacts des mesures restrictives sur la santé mentale des femmes, sur les liens parentaux ou sur les choix de lieu d'accouchement, peu se sont intéressées de manière approfondie au vécu des sages-femmes elles-mêmes et aux écarts aux normes restrictives apparus dans le champ de la santé périnatale. Le présent travail s'inscrit dans une démarche complémentaire et transnationale en révélant les vécus de sages-femmes et les formes de résistances déployées pendant la pandémie face aux normes mondialisées de la naissance.

Enfin, cette étude poursuit la réflexion plus large sur les rapports de pouvoir épistémiques en maïeutique. Si les résistances mises en lumière ici sont nées dans le contexte spécifique de la crise sanitaire, elles révèlent des tensions structurelles qui traversent de manière transnationale la maïeutique.

Ce chapitre poursuit ainsi l'exploration d'un champ d'analyse essentiel de cette thèse : celui des savoirs invisibilisés, et des reconfigurations silencieuses des normes. Le chapitre suivant poursuivra cette exploration en s'intéressant aux projets internationaux de santé reproductive se réclamant de l'émancipation, en analysant les tensions qu'ils génèrent lorsqu'ils importent des normes sans reconnaissance des savoirs des actrices locales. Il prolongera l'analyse entamée dans ce chapitre et les précédents sur les injustices épistémiques, en interrogeant les asymétries de légitimation des savoirs, les logiques d'appropriation, et les conditions d'une réelle justice cognitive dans la définition des normes périnatales.

Chapitre 10. Projets de santé reproductive en Afrique de l'Ouest : entre émancipation affichée, colonialité des savoirs et invisibilisation des résistances endogènes

Introduction du chapitre 10

Dans une salle de quartier à Abidjan, une travailleuse du sexe s'empare, non sans hésitation, du spéculum et du miroir tendus par une sage-femme ivoirienne travaillant pour une ONG française. Puis, elle s'isole derrière un paravent. Plus tard, la travailleuse du sexe confie :

> « Je me suis sentie fière de moi-même, j'ai regardé mon truc-là était joli, bien rose. J'étais étonnée, je dis ah bon donc moi seule je peux regarder ? Moi seule je prends appareil je mets là-bas, je tourne sans que médecin ne me regarde, sage-femme ne me regarde, infirmier ne me regarde ? Je trouve ça extraordinaire. » (Côte d'Ivoire, Travailleuse du Sexe)

À Cotonou, une jeune mère partage avec fierté son vécu d'accouchement avec une sage-femme béninoise sensibilisée par la coopération japonaise à l'accouchement humanisé :

> « le jour J sa présence (du mari) m'a beaucoup aidée. Ça me faisait mal. Quand il a commencé à me masser, ça diminue la douleur. A mon amie, j'ai raconté ça (…) Moi, je dis : « Arrivée là-bas, quand ça a commencé (le travail), le lit là en haut[275] , tellement c'est en haut, j'ai dit à la sage de me laisser par terre . » « Par terre ? » dit mon amie. Je lui dis, « oui par terre ». Je dis « Ah ! Même si je suis à *** ah, je vais descendre accoucher là. » » (Bénin, jeune accouchée)

Ces témoignages, porteurs d'émotions et de fierté, illustrent la force transformatrice que peuvent avoir certains projets en santé sexuelle et reproductive. Ils s'inscrivent dans les récits

[275] Table gynécologique

de réussite fréquemment mobilisés par les acteurs de la coopération internationale pour valoriser leurs interventions.

Mais ces récits ne racontent pas toute l'histoire. Car derrière l'émerveillement individuel et les intentions affichées d'humanisation ou d'autonomisation, des tensions profondes demeurent. Ces projets, pensés depuis des modèles normatifs exogènes, porteurs d'idéaux d'émancipation, risquent aussi – parfois à leur insu – de reproduire des logiques de domination héritées de rapports Nord-Sud. En prétendant améliorer les conditions d'accouchement ou favoriser l'appropriation corporelle, ils peuvent également invisibiliser les savoirs locaux, renforcer des hiérarchies entre soignants et patientes, et participer à une reconfiguration subtile de la gouvernance des corps féminins. Ils tendent alors à invisibiliser les « résistances à bas bruit » qui se manifestent face à ces dispositifs, faute de les reconnaître comme des signaux pertinents ou de les intégrer dans un dialogue constructif. Ces résistances discrètes — ajustements, contournements, réappropriations silencieuses — ne trouvent souvent pas d'espace pour dialoguer avec les cadres imposés, et restent en marge des discours officiels.

Dans le prolongement critique des dynamiques explorées en contexte pandémique, ce chapitre interroge l'exportation de dispositifs normatifs portés par des institutions internationales dans le cadre de projets d'aide au développement. Le fil conducteur se déplace du temps court de la crise vers des dynamiques plus structurelles, mais la question centrale demeure : qui définit les normes légitimes en matière de santé des femmes ? Et que devient ce tissu de résistances discrètes, tissé dans le quotidien des femmes et des sages-femmes, lorsqu'il n'est ni entendu, ni reconnu, ni intégré dans la conception des interventions ?

À partir de deux études de terrain menées au Bénin et en Côte d'Ivoire, ce chapitre analyse les tensions entre les ambitions affichées de projets, dits participatifs et émancipateurs, et les réalités de terrain qui en révèlent les ambiguïtés épistémiques. L'un, porté par la coopération japonaise, introduit un modèle hospitalier d'accouchement dé-technicisé. L'autre, impulsé par une ONG française, promeut des ateliers d'auto-gynécologie inspirés du féminisme nord-américain. Si ces initiatives ont pu produire des effets bénéfiques, elles illustrent aussi la persistance de rapports de pouvoir coloniaux dans la définition des besoins, des priorités et des référentiels de soins — et la difficulté à reconnaître les « résistances à bas bruit » comme des pratiques légitimes et porteuses d'alternatives. Elles posent ainsi la question des

conditions de possibilité d'une maïeutique véritablement émancipatrice, qui refuse à la fois la reproduction des hiérarchies coloniales et l'imposition unilatérale de modèles extérieurs.

En mettant au jour les mécanismes subtils de colonialité des savoirs, cette analyse invite à repenser les conditions d'une véritable reconnaissance des savoirs féminins émotionnels, expérientiels et endogènes dans les politiques de santé sexuelle et reproductive, et à envisager leur intégration dans le cadre plus large d'une « maïeutique émancipatrice ».

I- Contexte, problématique, méthodologie

Contexte : Défis de la décolonisation du corps des femmes et de la reconnaissance des résistances silencieuses dans les projets de santé en Afrique de l'Ouest

Décoloniser le corps des femmes présente des défis pour les programmes de santé. Le contrôle de la sexualité des femmes et de leurs fonctions reproductives s'est effectivement construit autour du paradigme biomédical (Angeloff & Gardey, 2015) sur des logiques patriarcales et eurocentrées et dans des craintes de « dépopulation » ou de « surpopulation » (Vergès, 2017). Comme nous l'avons détaillé dans le chapitre 4, le processus de la biomédicalisation du corps des femmes a débuté dès le XVIIIe en Europe, pour ensuite diffuser dans le reste du monde, notamment à travers les empires coloniaux aux XIX-XXe. En Afrique de l'Ouest, les empires coloniaux ont appuyé ce processus dans des visées, d'une part, de rentabilité économique (préserver/accroître la main d'œuvre en combattant la mortalité materno-infantile et les maladies vénériennes, vectrices d'infertilité) et, d'autre part, de « mission civilisatrice » (présupposé quant à une supériorité des civilisations occidentales avec son corollaire qu'est l'imposition de normes et savoirs eurocentrés). (Peiretti-Courtis, 2021b) L'administration coloniale de l'Afrique Occidentale Française (AOF) a organisé le processus de biomédicalisation des territoires d'Afrique de l'Ouest à travers le « Corps de Santé colonial », créé en 1890, et l'« Assistance Médicale Indigène » (AMI) instituée en 1905. L'Ecole de Médecine de Dakar, ouverte en 1918, visait à former, pour l'AMI de l'ensemble des territoires AOF, des soignants tels que des médecins, des sages-femmes, ou des infirmières visiteuses. (Barthélémy, 2019c) Le déploiement de la biomédicalisation en Afrique de l'Ouest s'est aussi appuyé sur les congrégations religieuses missionnaires (Faure, 2012). Celles-ci œuvraient à la

biomédicalisation dans les colonies par la dispense de soins par des religieux mais aussi par l'organisation de formations de soignants, comme dans l'Empire Colonial Britannique où ce sont principalement les missionnaires qui formaient les sages-femmes. (Hugon, 2022)

Cependant, de ses débuts jusqu'au moins dans les années 1950, le déploiement biomédical ne s'accompagne pas d'un impact significatif sur la morbi-mortalité materno-infantile en Afrique de l'Ouest (Hugon, 2016b). En contrepartie, les historiens mettent en évidence les liens avérés entre l'anthropologie coloniale, la médecine coloniale et missionnaire et la diffusion du concept idéologique (et se voulant alors scientifique) de « hiérarchisation des races » (Peiretti-Courtis, 2021b; Reynaud-Paligot, 2020b). Ce concept participe alors d'une part à l'essentialisation du corps des femmes (via le sexe et la « race ») (Dorlin, 2009) et d'autre part à l'imposition de normes eurocentrées autour du soin, de la naissance, de l'éducation et du rôle de genre. Est instaurée une hiérarchisation entre les normes, savoirs et pratiques féminins endogènes qui sont combattus, et les savoirs biomédicaux et normes eurocentrées qui sont promus. Si, en Europe, le processus de biomédicalisation de la santé de la femme avait déjà participé au dénigrement puis à l'invisibilisation de savoirs féminins, ce mépris sera d'autant plus prégnant dans les colonies. (Barthélémy, 2019a; Hugon, 2016a) Un traité d'allaitement, paru en 1906 et couronné par l'Académie des Sciences, qualifiera ainsi les savoirs endogènes autour de l'allaitement :

> « Les femmes de la campagne et celles de peuplades sauvages, à l'instar des femelles des animaux, allaitent leurs petits en ne s'inspirant d'aucune règle et en suivant seulement leur instinct… » (Marfan, 1906, p. XIII)

Ce type de discours sur les savoirs et pratiques féminins endogènes est aussi présent lors de colloques internationaux où ils sont rendus responsables de la mortalité maternelle et infantile en Afrique.

> « La conférence internationale de Genève sur l'enfance africaine (1931) dénonçait également les sages-femmes indigènes et leurs pratiques anti-hygiéniques ; la négligence des mères ; et la façon irrationnelle de nourrir les enfants » (Hugon, 2004)

Or, comme nous l'avons vu précédemment, à l'époque de la conférence de 1931 donnée ici en exemple, et encore pour plusieurs décennies, l'introduction des pratiques et savoirs exogènes en santé n'a pas fait reculer la mortalité maternelle et infantile sur ces territoires. Tout au contraire, les conditions de vie des populations se détériorent pendant la colonisation

et aggravent leur exposition à une surmortalité et surmorbidité. Ainsi, la biomédicalisation du corps des femmes recouvre d'autres enjeux. Si, comme en Europe, la médicalisation du corps des femmes s'est construite sur des épistémologies patriarcales et l'invisibilisation de savoirs féminins, il s'est également agi en Afrique de l'Ouest d'asseoir un pouvoir colonial en affirmant la domination des savoirs occidentaux sur les savoirs endogènes. (Hugon, 2016b)

Dans ce processus historique, non seulement les savoirs féminins ont été marginalisés, mais les "émotions de rébellion" et "résistances à bas bruit", pour contribuer à maintenir vivantes des pratiques et visions alternatives de la santé des femmes, ont été dénigrées.

Actuellement, si les progrès de la biomédecine participent au recul de la mortalité maternelle et génésique, les liens sont toujours agissants entre hégémonie biomédicale et subalternisation des femmes et de leurs savoirs et résistances situés. Les luttes féministes sont pourtant prégnantes en santé des femmes depuis le XXe (Favier, 2014). Or, de nombreuses études internationales montrent que la santé des femmes est aujourd'hui encore au cœur d'injustices épistémiques et que l'autonomie corporelle des femmes y reste un enjeu (Toubia et al., 2021). Au niveau mondial, différents débats sociétaux en sont l'écho tels ceux sur les violences gynécologiques et obstétricales (M. A. Bohren et al., 2015; Schantz et al., 2021), sur le racisme obstétrical (Davis, 2019; El Kotni & Quagliariello, 2021), sur l'accès à l'avortement (OMS, 2022), ou encore sur la médicalisation abusive de la naissance et la pathologisation des différentes étapes de la vie sexuelle et reproductive de la femme (Adam et al., 2016; Dumont & Guilmoto, 2020b). Les rapports de pouvoir entre soignants et soignés sont particulièrement questionnés par ces études et débats. En Afrique de l'Ouest, les résultats d'études multi-pays ont fait le constat, dès les années 1990-2000, d' une « médecine inhospitalière » au sein des structures de santé, caractérisée par des « relations difficiles entre soignants et soignés » et notamment envers les femmes (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003). Depuis quelques années, de nouvelles études en Afrique de l'Ouest documentent plus spécifiquement la prégnance des violences gynécologiques et obstétricales au sein des structures de soins. Ces réalités, et les revendications sociales qui y sont liées, interrogent, ici comme ailleurs, les difficultés rencontrées par les systèmes biomédicaux de santé pour développer des approches en santé des femmes perçues par les populations comme à la fois accessibles, respectueuses et socio-culturellement adaptées. L'Afrique de l'Ouest affichant des taux de mortalité et morbidité en santé maternelle et génésique parmi les plus hauts du monde, il semble à la fois incontournable et urgent de remédier à ces difficultés.

Problématique : Comment décliner une vigilance épistémologique au sein des projets de solidarité internationale en santé des femmes, en intégrant la reconnaissance des « résistances à bas bruit » et des « émotions de rébellion » comme ressources épistémiques ?

C'est dans ce contexte, associé à celui des débats autour de la décolonisation de la santé mondiale (Ridde et al., 2023), que naissent de nouvelles directives internationales centrées sur l'autonomie corporelle des femmes (HRP et al., 2023; Toubia et al., 2021). De ces directives naissent des financements favorisant le développement de projets qui explorent des approches émancipatrices en santé des femmes. En Afrique de l'Ouest, dans un contexte de grande fragilité des systèmes biomédicaux de santé, ces projets sont souvent financés, voire portés, par des programmes de solidarité internationale. Or, les défis semblent multiples pour construire, au sein de ces interventions, l'émancipation des femmes. Les enjeux sont effectivement exacerbés dans un contexte où la socio-anthropologie du développement et de la santé a historiquement produit un discours du Nord sur le Sud et où les politiques de santé et les projets en solidarité internationale sont historiquement marqués eux aussi par l'hégémonie des épistémologies occidentales (De Sousa Santos, 2016; Visvanathan, 2016).

Une question centrale traverse ce chapitre : dans quelle mesure ces modèles voulus émancipateurs sont-ils pensés et co-construits avec les femmes au Sud, y compris en prenant en compte leurs formes d'expression moins audibles — ces émotions de rébellion et résistances à bas bruit qui traduisent une contestation implicite des normes imposées ? Comment ne pas reproduire les rapports de domination Nord/Sud[276] et créer une forme de recolonisation du corps des femmes par l'injonction à l'émancipation ? Le risque récurrent encouru par ces projets est effectivement de ne pas échapper aux écueils d'un « universalisme

[276] A la suite de Boaventoura De Sousa Santos, nous utilisons ici les termes de Nord et Sud non pas comme définissant des zones géographiques mais comme différenciant les réalités situées de chaque côté d'une « ligne abyssale ». La ligne abyssale de De Sousa Santos se rapproche, sans pour autant lui être superposable, de ce qui serait pour Frantz Fanon la délimitation entre des zones d'être et de non être. Frantz Fanon décrit ces zones séparées par une ligne érigée par la hiérarchie de supériorité et d'infériorité liée au racisme (Fanon, 1952). Or, Boaventura De Sousa Santos, dans un approche évoquant celle de l'Intersectionnalité de Kimberlé Crenshaw (Crenshaw, 1989), envisage d'emblée l'ensemble des hiérarchies capitalistes, coloniales et patriarcales qui tracent des lignes abyssales entre des Nords et des Suds épistémiques(De Sousa Santos, 2016). Ces précisions sont développées dans le chapitre 1 du manuscrit.

bienveillant mais impérialiste » (De Sousa Santos, 2011) et de son corollaire qu'est l'« arrogance épistémique » (Fricker, 2007). Pour les acteurs de la solidarité internationale et les chercheurs académiques impliqués dans ces projets, la vigilance épistémologique est alors un levier pour promouvoir une justice épistémique. Comment décliner une vigilance épistémologique au sein des projets de solidarité internationale en santé des femmes, en intégrant la reconnaissance des « résistances à bas bruit » et des « émotions de rébellion » comme ressources épistémiques ?

Méthodologie

Analyse critique de deux projets de santé au Bénin et en Côte d'Ivoire

Je réalise ici une analyse critique de deux projets internationaux récents, afin de comprendre dans quel dispositif[277] (Foucault, 1994) ils s'inscrivent, et d'en tirer quelques leçons apprises. Une attention particulière est portée à la manière dont ces projets reconnaissent — ou invisibilisent — les formes discrètes de contestation, qu'elles s'expriment par des gestes, des choix ou des émotions. Cette entrée permet de saisir comment les "émotions de rébellion" et "résistances à bas bruit" s'inscrivent (ou non) dans les interactions entre actrices locales et dispositifs normatifs importés. L'un est porté par la coopération japonaise et s'intéresse à l'introduction de pratiques d'*accouchement humanisé*, au Bénin. L'autre est porté par une ONG française et concerne la mise en place d'ateliers d'*auto-gynécologie* auprès de travailleuses du sexe (TS), en Côte d'Ivoire.

[277] « Par dispositif, j'entends une sorte – disons – de formation qui à un moment donné a eu pour fonction majeure de répondre à une urgence. Le dispositif a donc une fonction stratégique dominante…J'ai dit que le dispositif était de nature essentiellement stratégique, ce qui suppose qu'il s'agit là d'une certaine manipulation de rapports de force, d'une intervention rationnelle et concertée dans ces rapports de force, soit pour les développer dans telle direction, soit pour les bloquer, ou pour les stabiliser, les utiliser. Le dispositif donc est toujours inscrit dans un jeu de pouvoir, mais toujours lié aussi à une ou à des bornes de savoir, qui en naissent, mais, tout autant, le conditionnent. C'est ça le dispositif : des stratégies de rapports de force supportant des types de savoir, et supportés par eux ».(Foucault, 1994)

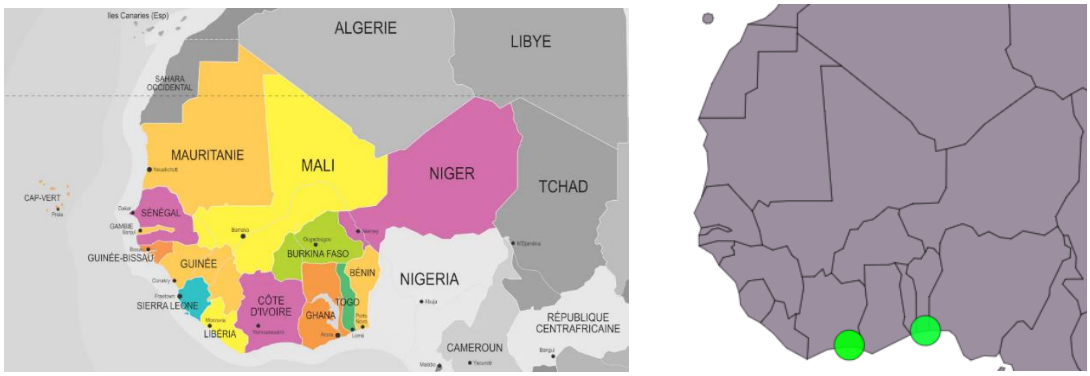

Figure 20 : Cartes de l'Afrique de l'Ouest - Localisation des deux études de terrain

Je présente d'abord les deux projets et leurs contextes respectifs. J'explore ensuite les enjeux de l'importation au Sud de modèles exogènes d'émancipation et de la circulation transnationale des pratiques. Pour cela, d'une part, j'étudie la place donnée aux différents acteurs et actrices et aux différents savoirs en co-présence, depuis la conceptualisation de ces projets jusqu'à leur évaluation. D'autre part, j'interroge ce que cela produit en termes de déclinaisons locales, adaptations éventuelles et réappropriations des approches promues par ces projets.

Corpus de données pour le projet au Bénin

Le corpus est constitué de la littérature grise produite par la JICA, d'observations participantes dans les salles de naissances de la maternité d'un hôpital universitaire de Cotonou, d'une collecte de données sur registres médicaux, et de 32 entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes (12), obstétriciens (10), patientes (7), et responsables politiques : ministère de la santé (2), JICA - Japan Internationale Cooperation Agency (1). Les observations et 29 des 32 entretiens ont été menés entre 2017 et 2019 au cours de trois séjours de recherche de quatre mois au total réalisés par Clémence Schantz[278]. J'ai réalisé 2 entretiens complémentaires fin 2023 – début 2024 auprès d'une sage-femme salariée de l'hôpital et impliquée dans le projet de 2009 à 2021. Cette sage-femme a par ailleurs réalisé un entretien avec une jeune accouchée fin 2023, dont elle m'a envoyé l'audio. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits dans leur totalité. Ils ont été menés jusqu'à saturation des données, à partir d'une grille d'entretien permettant d'évoquer certains thèmes de façon systématique mais laissant une grande part à la possibilité d'émergence de thèmes inattendus. La durée moyenne des

[278] Clémences Schantz est sociologue et sage-femme, chargée de recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD). Au sein du laboratoire UMR 196 Centre Population § Développement à l'Université Paris Cité-IRD, ses champs de recherche sont : santé des femmes, santé maternelle, biomédicalisation de l'accouchement, violences obstétricales, cancer du col, cancer du sein.

entretiens est de 50 minutes. L'analyse des données issues des observations et des entretiens s'est faite de façon thématique. Certaines données des entretiens menés entre 2017 et 2019 par Clémence Schantz ont été publiées (Schantz et al., 2022), aussi seront développés essentiellement ici les entretiens que j'ai menés en 2023 et 2024 et les nouvelles analyses complémentaires à celles publiées par Clémence Schantz[279].

Tableau 9: Corpus des données pour l'analyse du projet au Bénin

Typologie des données	Période de collecte des données	Responsable de la collecte des données	Responsable de l'analyse des données	Auteur de la rédaction des résultats présentés ici (centrés sur les données et analyses de 2023- 2024)	Vérification de conformité des citations de données publiées
Revue de littérature	Fin 2023-Début 2024	Marie-Laure Deneffe Dobrzynski (MLD)	MLD	MLD	CS
Littérature grise de la JICA / *accouchement humanisé*	Fin 2023-Début 2024	MLD	MLD		
Registres médicaux	2017-2019	Clémence Schantz (CS)	CS (Schantz et al., 2022)		
Observations participantes	2017-2019	CS			

[279] Clémence Schantz m'a donnée l'autorisation de citer son nom et l'article dans lequel elle analyse les données issues des entretiens et observations qu'elle a menés entre 2017 et 2019 dans une maternité béninoise (Schantz et al., 2022). J'ai réalisé moi-même les entretiens menés fin 2023-début 2024 qui ont abouti à de nouvelles analyses, complémentaires à celles publiées par Clémence Schantz. Lorsque des données collectées par Clémence Schantz sont citées dans le chapitre 10, la référence à son article est systématiquement mise en regard. Son rôle s'est limité à l'autorisation de citation de ces données publiées et à une vérification ponctuelle de leur interprétation dans mon texte, sans autre implication dans l'analyse ou la rédaction scientifique des résultats.

dans les salles de naissances					
Entretiens individuels auprès de 11 sages-femmes, 7 patientes, 10 obstétriciens et 3 responsables politiques	2017-2019	CS (29 entretiens)			
	Fin 2023-début 2024	MLD (3 entretiens)	MLD		

Corpus de données pour le projet en Côte d'Ivoire

Le corpus est constitué de la littérature grise du projet, du rapport de l'enquête CAP[280] diligentée par l'ONG ainsi que d'observations et entretiens individuels et collectifs. La revue de la littérature grise du projet consiste en un ensemble de documents produits par l'ONG durant le projet : document de réponse à l'appel à projet – AAP présentant le projet aux bailleurs, guide pédagogique pour les ateliers *d'auto-gynécologie*, rapports de tenue des ateliers, PPT et rapports des acteurs terrain et de l'équipe de recherche… Le rapport de l'enquête CAP présente les résultats de l'analyse de données recueillies par 11 éducatrices paires travailleuses du sexe (EP-TS), préalablement formées à ce recueil par l'équipe de chercheurs partenaires de l'ONG. Ces 11 EP-TS ont, en décembre 2022, réalisé un sondage auprès de 307 TS à Abidjan, dans les communes de Yopougon et Abobo, sur leurs connaissances, attitudes et pratiques en santé sexuelle. En ce qui concerne les observations et entretiens, ils ont été menés entre décembre 2022 et février 2024 à Abidjan, également dans les communes de Yopougon et Abobo. Deux ateliers de diagnostic communautaire à type de Focus Group ont été organisés et animés par des acteurs de l'ONG, l'un avec 20 TS cisgenres et l'autre avec 12 EP-TS. L'équipe de chercheures partenaires de l'ONG a observé les 8 ateliers d'*auto-gynécologie*[281] animés par les facilitatrices de l'ONG. Cette équipe de chercheures a également réalisé 49 entretiens individuels. J'ai réalisé 5 entretiens complémentaires (auprès d'acteurs de l'ONG). Parmi les 54 entretiens individuels réalisés au total, 26 ont été réalisés

[280] Enquête CAP : Enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques

[281] Chacun des 8 ateliers d'auto-gynécologie a une durée de 4 heures et a été observé dans son intégralité.

auprès de TS, 16 auprès d'EP-TS, 8 auprès d'acteurs de l'ONG et 4 auprès de membres des associations partenaires. Comme pour le corpus Bénin, les entretiens ont été enregistrés et retranscrits dans leur totalité. Ils ont été menés jusqu'à saturation des thèmes de recherche, avec une grille d'entretien permettant d'évoquer certains thèmes de façon systématique mais laissant une grande part à la possibilité d'émergence de thèmes inattendus. La durée moyenne des entretiens est de 45 minutes. L'analyse des données issues des observations et des entretiens s'est faite de façon inductive. Contrairement au projet Bénin, aucune donnée issue des observations et des entretiens n'a encore fait l'objet d'une publication à ce jour[282].

Tableau 10 : Corpus de données pour l'analyse du projet en Côte d'Ivoire

Typologie des données	Période de collecte	Responsable de la collecte	Responsable de l'analyse des données	Auteur de la rédaction des résultats	Relecteurs
Revue de littérature	Fin 2023-Début 2024	Marie-Laure Deneffe Dobrzynski (MLD)	MLD	MLD	2 acteurs siège de l'ONG, 2 acteurs terrain de l'ONG et 3 chercheurs partenaires de l'ONG
Documents produits au cours du projet par des acteurs de l'ONG ou l'équipe de chercheurs partenaires	Oct 2023-mars 2024	MLD	MLD		

[282] La gouvernance de l'ONG de Côte d'Ivoire m'a autorisée à publier dans le cadre de ma thèse l'analyse que je réalise ici des données brutes issues des entretiens et observations menés par ses acteurs et chercheurs partenaires ainsi que les documents produits par l'ONG au cours des différentes étapes du projet. J'ai réalisé moi-même des entretiens complémentaires fin 2023-début 2024. Mes analyses s'appuient sur l'ensemble de ces données brutes. Aucune de ces données n'a encore fait l'objet de publications.

Tout en autorisant l'exploitation des données, la gouvernance de l'ONG menant le projet en Côte d'Ivoire a demandé en mai 2024 un embargo de 2 ans sur la partie du chapitre concernant les résultats de l'analyse du projet qu'elle mène en Côte d'Ivoire. Cet embargo s'inscrit dans des enjeux stratégiques internes au sein de l'ONG et d'enjeux de financement des suites du projet auprès des bailleurs. La gouvernance de l'ONG a également demandé à ce que le nom de l'ONG ne soit pas divulgué. De plus, pour éviter les recoupements éventuels facilitant l'identification de l'ONG, ne sont pas donnés ici les noms des acteurs et chercheurs rattachés au projet et m'ayant partagé les données puis ayant relu et validé les analyses que j'ai faites de celles-ci.

L'embargo consiste ainsi en une diffusion restreinte de la thèse (ou tout au moins du chapitre concerné et encore plus précisément de la partie du chapitre concerné) pendant une durée de 2 ans. A l'issue de l'embargo, le chapitre concerné peut être diffusée sur la plateforme HAL-thèse. Cet embargo court jusque mai 2026.

L'annexe E présente les échanges de mails anonymisés reprenant ces différents éléments, notamment l'autorisation d'exploitation des données dans le cadre de ma thèse et la question de l'embargo.

Observations des 8 séances d'*auto-gynécologie*	Juillet-Août 2023	Chercheurs partenaires de l'ONG	Chercheurs partenaires de l'ONG + MLD		
Deux ateliers à type de Focus Group : 1 avec 20 TS cisgenres et 1 avec 12 EP-TS.	Nov 2022	Acteurs ONG	Acteurs ONG + MLD		
54 entretiens individuels : 26 TS, 16 EP-TS, 8 membres ONG, 4 membres associations partenaires	Déc 2022- Fév 2024	Chercheurs partenaires de l'ONG (49 entretiens)	MLD		
	Fin 2023-Début 2024	MLD (5 entretiens)			

Processus de validation collective des résultats de l'analyse des données

L'analyse des données de terrain et l'écriture des résultats ont été discutés et validés avec les acteurs et chercheurs évoqués précédemment pour chacun des deux projets. Pour le projet au Bénin, Clémence Schantz s'est limitée à vérifier la bonne interprétation et la citation des données qu'elle avait publiées antérieurement (Schantz et al., 2022), sans participer à l'analyse des nouvelles données ni à la rédaction des résultats. Pour le projet en Côte d'Ivoire, 4 acteurs de la solidarité internationale et 3 chercheurs partenaires de l'ONG ont relu et discuté mes analyses. Au total, huit personnes ont contribué à la relecture critique des résultats présentés ici, un collectif qui, par ailleurs, était composé exclusivement de femmes. Ce processus d'échanges s'est appuyé sur plusieurs séances de discussion par Zoom (une dizaine de réunions d'une durée moyenne de 70 minutes), des échanges écrits par mails, et des documents partagés via des drives sécurisés accessibles par plusieurs participantes simultanément.

A noter que la partie introductive (paragraphes « contexte : défis de la décolonisation… » et « problématique : comment décliner une vigilance épistémologique… ») a également été

relue et validée par ces différentes parties prenantes. En contrepartie, la partie de la discussion concernant le projet Côte d'Ivoire (paragraphe « Décoloniser le corps des femmes au Sud par des ateliers d'auto-gynécologie conçus et animés par une ONG biomédicale occidentale ? ») et la partie de discussion conclusive générale (« construction d'une vigilance épistémologique au sein des projets de solidarité internationale ») n'engagent pas le collectif de relecture[283].

II- Analyse critique d'un projet d'humanisation de la naissance au Bénin

Contexte

Le Bénin fait face à un taux de mortalité maternelle élevé (environ 397 femmes meurent pour 100 000 naissances vivantes)(Ministère de la santé du Bénin, 2023). Les accouchements hospitaliers se déroulent habituellement en salle d'accouchement collective et donc sans réelle intimité et sans proche autorisé à rester aux côtés de la parturiente (pas d'accompagnant autorisé en salles de naissances). La très grande majorité des parturientes ne bénéficient pas de prise en charge de la douleur (Jaffré, 2018a; Schantz et al., 2020). Les maternités fonctionnent le plus souvent en sous-effectif de soignants, en déficit de matériel et en ruptures régulières des stocks de médicaments et de produits sanguins. (Ministère de la santé du Bénin, 2023). Malgré cela, le taux d'accouchement en structures de soins a significativement augmenté ces dernières décennies. Actuellement, 84 % des accouchements se déroulent en structures de soins (Ministère du Plan et du Développement et al., 2019) pour 60 % il y a près de 30 ans (EDS 1996). Ainsi, naître en centre de santé est aujourd'hui devenu la norme dans la région du Littoral, où se situe la capitale économique Cotonou, puisque 99 % des enfants naissent dans les structures de santé (Institut National de la Statistique et de l'Analyse

[283] Ce processus de validation collective s'inscrivait dans un projet de publication commune d'un article pour lequel j'avais été sollicitée par certaines des parties prenantes citées ici. J'avais accepté de participer à ce projet, de proposer le cadre d'analyse et d'être en première ligne pour l'écriture (j'étais première auteure pour l'article envisagé). Ce projet d'article et le processus de validation collective mis en place pour celui-ci s'est interrompu dans la dernière ligne droite avant la soumission de l'article à la revue (revue qui avait, quelques mois auparavant, accepté le résumé que j'avais écrit et qui avait été relu et validé par le collectif). La gouvernance de l'ONG menant le projet en Côte d'Ivoire a effectivement décidé de suspendre le projet de soumission d'article, pour des raisons stratégiques internes au sein de l'ONG. A noter que la gouvernance de l'ONG avait, quelques mois auparavant, validé le projet d'article et le résumé soumis à la revue. Au moment de cette décision de suspendre la soumission, il ne restait alors pour le collectif des co-auteurs qu'à valider la partie discussive que j'avais produite. Celle-ci avait déjà été relue et agréée par Clemence Schantz, mais les acteurs et chercheurs liés au projet en Côte d'Ivoire n'ont pas pu aboutir leur relecture permettant une prise en compte de leurs retours et commentaires.

A noter que dès les prémices du projet de publication, il avait été accordé que le travail de recherche effectué pour la publication de l'article prendrait place également dans ma thèse. Cet accord de principe a été maintenu après la décision de suspension du projet de publication commune, mais avec une demande d'embargo de 2 ans (à partir de mai 2024 jusque mai 2026) de la part de la gouvernance de l'ONG menant le projet en Côte d'Ivoire. (voir annexe E)

Économique (INSAE) & ICF, 2019). Cet essor du transfert des naissances du domicile vers l'hôpital s'inscrit dans les injonctions à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) des Nations Unies dont un indicateur clef est le taux d'accouchement assisté par du personnel biomédical. Dans d'autres régions, au Nord du pays, la norme de de l'accouchement à domicile perdure néanmoins : 40 % des naissances y ont lieu dans l'intimité du foyer, accompagnées par des accoucheuses communautaires aux savoirs endogènes (Ministère du Plan et du Développement et al., 2019). Les pouvoirs publics béninois, encouragés par les institutions internationales et l'aide publique au développement (APD), promeuvent cependant vigoureusement l'accouchement en structures de soins et avec un accoucheur qualifié en biomédecine (sage-femme ou équivalent). A travers les injonctions à la naissance en structures de soins, les politiques internationales et nationales relatives à l'accouchement au Bénin vont ainsi dans le sens d'injonctions à la biomédicalisation/bio-technicisation de cet événement, tout en marginalisant les pratiques endogènes et en combattant les résistances qui persistent dans les communautés pour les maintenir.

Un projet prônant l'humanisation de l'accouchement à partir d'un modèle japonais

Depuis les années 1990, l'agence de coopération internationale japonaise (Japan Internationale Cooperation Agency, ou JICA) promeut à travers le monde un modèle d'*accouchement humanisé* visant à promouvoir l'autonomie des femmes pendant l'accouchement. La JICA a ainsi mené des projets d'*accouchement humanisé* en 1996 au Brésil, en 2004 en Bolivie et en Arménie, de 2006 à 2009 au Bénin, à Madagascar et au Sénégal, en 2010 au Cambodge, en 2015 en Tanzanie, en 2017 au Salvador… (PPT JICA[284])

La JICA définit ce modèle comme inspiré des idées de Paulo Freire.

> « L'expression « l'accouchement humanisé » nous conduit à l'idée « d'humanisation » proposée par l'éducateur brésilien Paulo Freire comme le processus par lequel les personnes

[284] https://www.jica.go.jp/Resource/activities/issues/health/mch_handbook/ku57pq00002amet9-att/material_01_fr.pdf

> qui ont été privées de leur dignité et de leur autonomie les retrouvent, ou à celle de la « prise de conscience » de la situation dans laquelle elles se trouvent » (dépliant JICA[285])

A travers ses projets d'accouchement humanisé, la JICA déclare viser à exporter le modèle japonais de la naissance afin que les femmes soient « traitées avec dignité et plus de gentillesse » et « prennent conscience au cours de la grossesse et de l'accouchement des forces qu'elles n'ont pas remarquées ». Pour la JICA, il s'agit que les femmes « deviennent plus autonomes » mais aussi les sages-femmes dans une « expérience d'autonomisation mutuelle » entre sage-femme et parturiente. (dépliant JICA)

La JICA présente son projet comme visant à lutter contre les situations de violences obstétricales et de médicalisation abusive dans les maternités.

> « Imaginez que les femmes qui accouchent sont traitées au mépris de leur dignité dans des lieux où elles devraient être soutenues, que leur esprit et leur corps sont inutilement endommagés par une intervention médicale inappropriée sans preuve scientifique, ou inversement, qu'elles ne reçoivent pas de soins appropriés lorsqu'elles en ont besoin. Ce genre de situation « inhumaine » d'accouchement se produit partout dans le monde. Les programmes « Accouchement humanisé » et « Humanisation de la naissance et de l'accouchement » de la JICA visent à « sensibiliser » les gens aux raisons de cette situation et à faire de l'accouchement une expérience « humanisée » qui respecte la dignité et l'autonomie des femmes. » (JICA PPT)

Il s'agit ainsi de promouvoir, au niveau international, un modèle japonais d'accouchement respectueux et dé-technicisé à travers des projets financés par l'aide publique au développement (APD) du Japon.

Ce modèle japonais est déployé au sein d'institutions biomédicales dirigées par des médecins et diffère en cela d'autres mouvements d'humanisation et de démédicalisation de l'accouchement tels ceux soutenant dans les pays à revenus faibles à modérés le développement de maisons de naissances dirigées par des sages-femmes (Bazirete et al., 2023).

[285] https://www.jica.go.jp/Resource/activities/issues/health/mch_handbook/ku57pq00002amet9-att/material_02_fr.pdf

Mise en œuvre dans la plus grande maternité du Bénin

En 2009, la JICA a développé un de ses projets d'*accouchement humanisé* dans la plus grande maternité du Bénin, rattachée à hôpital universitaire public de Cotonou. Ce projet a été envisagé comme un projet pilote pour une réplication ensuite dans 13 autres centres de santé au Bénin. La JICA a développé simultanément le même projet à Dakar, au Sénégal (Gélinas & Mallé Samb, 2021). Ici, après avoir rapidement retracé la mise en œuvre de ce projet à Cotonou, nous allons nous intéresser à l'appropriation de ce modèle japonais d'*accouchement humanisé* par les sages-femmes béninoises de la maternité de Cotonou, une dizaine d'années après la mise en œuvre de ce projet.

Lors des prémices de ce projet de la JICA, une délégation hospitalière béninoise, incluant des sages-femmes cadres, a fait un déplacement au Japon, financé par la JICA, afin de les sensibiliser au modèle japonais d'*humanisation de la naissance*. Suite à ce voyage, les sages-femmes cadres ont soutenu la JICA pour l'importation de ce modèle japonais d'accouchement humanisé auprès des sages-femmes des salles de naissances.(Schantz et al., 2022) Les sages-femmes de salles de naissances sont alors impliquées dans le projet par leurs supérieures hiérarchiques (sages-femmes cadres), mais sans avoir bénéficié au préalable de la même sensibilisation sur le sol japonais.

> « je ne faisais pas partie de… nous, on est, on est venu nous former au Bénin. Y a une délégation qui avait été, qui était envoyée au Japon même, et qui ont reçu la formation au Japon, mais moi je faisais partie de des sages-femmes qui ont été formées au CHU même. » (sage-femme Cotonou, 2024)

Après le voyage d'études des sages-femmes cadres et autres cadres hospitaliers, le projet d'*accouchement humanisé* de la JICA a été déployé dans la maternité universitaire de Cotonou selon le processus habituel de la JICA. Ce processus s'appuie sur deux axes principaux : formation des professionnels de santé et tout particulièrement les sages-femmes, et aménagement d'un environnement favorable au sein des salles de naissances (dépliant JICA).

La JICA déclare viser à la « transformation interne des professionnels de la santé » lors des formations, en leur « apprenant à maximiser la capacité de la mère à donner naissance et celle du bébé à naître ». Les sages-femmes sont sensibilisées à passer « de l'attitude autoritaire à l'écoute », à développer des « soins marqués par le soutien émotionnel et physique », à « comprendre l'anatomie et la physiologie ainsi que le déroulement de l'accouchement » mais

aussi à renforcer leurs compétences pour « détecter les anomalies et gérer les accouchements » (dépliant JICA). A la maternité de Cotonou, une formation de trois jours a ainsi été dispensée aux sages-femmes par une équipe japonaise. A l'issue de cette formation, la sage-femme ayant le mieux réussi l'évaluation finale a été choisie par la sage-femme cadre de la maternité pour être responsable du projet d'*accouchement humanisé*.

> « les Japonais étaient venus pour former des sages-femmes sur l'humanisation des soins. Donc la responsable sage-femme en ce moment-là, elle, elle est croyante et elle disait que celle qui sera la première lors de la formation, que c'est celle-là qui sera la responsable de l'accouchement humanisé. Moi je ne savais pas, donc du retour des congés, on m'avait programmé. J'ai moi-même, j'ai participé à la formation et à la fin, j'étais première. C'est ainsi qu'elle est venue me voir pour me dire qu'elle avait prié, elle a voulu, elle avait dit que celle qui sera la première au post-test, que c'est celle-là qui sera la responsable. Et comme je suis la première, on m'a confié la responsabilité. (…) Bon, on nous a parlé de….des soins humanisés… Et on a essayé de définir le concept. Accouchement humanisé... Et comment est-ce qu'il faut faire l'accouchement humanisé... les différentes positions, les avantages qu'il y a à faire l'accouchement humanisé. Et puis c'est tout. (…) Cette formation, on avait fait trois jours, voilà, ça fait trois jours, on a fait trois jours de formation avec les Japonais. » (sage-femme, Cotonou, 2024)

En parallèle, une salle privative dédiée à la pratique de l'accouchement humanisé a été aménagée et équipée de tatamis, ballon, tabouret, cordes, barres de suspension et lit avec matelas. Il s'agit pour la JICA de « créer un environnement qui favorise une expérience de l'accouchement humanisé » (dépliant JICA). Cet espace dédié était toujours en place au début des années 2020.

Difficile appropriation d'un projet japonais imposé aux sages-femmes des salles de naissances

Rapidement après la mise en place du projet en 2009, et jusque dans les années 2020, il est constaté que les sages-femmes des salles de naissances s'approprient difficilement ce modèle japonais d'*humanisation de l'accouchement* qui leur a été imposé par leur hiérarchie hospitalière.

> « J'ai senti au niveau… sans vous mentir, j'ai senti au niveau des collègues, la majorité n'ont pas la volonté d'aller faire le travail (l'accouchement humanisé), d'aller expérimenter malgré que tout le monde ait reçu la formation. » (sage-femme, Cotonou, 2024)

Les registres de 2019 montrent ainsi que ce sont moins de 3 % des femmes accouchant par voie basse qui bénéficient d'un suivi tel que décrit pour l'*accouchement humanisé* (Schantz et al., 2022). La salle privative dédiée à l'*accouchement humanisé* peut aussi être détournée comme salle d'accouchement VIP.

Dans les discours des sages-femmes de salles de naissances, les réticences à l'appropriation de ce modèle se cristallisent autour de quatre points principaux que sont l'instauration d'une différence de qualité de prise en charge entre les parturientes, l'appropriation de normes tayloristes d'efficacité dans la gestion des parturientes, la défiance envers les savoirs féminins endogènes et l'incorporation de la position gynécologique d'accouchement.

Un projet instaurant une différence de qualité de prise en charge entre les parturientes

La salle privative aménagée par la JICA est réservée aux femmes répondant aux critères d'inclusion à l'*accouchement humanisé* et n'accueille qu'une femme à la fois. Les autres femmes accouchent comme auparavant dans la salle commune d'accouchements, sur des tables gynécologiques étroites et courtes, en acier et sans matelas. Dans cette salle commune, la parturiente est allongée sur le dos en contact direct avec le métal, les genoux repliés pendant toute la durée de son séjour sur cette table, la table étant trop courte pour qu'elle puisse allonger ses jambes.(Schantz et al., 2022)

Une différence de qualité de prise en charge des patientes est donc instaurée.

> « Voilà, c'était cela le gros lot du problème parce que celle qui était éligible n'accouchait pas dans la même... dans le même cadre que les non éligibles. Les non éligibles ont une grande salle (…) Elles sont là et tout le monde les voit. Mais les femmes qui sont, la femme qui est éligible ...Par exemple parce que le cadre est d'abord restreint. Et quand tu es éligible, c'est toi seule qui dois rester dedans. C'est ta cabine, c'est toi seul avec ton accompagnant. Et là la cabine y a tout qui est protégé. Bon, on ferme maintenant et puis personne ne te voit. Tu es là seulement avec la sage-femme et ton accompagnant. (…) Voilà où il y avait une seule pièce, parce qu'il y a le problème d'exiguïté de l'espace. » (sage-femme, Cotonou, 2024)

Les femmes éligibles pour le modèle d'*accouchement humanisé* (incluant l'accès à la salle privative aménagée) doivent remplir des conditions médicales qui ont été définies sous la direction de la sage-femme promue responsable du projet d'*accouchement humanisé.* Les parturientes doivent être à bas risque obstétrical c'est-à-dire sans facteurs de risques de complications.

> « Est-ce qu'elle remplit les conditions ? Parce que nous, quand moi on m'a nommée responsable d'accouchement humanisé, j'ai essayé d'étudier, voir la procédure de travail, comment faire pour que... pour...J'ai pris en compte d'abord la formation que j'ai reçue. (…) J'ai élaboré des critères d'éligibilité pour pouvoir faire le choix des femmes. Ne viens pas faire accouchement humanisé n'importe qui. Si tu es éligible, c'est que tu as un bon bassin. C'est que ta grossesse est allée à terme. C'est qu'aucune pathologie n'est associée à ta grossesse. Tout. Et que ton utérus n'est pas cicatriciel. C'est que le travail d'accouchement va commencer de façon spontanée. » (sage-femme, Cotonou, 2024)

A contrario des autres parturientes, ces femmes ont alors accès à une prise en charge individualisée (soutien continu d'une sage-femme), à la salle privative aménagée, à la liberté de mouvements pendant le travail et au choix de position lors de l'accouchement, et sont autorisées à boire, manger et avoir un accompagnant à leur côté.

> « (si tu es éligible) tu auras la liberté de position, la liberté de choix de position. Tu peux déambuler, tu peux manger, tu peux boire, tu peux avoir un accompagnant de ton choix à côté. Si tu remplis ces critères-là (les critères de grossesse et accouchement à bas risque), tu es éligible chez moi. (…) Voilà, à peu près les critères. Et quand tu es… tu choisis faire l'accouchement humanisé, tu peux manger, tu peux boire, tu peux déambuler. On ne t'oblige pas à rester dans une position. Tu as choisi la position que tu veux lors du travail, tu choisis n'importe quelle position, mais la position que nous allons documenter à la fin, c'est la dernière position dans laquelle tu aurais eu à faire ton accouchement. » (sage-femme, Cotonou, 2024)

Freins liés aux normes tayloristes d'efficacité : bio-technicisation et pathologisation de la naissance

On retrouve de plus dans les discours des sages-femmes l'appropriation de normes tayloristes d'efficacité limitant l'adhérence au projet. Au contraire de ce nouveau modèle d'accouchement dé-technisé, la bio-technicisation de la naissance est vécue comme permettant de mieux gérer

une surcharge de travail liée à un manque de personnel et à un surremplissage des salles d'accouchements.

> « À cause de l'affluence, il faut vite faire accoucher pour prendre d'autres personnes ou bien que on se dit y a pas suffisamment de personnel… Elles (les sages-femmes) se disent que on préfère aller directement mettre la perfusion de syntocinon®[286], mettre les femmes dans la position de Mauriceau[287] pour vite se débarrasser de tout, que ça va vite. (…) On trouve que aller faire l'accouchement humanisé, que c'est une perte de temps » (Sage-femme, Cotonou, 2024).

Cette priorité donnée à la biotechnicisation de la naissance est renforcée par le fait que cette maternité est un centre de référence. Les sages-femmes s'y sentent davantage dédiées à la prise en charge de la pathologie qu'à la promotion de la physiologie.

> « C'est un centre de référence niveau 3. Là encore, le choix, c'est ça qui réduit même le choix, puisque c'est quand on parle de référence, c'est qu'il y a déjà une urgence parfois. Il nous était difficile de trouver beaucoup d'accouchements humanisés parce que ce sont la plupart des personnes qui sont référées. Ouais et quand elles sont référées, ça fait que ça sent déjà mauvais en ville avant qu'on ne les envoie, donc on peut aller par exemple jusqu'à 14,20 accouchements par jour et c'est quelques rares fois qu'on peut trouver un seul accouchement humanisé » (Sage-femme, Cotonou, 2024)

Par ailleurs, le rapport entre le nombre de sages-femmes de garde et le nombre d'accouchements par 24h ne permet pas le respect d'un des éléments de base de l'accouchement humanisé défini par la JICA et qui est le « soutien continu par une sage-femme ». Les sages-femmes doivent de fait se partager entre plusieurs parturientes suivies simultanément.

Obstacles associés à la défiance envers les savoirs féminins endogènes

La présence d'un accompagnant de son choix auprès de la parturiente est un des critères de *l'accouchement humanisé*. Or, les sages-femmes décrivent refuser la présence d'un

[286] Ocytocine (hormone) de synthèse accélérant et intensifiant les contractions utérines

[287] Position gynécologique (Mauriceau est un des médecins qui a participé à généraliser cette position pour l'accouchement)

accompagnant si celui-ci n'est pas perçu par elles-mêmes comme « quelqu'un de bonne moralité » et « qui sera là pour faire le travail avec nous » (sage-femme, Cotonou, 2024).

Elles se méfient plus spécifiquement des femmes car « il y a certaines personnes qui sont sorcières » et préfèrent « la présence des maris » (sage-femme, Cotonou, 2024). Un des arguments les plus fréquemment évoqués pour justifier le refus d'un accompagnant est la peur des « sorcières » et des « ocytociques traditionnels[288] »(Schantz et al., 2022).

> « Quand tu fais entrer une accompagnante qui n'est pas sensibilisée, elle risque de donner des ocytociques traditionnels à la femme. Donc les sages-femmes se plaignent de ça, et c'est pour ça surtout qu'elles ne veulent pas que les accompagnantes viennent. Parce que par exemple si une femme est sous maturation cervicale au Cytotec® et que vous ajoutez encore quelque chose là, ça peut rompre votre utérus. Si vous n'êtes pas vigilant là, c'est des potions, c'est des petits trucs qu'ils [les accompagnants] amènent, et ils vont dire que c'est le manger, ils amènent ça et il faut ouvrir pour découvrir que c'est de la tisane, donc des ocytociques traditionnels. Du coup, les agents de santé se sentent dans l'insécurité. Parce qu'il faut vraiment être vigilant pour détecter ça. Je ne pense pas que ce soit comme ça chez les Japonais donc les problèmes ne sont pas les mêmes. » (Sage-femme, Cotonou, 2019)(Schantz et al., 2022)

Les sages-femmes peuvent aussi décider de l'éviction de l'accompagnant, homme ou femme, en cours de travail :

> « Maintenant, si au cours du travail, nous on constate que cette personne-là n'a pas la patience qu'il faut pour pouvoir gérer, pour pouvoir nous aider à l'aider, on est parfois, on est obligé de leur demander gentiment aller nous prendre quelque chose dehors. Et puis on ne les accepte plus dedans. » (Sage-femme, Cotonou, 2024)

Absence d'exploration de modèles endogènes d'accouchement humanisé

L'invisibilisation des savoirs féminins sur les plantes médicinales en salles de naissances fait écho à l'invisibilisation des modèles d'accouchements endogènes au sein des projets de la JICA.

[288] Plantes qui ont une action sur la contractilité de l'utérus et dont la connaissance est issue de savoirs féminins endogènes

Pourtant, après sa mise en œuvre dans cette maternité universitaire de Cotonou, le modèle de l'*accouchement humanisé* promu est perçu par les sages-femmes comme renvoyant à l' « accouchement traditionnel » béninois.

> « Il y a beaucoup de similitudes parce que la femme qui entre en travail et qui est chez elle est libre dans ses mouvements, j'ai pas à faire adopter une position, elle est libre. Elle peut manger, on peut lui donner à boire, manger. Et elle est entourée même de sa famille. Donc il y a beaucoup de similitudes. Tout ça là agit sur la physiologie, la psychologie plutôt de la femme et participe et accélère même l'évolution du travail. Donc ça y a une similitude. En tout cas moi je pense que l'accouchement humanisé ce n'est que la même chose, seulement que c'est un peu modernisé. Et puis on déplace la femme de son milieu pour lui créer un cadre semblable au milieu qu'elle vit plutôt chez elle, juste pour qu'elle puisse se sentir à l'aise. Donc il y a beaucoup de similitudes. Je dirais même que c'est l'accouchement traditionnel qui est devenu modernisé, qu'on a modernisé pour donner le nom de humanisé à la chose. » (Sage-Femme, Cotonou, 2024)

Cependant, dans ce projet JICA, les savoirs des anciennes accoucheuses communautaires de Cotonou ne sont pas consultés :

> « Celles qu'on appelle aides-soignantes aujourd'hui, ce sont elles qui étaient les matrones dans le temps. Ouais, c'est parce que le truc est devenu un peu modernisé qu'on les appelle des aides-soignantes, sinon que c'est des… ce sont…. c'est celles-là qui sont des matrones chez elles, à la maison, donc elles doivent elles…Elles auront certainement beaucoup de choses à nous apprendre puisque nous n'avons… On ne s'est pas rapproché d'elles… » (Sage-Femme, Cotonou, 2024)

Malgré ces similitudes et ces ressources au sein même de la maternité, l'analyse des documents de la JICA montre que n'a pas été envisagée l'exploration de modèles endogènes béninois d'accouchement respectueux et démédicalisé au cours des différentes étapes de mise en œuvre du projet d'*humanisation de la naissance* à Cotonou. Les documents de la JICA indiquent uniquement viser à « partager l'essence de la profession que les sages-femmes japonaises respectent depuis longtemps » (JICA PPT). Cette absence de dialogue avec les pratiques locales et les formes communautaires de résistance au modèle technicisé de l'accouchement — telles que le maintien, dans certaines régions, de l'accouchement à domicile — limite la compréhension des dynamiques en jeu. Or, l'étude de ces pratiques résistantes pourrait nourrir la réflexion et offrir aux professionnelles des outils, co-construits avec les femmes et les communautés, pour réhumaniser et dé-techniciser la naissance en

milieu hospitalier. Il prive ainsi le projet d'une compréhension fine des leviers possibles d'appropriation de projets d'*humanisation de la naissance*.

Réticences du fait de l'incorporation de la position gynécologique par les sages-femmes : modernité, confort et hygiénisme

Par ailleurs, les sages-femmes de la maternité ont l'habitude de pratiquer l'accouchement en position gynécologique. Laisser la femme choisir sa position d'accouchement, comme préconisé pour l'*accouchement humanisé,* est un changement de pratique qui rencontre des résistances importantes.

> « Ah là, c'est le véritable problème, parce que... C'est la position de Mauriceau qu'on faisait adopter à tout le monde. On ne voulait pas savoir est-ce qu'elle (la parturiente) remplit les conditions (pour l' « accouchement humanisé »). » (Sage-femme, Cotonou, 2024)

Les sages-femmes ont incorporé la position gynécologique en tant que position pour un accouchement moderne. Comme nous l'avons vu précédemment, le choix d'une position libre de la parturiente les renvoie à l' « accouchement traditionnel » à domicile.

> « la femme qui entre en travail et qui est chez elle est libre dans ses mouvements, j'ai pas à faire adopter une position, elle est libre. (…). Je dirais même que c'est l'accouchement traditionnel qui est devenu modernisé, qu'on a modernisé pour donner le nom de humanisé à la chose » (Sage-femme, Cotonou, 2024).

Les sages-femmes expriment de plus des peurs de perte de confort. Accepter que la femme adopte la position de son choix lors de l'accouchement, c'est pour les sages-femmes devoir adopter elles-mêmes une position vécue comme inconfortable.

> « Et parce que quand la femme vient et qu'elle choisit l'accouchement humanisé, tu es obligée de l'accoucher dans sa position, tu es obligée de la suivre dans ses mouvements. Elles, les sages-là, elles trouvent que c'est déjà trop demander à la sage-femme, qu'elles ont leurs problèmes de bassin, de dos, qu'elles ne parviennent pas à se baisser… Elles ne peuvent pas faire ce travail-là, que c'est déjà trop demander… Donc elles, pour la plupart, elles préfèrent faire l'accouchement classique que d'aller à l'accouchement humanisé. Donc c'est ça qui a fait que… qui était à l'origine de toutes les difficultés… (sage-femme Cotonou, 2024)

La position gynécologique est aussi vécue comme répondant davantage aux normes d'hygiénisme alors que « l'accouchement en style libre » génère des peurs pour les sages-femmes d'« être éclaboussées et autre et être contaminées », notamment par le VIH, car « ce n'est pas quelque part où [les patientes] sont bien cadrées, quand le liquide va couler et autre » (Obstétricienne, novembre 2019)(Schantz et al., 2022). Renoncer à la position gynécologique est ainsi aussi vécu par les sages-femmes comme s'exposer davantage aux projections corporelles et aux risques de contaminations.

Retours positifs des parturientes : réappropriation du modèle et nouveaux récits d'accouchements hospitaliers

En contrepartie, l'*accouchement humanisé* est reconnu par les sages-femmes comme participant à la satisfaction des patientes.

> « Il y a eu des enquêtes de satisfaction. Bon, bon, pratiquement toutes les femmes qui ont fait l'accouchement humanisé étaient satisfaites. (…) Elles ont toutes aimé faire cet accouchement-là. S'il fallait reprendre encore, qu'elles vont reprendre ça. Y a même un médecin, un médecin généraliste qui… à qui j'ai fait trois fois l'accouchement humanisé. Chaque fois quand elle tombait enceinte, elle venait me voir pour… elle venait se cacher dans ma cabine[289] (…) pour la toute première fois, elle était restée sur les tabourets troués. La dernière position qu'elle avait adoptée pour le dernier accouchement, c'était la position couchée latéral. » (Sage-femme, Cotonou, 2024).

Si cette satisfaction des patientes n'a pas suffi à contrebalancer les réticences de la plupart des sages-femmes, elle a pu cependant encourager au moins une des sages-femmes à s'approprier ce modèle dans son nouveau lieu d'exercice. Après avoir exercé pendant plusieurs décennies à la maternité universitaire de Cotonou, cette sage-femme exprime avoir transféré des compétences acquises en *accouchement humanisé* dans un centre périphérique où elle exerce à présent.

> « (…) Je suis dans un centre périphérique, je ne suis pas autorisée à faire des accouchements dystociques[290]. Du coup pratiquement toutes les femmes qui viennent à moi sont éligibles pour faire l'accouchement humanisé. Voilà que je n'ai pas le dispositif mais j'ai mon petit

[289] Le mot « cabine » désigne ici la salle d'accouchement privative réservée à la pratique de l'*accouchement humanisé*.
[290] Accouchements compliqués

> tabouret qui me permet de m'asseoir et de faire mon dégagement. Je leur donne la liberté de position. Je n'ai pas de tabouret troué par exemple, je n'ai pas les tatamis, je n'ai pas le ballon, je n'ai pas la corde, je n'ai pas les échelles hautes-là mais j'ai mon tabouret et je peux mettre au sol une sorte de tatami. » (Sage-femme, Cotonou, 2024)

Un facteur repéré par cette sage-femme comme favorisant son adhésion à la mise en œuvre de l'*accouchement humanisé* est lié à une expérience personnelle d'accouchement physiologique.

> « Bon moi en tant que mère de famille. Ah mais j'ai gardé des grossesses, je suis mère de 4 enfants. Chaque fois quand je tombais enceinte, moi j'ai jamais... ce qu'on appelle par exemple Ocytocine et autres là.... J'ai accouché de façon naturelle. J'accouchais de façon naturelle. Je vivais l'épreuve du travail d'accouchement de façon naturelle et j'allais à l'hôpital et j'accouchais. J'ai jamais reçu par exemple une perfusion de syntocinon. Aussi jusqu'à ce jour je ne saurais dire qu'est-ce que ça leur fait. Je ne saurais lui dire donc. (…) dans les registres d'accouchement, il était rare de me voir faire des accouchements dirigés, de prendre la direction à tous azimuts, de me mettre à faire des injections n'importe comment. Là je ne suis pas habituée à le faire. » (Sage-femme, Cotonou, 2024)

Les femmes ayant bénéficié d'un *accouchement humanisé* diffusent quant à elles ce nouveau modèle d'accouchement hospitalier à travers leurs récits au sein de la communauté des femmes.

> « le jour J sa présence (du mari) m'a beaucoup aidée. Ça me faisait mal. Quand il a commencé à me masser, ça diminue la douleur. A mon amie, j'ai raconté ça (…) Moi, je dis : « Arrivée là-bas, quand ça a commencé (le travail), le lit là en haut[291], tellement c'est en haut, j'ai dit à la sage[292] de me laisser par terre[293]. » « Par terre ? » dit mon amie. Je lui dis, « oui par terre ». Je dis « Ah ! Même si je suis à ***[294] ah, je vais descendre accoucher là. » (Jeune accouchée ayant bénéficié d'un *accouchement humanisé*, 2023)

[291] La femme parle de la table d'accouchement gynécologique

[292] « La sage » est une abréviation couramment utilisée pour désigner la sage-femme.

[293] La jeune accouchée raconte qu'elle a choisi d'accoucher non pas sur la table gynécologique d'accouchement mais dans une position libre sur une natte posée à même le sol dans la salle d'accouchement.

[294] Nom d'un lieu éloigné

S'émanciper d'un modèle biomédical occidental par l'appropriation d'un modèle japonais dé-technicisé ?

Il reste à étudier comment, sur le long terme, ce modèle japonais de l'*accouchement humanisé*, bien qu'ayant rencontré de nombreuses résistances dans cette maternité de Cotonou, est en capacité de questionner la bio-technicisation de la naissance, favoriser l'autonomie corporelle des parturientes et participer à des soins respectueux en salles de naissances. Cependant, notre recherche documente à ce jour la difficulté pour de nombreuses sages-femmes de sortir du cadre biomédical dominant (importé de France et imposé durant la colonisation) pour adopter un nouveau modèle dé-technicisé et humanisé (importé du Japon et imposé par leur hiérarchie hospitalière). Nous avons montré ici que leurs réticences sont liées non seulement à des conditions de travail difficiles, à l'imposition d'un projet construit sans elles, et à l'incorporation dans leurs pratiques professionnelles du modèle biomédical dominant. Or, celui-ci s'est lui-même construit sur l'imposition de la position gynécologique aux femmes, l'hygiénisme et une approche tayloriste de l'accouchement ainsi que sur l'opposition entre savoirs biomédicaux et savoirs féminins endogènes. Ce projet au Bénin d'*humanisation de la naissance* s'illustre en fin de compte par la confrontation de deux modèles de colonisation des pratiques autour de la naissance. Or, l'un comme l'autre néglige l'exploration du potentiel des savoirs féminins locaux et des résistances pour penser un accompagnement de la naissance conjuguant sécurité biomédicale, humanisation de la naissance, respect de la physiologie de l'accouchement et auto-détermination des femmes.

III- Analyse critique d'un projet d'auto-gynécologie en Côte d'Ivoire

Contexte

En Côte d'Ivoire, les risques liés à la sexualité sont préoccupants, tant au titre de l'exposition aux violences, qu'à l'exposition aux IST-VIH ou aux grossesses non désirées (GND). Une femme sur cinq et un homme sur dix déclarent avoir déjà subi des violences sexuelles avant l'âge de 18 ans. Puis, chez les 18-24 ans, 16,4 % des femmes et 15,7 % des hommes déclarent avoir subi une violence sexuelle au cours des 12 derniers mois. (Ministère de la femme, de la famille et de l'enfant, 2020) Les violences sexuelles participent au risque d'IST-VIH mais aussi de survenue de GND. La Côte d'Ivoire fait partie des pays les plus touchés de l'Afrique de l'Ouest

par l'épidémie de VIH/Sida avec une prévalence atteignant 2,4 % (République de Côte d'Ivoire et al., 2020). Par ailleurs, la prévalence contraceptive est faible (18 %)(Institut National de la Statistique-INS et ICF, 2022) et 4 % des femmes en âge de procréer ont recours à l'avortement chaque année, soit 230 000 avortements par an en Côte d'Ivoire. Or, face aux lois ivoiriennes restrictives quant à l'avortement, 6 avortements sur 10 ne sont pas sécurisés et sont responsables de 10 % de la mortalité maternelle.(Bell et al., 2020) L'accès à un avortement sécurisé dépend essentiellement du statut socio-économique. Ainsi, des entretiens menés auprès de 254 adolescents et jeunes en situation de précarité économique a montré que leurs principaux recours à l'avortement sont une automédication avec des produits et des ustensiles le plus souvent achetés sur le marché (lavements, décoctions, verre pilé, comprimés…). Si cette tentative n'aboutit pas, un recours auprès d'un professionnel pourra être cherché, en premier lieu auprès d'accoucheuses ou autres soignantes aux savoirs endogènes et non formées en biomédecine (coût moins élevé), en deuxième lieu dans les centres de santé formels ou informels (coût plus élevé). (Deneffe Dobrzynski, 2016)

Parmi les populations les plus vulnérables en santé sexuelle, se trouvent les travailleuses du sexe (TS), du fait de leurs partenaires multiples, leur situation de précarité, la marginalisation sociale et la criminalisation du racolage. En Côte d'Ivoire, les TS femmes cis et trans concentrent un niveau d'exposition aux violences élevé, la plus haute prévalence au VIH/Sida (12,6 % et 22,6 % pour les trans) (République de Côte d'Ivoire et al., 2020), et une exposition accrue aux GND et aux avortements à risques. Les TS se rendent peu dans les centres de santé (horaires ou localisations peu adaptés, mauvais traitements et stigmatisation), 61 % des TS ne prennent pas de contraception moderne (notamment par peur de stérilité secondaire) hormis le préservatif. Les TS témoignent de fréquentes agressions de clients refusant le préservatif et 23 % des TS déclarent accepter un rapport sans préservatif contre un paiement supérieur. (Becquet et al., 2019) Selon une étude menée en 2014, 64 % des TS qui ont déjà été enceintes ont avorté au moins une fois (Schwartz et al., 2015), majoritairement de manière non sécurisée.

Ces situations de marginalisation et de précarité produisent chez les travailleuses du sexe un terreau propice à des formes multiples de résistance — parfois visibles, parfois à bas bruit — ainsi qu'à l'émergence d' « émotions de rébellion » lorsqu'elles se heurtent aux violences, aux restrictions d'accès aux soins, ou à la stigmatisation institutionnelle.

Un modèle importé du Nord annonçant la «réappropriation des savoirs féminins et vernaculaires »

Suite à un appel à projets (AAP), l'agence française de coopération technique internationale a sélectionné et financé dès 2022 un projet en santé des femmes en Côte d'Ivoire piloté par une ONG biomédicale française. L'ONG a été créée il y a vingt ans et est présente en Côte d'Ivoire depuis 2018, à travers un projet de déploiement d'autotest de dépistage VIH, notamment auprès des TS. A partir de 2022, suite à l'obtention des financements de l'agence française, l'ONG déploie ce nouveau projet à Abidjan, dans les communes de Yopougon et Abobo, en partenariat d'une part avec une association communautaire ivoirienne d'éducatrices paires travailleuses du sexe (EP-TS), et d'autre part avec un centre de recherche au statut d'ONG (régi par une convention entre la France et la Côte d'Ivoire). Le projet se veut aussi inscrit dans une synergie avec l'ensemble des autres acteurs pertinents (centres de soins, institutions, organisations…). Il a aussi l'ambition d'être un projet pilote réplicable à l'échelle dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest où est présente l'ONG.

Le projet a pour objectif d'« améliorer les droits et la santé sexuels et reproductifs (DSSR) des femmes cis genre et trans travailleuses du sexe (TS) » et s'inscrit dans une démarche de « renforcement du pouvoir d'agir des TS sur leur propre santé et sur leur environnement » (réponse AAP de l'ONG). L'ONG développe un positionnement sensible au genre[295] et annonce que :

> « Le projet s'attachera à permettre une réappropriation du corps trop souvent dominé et réifié dans le cadre du soin et de leurs pratiques professionnelles et un rééquilibrage des pouvoirs entre les savoirs médicaux et les savoirs féminins. » (Réponse AAP de l'ONG)

L'ONG vise aussi pour le projet à :

> « une approche transversale de genre intersectionnelle à visée transformative, ainsi qu'une démarche participative permettant l'inclusion des bénéficiaires comme acteur·rices de concertation et de mise en œuvre à toutes les étapes du projet. » (Réponse AAP de l'ONG)

[295] L'ONG a publié un document intitulé « Note de positionnement genre » détaillant en 15 pages sa vision, les principaux résultats attendus quant à l'intégration transversale du genre au sein de ses projets ainsi que les modalités de celle-ci. Le document présente ainsi des engagements organisationnels et opérationnels de l'ONG quant à l'intégration transversale du genre au sein des ses programmes.

Parmi les activités du projet, l'ONG propose la mise en place d'ateliers d'*auto-gynécologie*. Ces ateliers sont inspirés et adaptés des approches de *self help* développées par des féministes en Amérique du Nord et qui ont diffusé à l'international[296]. Nées dans les années 1970, les approches sont pensées hors du monde médical pour la réappropriation du corps et des savoirs gynécologiques. Dans ce cadre, des ateliers collectifs proposent des échanges d'expériences personnelles sur une base participative et horizontale, ainsi que l'auto-observation des organes génitaux, à l'aide d'un spéculum et d'un miroir.

L'idée de l'importation de ces ateliers émane de membres du siège de l'ONG qui ont ensuite écrit le contenu et le déroulé des ateliers en s'inspirant de guides d'auto-santé produits en Belgique par une association féministe militante.

Les contenus des modules écrits au siège de l'ONG ont été ensuite réadaptés par le personnel du bureau pays de l'ONG.

> « Je n'ai pas été impliquée depuis la conception mais au fur et à mesure (…) on essaie ensemble d'aménager les choses en fonction des réalités sur le terrain (…) » (Sage-femme terrain ONG, facilitatrice des ateliers)

Cette réadaptation s'est appuyée sur les retours des EP-TS et TS, recueillis notamment lors d'ateliers de diagnostic communautaire puis lors des premiers ateliers d'*auto-gynécologie*.

L'ONG explique que les ateliers d'*auto-gynécologie* ont pour ambition de « requestionner le pouvoir médical, démédicaliser le corps des femmes » et « décoloniser le corps des femmes » par la « réappropriation des savoirs féminins et vernaculaires » (PPT ONG). Cependant, comme nous le verrons, le projet interagit peu avec les formes locales de « résistance à bas bruit » exprimées par les participantes face à certaines injonctions biomédicales. Il s'agit alors ici d'analyser dans quelle mesure l'importation du modèle d'*auto-gynécologie* participe à réduire les rapports de pouvoir (Nord/Sud, biomédical/femmes), dans un contexte d'ultra-vulnérabilité des TS régi par d'importantes inégalités (origine ethnique, classe, genre).

[296] Ces approches ont eu une diffusion internationale à travers la publication du best-seller « Our Bodies, Ourselves ». Plusieurs adaptations de ce livre ont été réalisées à travers le monde, dont celle réalisée par le « Réseau de recherche en santé de la reproduction en Afrique », coordonnée par Fatou Sow et Codou Diop mais dont les auteurs étaient majoritairement des médecins et des soignants. Le livre, paru en 2004, a été nommé « Notre corps, notre santé. La santé et la sexualité des femmes en Afrique subsaharienne ». Contrairement à la version nord-américaine écrite par des féministes et s'adressant directement aux femmes (hors du cadre biomédical), la version africaine s'adresse au personnel de santé et aux membres de mouvements associatifs. (Sow et al., 2023)

Hormis la question de l'importation descendante du projet, nous verrons ici que les ambitions du projet ont également été limitées d'une part par une reconfiguration des ateliers caractérisée par une biomédicalisation de ceux-ci, et une verticalisation des rapports facilitatrices/participantes et d'autre part par une invisibilisation des savoirs féminins endogènes.

Une "biomédicalisation" des ateliers d'auto-gynécologie et une invisibilisation des savoirs féminins endogènes

L'observation des ateliers d'auto-gynécologie et l'analyse des documents du projet montrent que ces ateliers sont organisés sous forme de cohortes de dix femmes, avec quatre séances d'une durée de 4h. Le premier cycle d'ateliers est proposé à des EP-TS, avant d'être organisé pour des TS. Chaque séance se déroule suivant plusieurs étapes. Tout d'abord sont organisés des échanges autour d'enjeux et de notions telles que l'anatomie et le fonctionnement du corps, la contraception, l'hygiène menstruelle, les violences basées sur le genre (VBG), les infections sexuellement transmissibles (IST) dont le VIH, et le cancer du col de l'utérus (CCU). Ensuite est proposée l'auto-observation des organes génitaux à l'aide d'un spéculum et d'un miroir.

A l'origine, l'un des objectifs du *self-help* est de s'extraire de la domination biomédicale, pour que les femmes se réapproprient leurs corps, souvent réifiés[297] par le personnel de santé. Dans ce processus, l'expression de d' « émotions de rébellion » et de résistances face au contrôle médical est centrale. Une des adaptations majeures de ces ateliers au contexte des TS en Côte d'Ivoire concerne toutefois l'importance donnée aux savoirs biomédicaux. Différentes raisons à cela ont été identifiées : un contexte de faible accès à la prévention biomédicale en santé sexuelle, l'origine biomédicale de l'ONG, et l'absence d'exploration des savoirs féminins endogènes dans la phase diagnostic du projet.

[297] Dans le champ médical, et particulièrement en gynécologie, la réification du corps des femmes consiste à le considérer comme un objet de diagnostic ou d'intervention, détaché de la personne qui l'habite, de son vécu et de son autonomie. Cette réduction peut se traduire par des pratiques ou discours qui fragmentent le corps en organes et fonctions, ou qui ignorent la dimension émotionnelle et relationnelle de la consultation. Les approches féministes et critiques de la médecine, notamment celles du Boston Women's Health Book Collective dans *Our Bodies, Ourselves* (Boston Women's Health Book Collective, 1973), y voient un mécanisme favorisant la déshumanisation et pouvant contribuer aux violences obstétricales et gynécologiques.

Biomédicalisation

Cette "biomédicalisation des ateliers" s'explique ainsi en partie par un faible accès des TS à des services de santé sexuelle (stigmatisation, coût, temps d'attente, horaires inadaptés…). De plus, les TS sont principalement ciblées par des interventions de prévention du VIH/IST, les autres thématiques de santé sexuelle restant faiblement intégrées. Ceci contribue à des besoins non couverts des TS en termes de connaissances et d'informations. Leur motivation à participer aux ateliers ne tient donc pas seulement à l'idée d'émancipation corporelle, mais aussi à un désir pragmatique de combler un déficit d'accès à l'information médicale — ce qui peut atténuer ou mettre en sourdine certaines résistances à l'hégémonie biomédicale. Des EP-TS ont ainsi demandé à ce que, durant les ateliers *d'auto-gynécologie,* soit ajouté un temps d'apprentissage de l'autopalpation des seins, et que soient présentées des photos de cols de l'utérus sains et malades. Les motivations des TS à participer à ces ateliers semblent empreintes de la volonté d'avoir accès à des informations biomédicales.

> « Ce qui m'a encouragée c'est connaître ce qui se passe réellement dans mon corps, se connaître moi-même et savoir quelle maladie qui est dans mon corps, les maladies comme les maladies d'utérus et le cancer du sein c'est ça … C'est ça qui m'a poussée". (TS participante 1)

Mais cette "biomédicalisation des ateliers" se comprend aussi par le profil biomédical de l'ONG française. Créée au début des années 2000 par des médecins, son objectif initial était de favoriser l'accès en Afrique de l'Ouest à une prise en charge de qualité des personnes touchées par le VIH/sida. Ce n'est que récemment que cette ONG s'est ouverte à d'autres enjeux, notamment communautaires et de genre. "L'ADN biomédical" de cette ONG est encore prégnant, et ces ateliers ont également été pensés comme des portes d'entrée pour favoriser l'accès des TS aux services de santé sexuelle. Une sage-femme fait ainsi partie de l'équipe de facilitatrices des ateliers. Et des dispositifs biomédicaux sont promus auprès des participantes, tels les contraceptifs modernes ou encore le dépistage du CCU. Ainsi, lors des séances, des référencements pour le dépistage du cancer du col de l'utérus peuvent être organisés.

> « Toutes celles qui veulent faire l'auto prélèvement du CCU[298] je vais ouvrir une liste si vous êtes sûre que vous allez faire, je vais ouvrir une liste de minimum cinq personnes, parce qu'on

[298] Cancer du col de l'utérus

ne va pas payer le transport de l'EP pour seulement une ou deux personnes… Si vous êtes sûres et que vous êtes nombreuses, faites la liste. » (Animatrice lors d'une séance)

Par ailleurs, durant l'activité d'autopalpation des seins, la sage-femme a été amenée à réaliser un examen clinique et un référencement (cas de la découverte par une TS d'une masse mammaire).

Ces ateliers d'*auto-gynécologie* sont ainsi ici finalement centrés sur une sensibilisation à l'approche biomédicale de la santé. Si cela permet un gain de connaissances et d'aisance dans l'interaction avec le personnel médical, cela a aussi pour effet de reléguer au second plan d'éventuelles « émotions de rébellion » ou pratiques de « résistance à bas bruit », qui pourraient pourtant nourrir une appropriation plus située et critique des savoirs transmis. Ce propos d'animatrice illustre bien cette orientation et ses bénéfices du point de vue biomédical :

« Elles ont acquéri des compétences, elles ont acquéri des connaissances qu'elles n'avaient pas avant (...) Arrivée à l'hôpital, je peux aisément dire au médecin où j'ai mal et je dis même le nom de l'endroit où j'ai mal. Voilà donc ça, vraiment, c'est un grand pas. Et puis on arrive aussi à faire le dépistage de beaucoup d'entre elles. » (Animatrice atelier)

Invisibilisation des savoirs féminins endogènes et des « résistances à bas bruit »

Enfin, la « biomédicalisation des ateliers » renvoie une double dynamique : la mise à l'écart d'acteurs et savoirs endogènes, et l'invisibilisation de formes de « résistance à bas bruit » au modèle biomédical. Ainsi, bien que les femmes déclarent un recours important aux soignants aux savoirs endogènes ou aux vendeuses de plantes médicinales sur les marchés, ces acteurs n'ont pas été mobilisés au sein du projet. Or, lors de l'enquête CAP, une TS sur cinq déclare avoir utilisé des traitements issus de la pharmacopée endogène au cours des quatre dernières semaines. Ce recours, loin d'être marginal, traduit aussi une certaine défiance vis-à-vis du système biomédical, défiance qui pourrait être lue comme une forme de « résistance à bas bruit » contre la domination biomédicale invisibilisant d'autres alternatives de soins. Lors des entretiens individuels, les TS expriment leur confiance dans les traitements endogènes.

« Les tanties du marché nous aident, on prend, ses médicaments sont très efficaces. Quand on finit tout ça on voit que le traitement c'est bien propre, y a pas de problème. » (TS)

« Tantie Biba nous donne une bonne posologie. Ce qui est sûr ça soigne, ça guérit. » (TS)

Au cours des deux ateliers de « diagnostic participatif » (incluant des séances interactives de cartographie), les TS ont par ailleurs systématiquement indiqué les vendeuses de plantes médicinales présentes sur les marchés comme des acteurs-clés de leur parcours de soins. Sur les cartes, les TS ont indiqué les noms de vendeuses qu'elles fréquentent (« tante Biba », « maman nianga »…) et ont apposé à ces noms un sticker évoquant un lieu de soins (on retrouve ce même sticker apposé aux noms des centres de santé biomédicaux qu'elles fréquentent).

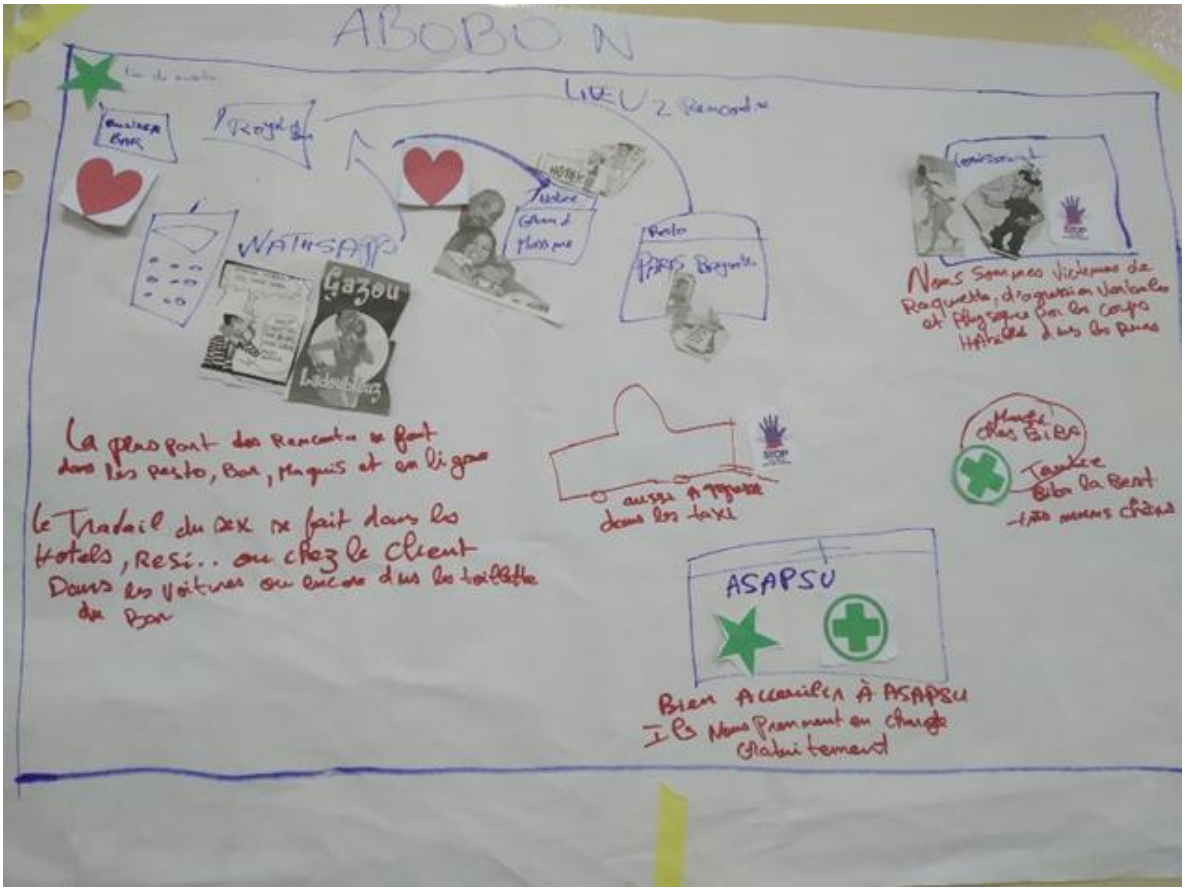

Figure 21 : Cartographie réalisée par des travailleuses du sexe de la commune d'Abobo, à Abidjan

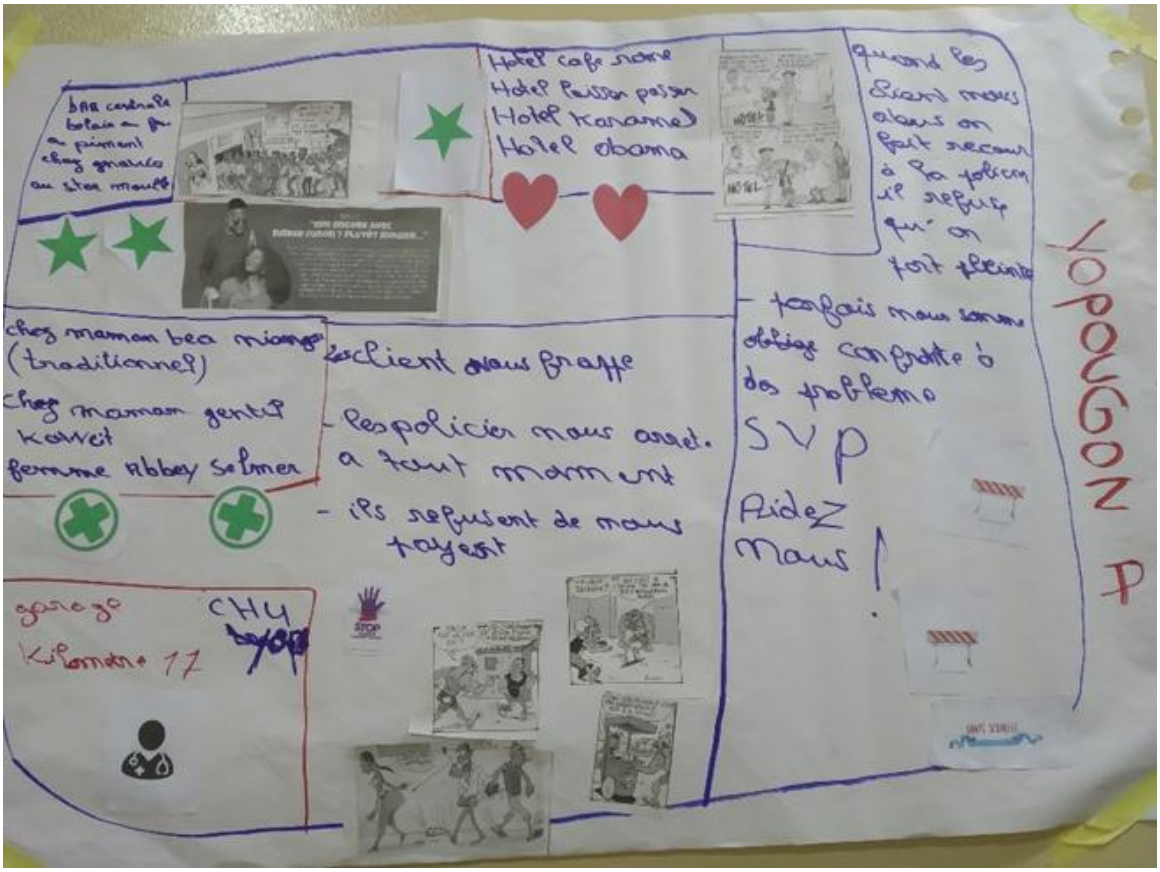

Figure 22 : Cartographie réalisée par des travailleuses du sexe de la commune de Yopougon, à Abidjan

La préférence pour ce recours par rapport aux centres de soins biomédicaux semble s'expliquer non seulement par la confiance des TS envers ces traitements mais aussi par un meilleur accueil envers les TS, le moindre coût de ces traitements et l'absence de temps d'attente.

> « (…) c'est avec les produits traditionnels qu'elles ont l'habitude de se traiter (…) C'est des personnes qui connaissent les vertus des plantes. (…) En tout cas elles soignent, voilà. Et donc eux ils préfèrent. Parce que là-bas c'est moins cher. Quand ils vont, on ne les juge pas par rapport à leur apparence, ou bien par rapport à leur orientation sexuelle. La plupart, c'est des femmes un peu âgées, donc ils voient ces femmes-là c'est comme leur maman, des personnes qui peuvent leur prodiguer des conseils sur la santé. Donc ils se sentent à l'aise avec ces femmes-là. (…) eux ils aiment pas aller à l'hôpital parce que quand ils y vont non seulement ils mettent du temps, mais on ne les traite pas bien. » (Facilitatrice atelier)

> « On n'a pas assez de moyens pour s'acheter ces médicaments. Donc on vient chez les tanties du marché […] ses médicaments sont moins chers. » (TS)

Cependant, cet enjeu a émergé au cours du diagnostic participatif et n'avait pas été anticipé par le projet ; la culture biomédicale de l'ONG, combinée à des contraintes budgétaires, de

temps ou encore l'absence d'institutionnalisation de ces acteurs ont ainsi conduit à ne pas en faire des acteurs partenaires prioritaires.

> « (…) Bon, on les a pas inclus puisque tant qu'on faisait le diagnostic, on savait pas que cela allait sortir. Il aurait été intéressant de faire le diagnostic, vraiment, avant même de…. avant de penser même aux différentes activités… (…) Mais je pense qu'il y a du travail à faire avec eux. Est-ce que on va les sensibiliser pour que eux aussi puissent avoir des bonnes informations, même si on sait que les gens vont continuer à aller là-bas ? Mais c'est à eux aussi de donner des bonnes informations pour que ils n'aient plus de fausses conceptions sur la médecine moderne. Est-ce qu'on va leur dire de référer systématiquement les personnes qui les fréquentent ? Bon, je sais pas. Je sais pas, mais je me dis qu'ils ont leur rôle à jouer parce que… tout compte fait, c'est là-bas que la population se soigne…» (Facilitatrice atelier)

De plus, l'absence d'exploration des pratiques et produits de ces acteurs n'a pas permis d'avoir une connaissance fine des savoirs féminins endogènes, ce qui a encore contribué à invisibiliser ceux-ci au sein du projet. Le manque d'exploration de ces savoirs n'est pas spécifique à ce projet et est récurrent dans les projets en santé des femmes. La sage-femme animant les ateliers d'*auto-gynécologie* évoquera ainsi en entretien ses expériences antérieures avec des sages-femmes aux savoirs endogènes

> « Ce qu'elles font, ça marche. Ça marche. Même dans certaines qui viennent à l'hôpital, elles prennent déjà des décoctions qui arrivent… qui leur permettent de rentrer déjà en travail. Donc je me dis que déjà ça marche. Mais c'est de savoir maintenant le dosage, c'est de savoir faire une étude dessus pour qu'on puisse savoir comment ça marche, qu'est-ce qu'il y a à l'intérieur et qu'est-ce que ça peut créer comme complications, qu'est-ce que ça peut créer comme bénéfices quoi. Ça sera vraiment très intéressant parce que il y en a beaucoup qui, en tout cas, ici, il y en a même à Abidjan, il y a beaucoup qui utilisent. (…) il y a des soignants même qui ont aussi recours à ces pratiques- là (…) » (Sage-femme, facilitatrice atelier)

Cependant, face à cette méconnaissance, lorsque ces pratiques sont relatées dans le cadre des ateliers par les TS (en lien avec les pratiques contraceptives par exemple), le peu d'expertise des facilitatrices envers les pratiques endogènes ne favorise ni une parole libre, ni l'éventuelle « réappropriation de savoirs féminins vernaculaires ». Au contraire, ce manque d'expertise encourage un discours de défiance envers ces pratiques afin de convaincre les TS de remplacer le recours aux pratiques endogènes par des consultations au sein de centres de santé biomédicaux.

> « Donc ce qu'on essaie aussi de leur dire, ou bien la sensibilisation même, c'est plus leur dire de venir, même dans les drop-in center, là où les médecins sont formés depuis des années à la prise en charge, donc des populations clés, là où ils se sentent à l'aise et tout. » (Animatrice atelier)

Verticalisation des rapports facilitatrices/participantes et prégnance des savoirs théoriques

A l'origine, l'objectif des ateliers de *self help* est de permettre un partage d'expériences et de savoirs de manière participative et horizontale. Dans le cadre du projet, un ensemble de dispositions a été proposé afin de créer une atmosphère relaxante et décontractée, propice aux échanges. Les séances ont été proposées sur des formats relativement longs (4h) afin de favoriser l'approfondissement des sujets. Cet environnement a été apprécié de la part des participantes, certaines évoquant la création d'une nouvelle "famille", contrastant avec le cadre formel habituel des séances de formation (pour les EP) ou des conditions bruyantes et animées des séances de sensibilisation effectuées sur les sites de prostitution (pour les TS).

> « La partie là moi-même j'ai aimé ! Les tapis là… vous êtes assis par terre sur les tapis, y a musique, le coin est bien calme, pas de bruits à côté (...) la manière de faire, vraiment c'est bon… là-bas y a tout le temps pour expliquer. On peut prendre au moins du matin jusqu'à midi, de midi jusqu'à 15h-16h. Vraiment c'est bon. Y a tout le temps de bien comprendre » (TS participante 2)

Des partages d'expériences sur des thématiques sensibles, telles que les violences subies de la part des clients ou des forces de l'ordre, ont été observées. Lors d'autres échanges, a été observé aussi que certains enjeux sont clivants entre facilitatrices et participantes, comme celui de la contraception moderne générant de fortes résistances de la part des TS.

> « C'est la contraception… Je ne suis pas trop truc avec ça en fait ça ne m'intéresse ça. En fait j'avais pris une fois, on appelle ça les pilules du lendemain et ça m'a tellement créé des problèmes, tous ces problèmes de menstrues que j'ai ici là c'est dû à ça. Donc tout ce qui fait partie de ça (contraception) ça ne m'intéresse pas. » TS Participante 2

Malgré un espace pour ces temps d'échanges, une part importante du temps dévolu aux ateliers a été consacrée à une transmission descendante de savoirs théoriques. A la différence de l'esprit originel de l'auto-gynécologie, ces ateliers se sont ainsi essentiellement inscrits dans une relation sachant-apprenant. Pour les animatrices, ces ateliers ont été perçus comme une

opportunité de combler des lacunes importantes dans les connaissances des TS. Lorsque de nouvelles notions étaient abordées, parfois techniques et généralement peu connues des participantes, des outils classiques de prise de notes (stylos, cahiers, enregistreurs) sont progressivement apparus. Les facilitatrices ont ainsi pris le risque de rompre la dynamique du groupe de parole, au bénéfice d'une meilleure rétention des informations transmises. Pour les EP-TS, qui mènent des activités de sensibilisation auprès des TS dans le cadre du projet, ces ateliers ont alors revêtu la fonction de formation continue, complémentaire à des formations initiales de quelques jours perçues comme trop courtes pour maîtriser de nouvelles notions. Les participantes ont exprimé apprécier cet apprentissage.

> **«** j'ai pu avoir une connaissance sur moi-même, moi-même, mon corps. Je ne connaissais rien de ça. Mais le projet est venu...en tout cas ça m'a vraiment arrangé. Le prélèvement sur le CCU, aujourd'hui, au moins moi-même je peux faire et puis expliquer à quelqu'un comment on fait » (EP6_Abobo)

L'importation d'une pratique à visée égalitariste dans un contexte marqué par de profondes inégalités

À l'instar des ateliers occidentaux de *self help*, l'auto-observation des organes génitaux est proposée aux participantes à la fin de chaque séance. Tandis que l'auto-observation est historiquement pratiquée de manière collective en Occident (bien qu'aujourd'hui, des espaces dédiés sont souvent disponibles), l'importance de préserver l'intimité des participantes s'est avérée ici primordiale. Cela a conduit petit à petit à proposer un espace dédié dans la salle à l'aide d'un paravent, puis une salle a été dédiée pour plus de confort. Lors des premières séances d'auto-gynécologie pour les EP-TS, celles-ci soulignent le caractère gênant et contraignant de l'auto-observation réalisée dans la même pièce que les autres participantes, malgré un isoloir aménagé. Lors de l'atelier avec les EP-TS d'Abobo, seules 2 EP-TS sur les 8 participantes acceptent de s'auto-observer, et lors de l'atelier à Yopougon, 3 EP-TS seulement sur les 8 participantes.

> « si on devait reprendre l'atelier, le jour de l'observation avec le spéculum, je préfère que ce soit dans une salle retirée » (EP-TS 1)

Suite à ces séances d'auto-gynécologie menées avec des EP-TS, un espace isolé est alors mis à disposition pour les ateliers avec les TS. 7 TS sur 8 se prêtent à l'auto observation dès la première séance.

Un incident survenu en début de projet est révélateur de la discordance entre l'ambition égalitariste et horizontale de ces ateliers tels que pensés au Nord avec la prégnance de rapports de domination parmi les différentes actrices impliquées (facilitatrices/participantes, françaises/ivoiriennes). Lors de la première séance, une facilitatrice française de l'ONG a ainsi proposé de s'auto-observer dans la salle collective, au vu de toutes, ce qui a créé un malaise de la part des facilitatrices ivoiriennes de l'ONG et des participantes. Les raisons mentionnées de ce malaise concernent surtout le décalage entre le rôle hiérarchique supérieur (facilitatrice), venant du siège (française) et le fait de montrer son anatomie, ce qui est perçu comme une pratique potentiellement dévalorisante. De manière annexe, une TS ayant des difficultés à s'auto-observer elle-même, n'a pas manifesté de gêne apparente à faire appel aux facilitatrices (quatre au total) pour l'aider, supposant une internalisation de la soumission à l'observation par un personnel perçu comme plus qualifié. Pour autant, aucune TS n'a souhaité s'auto-observer en présence de ses paires.

Une fois certaines limites posées par rapport à des pratiques non adaptées ni acceptables socialement et culturellement, les TS ont généralement adhéré à la pratique de l'auto-observation. Elles expriment leur adhérence par l'apport d'une nouvelle connaissance de soi, le sentiment de satisfaction à acquérir une nouvelle compétence, l'autonomisation vis-à-vis du personnel de santé et la possibilité de vérifier soi-même que son col est sain (à noter ici un risque de confusion des messages délivrés sur le dépistage du CCU).

> « Je me suis senti fière de moi-même, j'ai regardé mon truc-là était joli, bien rose. J'étais étonnée, je dis ah bon donc moi seule je peux regarder ? Moi seule je prends appareil je mets là-bas, je tourne sans que médecin ne me regarde, sage-femme ne me regarde, infirmier ne me regarde ? Je trouve ça extraordinaire. En tout cas ça m'a fait beaucoup de plaisirs » (EP5)

> « L'auto observation, c'était bon, j'ai apprécié parce nous-même on est là on ne se connait pas… Vraiment chacun a vu son corps, moi j'ai beaucoup apprécié parce que je n'avais jamais vu ça…Puisque je ne savais pas comment mon utérus était placé, mon col de l'utérus était, parce que quand moi j'ai accouché pour moi était déchiré donc je n'ai jamais vu comment c'était. Donc le jour j'ai regardé là j'étais contente » (TS participante 2)

Comme nous l'avons vu précédemment, cette auto-observation s'inscrit cependant aussi pour les facilitatrices dans une volonté de favoriser le dépistage biomédical, ce qui peut être incorporé par les TS lors de leur auto-observation.

« Ce qui m'a marqué c'est lorsqu'elles nous ont donné leur truc (rires nerveux) et puis elles ont dit d'aller voir notre truc là (rires nerveux) (…) elles ont donné miroir avec torche avec un truc… ça ressemble à pistolet[299] (rires nerveux) pour aller voir... Ce qui m'a plu quand tu t'en vas voir que y a maladies, il y a les sages[300], elles vont te donner conseils, elles vont te prescrire les choses (…) » TS participante 1

Décoloniser le corps des femmes au Sud par des ateliers d'auto-gynécologie conçus et animés par une ONG biomédicale occidentale ?

Il resterait à approfondir l'étude de l'impact de ce projet d'*auto-gynécologie* sur la santé sexuelle des TS, notamment quant à l'amélioration de leur accès à la prévention et aux soins biomédicaux. Ici, nous nous sommes centrés sur l'analyse de l'atteinte des objectifs annoncés de l'ONG visant, au « rééquilibrage des pouvoirs entre les savoirs médicaux et les savoirs féminins » et à la « décolonisation du corps des femmes » par la « réappropriation de savoirs féminins vernaculaires ». Nous avons montré que ce projet a été conçu à partir d'un modèle d'émancipation féministe nord-américain et que le contenu des ateliers d'*auto-gynécologie* a été inspiré par celui d'une association féministe militante belge. N'ont pas été explorés les modèles endogènes d'émancipation des femmes et de résistance à l'hégémonie biomédicale. Les femmes détentrices de savoirs féminins endogènes sur les plantes médicinales, bien qu'acteurs-clés dans le parcours de soins des TS, n'ont ainsi pas été incluses dans le projet. Par ailleurs, le projet s'inscrit dans le cadre biomédical dominant et dans une relation sachant-apprenant entre ONG et TS, laissant peu de place à l'expression, la légitimation et la réappropriation de savoirs féminins endogènes. Si ces constats ne remettent pas en question le potentiel du projet pour améliorer un nécessaire accès des TS à des dépistages et soins biomédicaux, ils montrent cependant un décalage du projet avec ses ambitions décoloniales. Ce projet, conçu au Nord par une ONG biomédicale, participe effectivement davantage à renforcer l'hégémonie biomédicale et occidentale en santé des femmes plutôt qu'à « décoloniser le corps des femmes » au Sud.

[299] La TS décrit ici le speculum utilisé durant la séance d'auto-observation des organes génitaux internes
[300] Sages-femmes

Conclusion du chapitre 10

Pour une sociologie des absences : démasquer les injustices épistémiques testimoniales et herméneutiques au cœur même des projets

Nous avons montré que ces deux projets en santé des femmes, bien que se voulant émancipateurs, s'inscrivent finalement dans des formes renouvelées de colonisation du corps des femmes et de colonisation des pratiques en santé. Ils n'échappent donc pas aux écueils d'un « universalisme bienveillant mais impérialiste » (De Sousa Santos, 2011) et de son corollaire qu'est l'« arrogance épistémique » (Fricker, 2007). Notre analyse critique a documenté ces écueils en s'appuyant sur une sociologie des absences mettant en exergue des invisibilisations d'acteurs et de savoirs. Celles-ci dévoilent les injustices épistémiques présentes au sein de ces projets et qui concourent aux difficultés de ceux-ci à atteindre leurs objectifs émancipateurs ou décoloniaux. Ces injustices épistémiques revêtent différentes formes : testimoniales, herméneutiques et collaboratives.

Une des injustices épistémiques relevée est ainsi liée à l'escamotage, au sein des projets, des figures incarnant les savoirs féminins endogènes. Dans le projet JICA, ce sont les savoirs traditionnels japonais qui sont mobilisés pour dé-techniciser et « humaniser l'accouchement », au détriment de l'exploration des savoirs endogènes des accoucheuses communautaires béninoises. En Côte d'Ivoire, c'est un modèle d'émancipation féministe nord-américain qui est mobilisé pour penser la « décolonisation du corps des femmes », au détriment de l'exploration de modèles endogènes d'émancipation. Et sont de plus occultées les soignantes aux savoirs endogènes sur les plantes médicinales, bien qu'actrices-clés des parcours de soins des TS. Ces invisibilisations d'acteurs font ici écho au concept d'injustice testimoniale, c'est-à-dire à la non reconnaissance de la capacité d'un individu ou groupe subalternisé à produire un savoir (Fricker, 2007). Cette injustice testimoniale renvoie ainsi à une forme d'oppression épistémique telle celle exercée par les « féminismes occidentaux » et qui est dénoncée notamment par Nora Berenstein et Kristie Dotson : elles interrogent l'invisibilisation des systèmes endogènes d'émancipation des femmes par des « agendas de genre » universalisés qui remplacent les formes alternatives et autochtones de gouvernance. »[301] (Berenstain et al., 2022) Avant elles, Spivak, universitaire et féministe

[301] « les féminismes occidentaux, qui prétendent résister à l'hétéropatriarcat colonial, sont souvent de connivence avec les systèmes mêmes contre lesquels ils prétendent lutter. De tels féminismes se désintéressent des

postcoloniale, nous rappelait déjà qu'« ignorer le subalterne aujourd'hui revient, qu'on le veuille ou non, à poursuivre le projet impérialiste » (Spivak, 1983). En ce qui concerne plus spécifiquement l'invisibilisation des accoucheuses aux savoirs endogènes, la Confédération Internationale des Sages-Femmes rejoint l'analyse de Spivak, affirmant :

> « Indigenous midwives take a unique approach to health care that is culturally safe, located within the community, and accessible to marginalised populations, and results in improved outcomes for birther and baby.(…) Regulations, formalised education systems, and funding mechanisms continue to favour colonial knowledge systems. Unfortunately, the bio-medical model rarely, if ever, considers Indigenous realities and knowledge. » (International Confederation of Midwives, 2021)

Mais, au-delà de cette invisibilisation d'acteurs, certains des savoirs endogènes sont aussi occultés par manque de ressources conceptuelles communes pour en rendre compte au sein des projets. C'est précisément ce que Fricker (Fricker, 2007) nomme « injustice herméneutique » : une situation où un groupe social est désavantagé parce qu'il ne dispose pas des outils conceptuels nécessaires pour interpréter et communiquer ses propres expériences, ou parce qu'il n'existe pas de langage commun permettant d'en rendre compte. Cette forme d'injustice épistémique est perceptible dans les deux projets, que ce soit à travers les propos des sages-femmes des salles de naissances au Bénin sur les « ocytociques traditionnels » ou ceux des facilitatrices des ateliers d'*auto-gynécologie* en Côte d'Ivoire quant à l'usage des plantes médicinales. Dans les deux cas, l'absence de cadres partagés pour nommer et analyser ces savoirs entraîne leur disqualification implicite. Les unes comme les autres n'ont pas accès à une compréhension biomédicale des principes ou dosages de ces traitements. Dans leurs discours auprès des femmes, elles n'incluent pas alors le recours à ces savoirs comme des pratiques valides, n'ayant pas les moyens d'explorer leurs potentialités comme leurs effets délétères. Autrement dit, là où l'injustice testimoniale empêche la reconnaissance de la parole d'un groupe, l'injustice herméneutique prive ce groupe des moyens d'élaborer et de transmettre un savoir intelligible pour les autres. Cette difficulté des projets à reconnaître/incorporer les savoirs féminins endogènes est à rattacher, pour De Sousa Santos, à une construction historiquement occidentalo-centrée de la reconnaissance de ce qui fait ou non science (De Sousa Santos, 2016). Pour Visvanathan, cette exclusion

préoccupations de souveraineté des femmes autochtones tout en occupant les structures de gouvernance de la région avec des « agendas de genre » universalisés qui remplacent les formes alternatives et autochtones de gouvernance (…) » (Berenstain et al., 2022)

épistémique envers des systèmes de savoirs endogènes est susceptible d'entraîner leur muséification ou disparition (ce qu'il nomme « écocide » car incluant la disparition de la nature et des personnes qui font vivre ce système de savoirs), leur ghettoïsation (statut non officiel ou illégal), ou encore leur marginalisation (au sein d'un ensemble de savoirs locaux déconsidérés). Il ajoutera que si certains des savoirs non biomédicaux sont finalement reconnus par la science, cela participe généralement à leur réappropriation épistémique (cas de plantes médicinales réappropriées par des laboratoires pharmaceutiques) et « sans aucune reconnaissance des épistémologies autochtones, locales, indigènes qui l'ont généré ». (Visvanathan, 2016) Fatou Sow dira ainsi :

> « L'Occident a minimisé, voire rétrogradé les savoirs des autres qu'il a qualifiés d'endogènes, ne leur laissant pas la possibilité de les développer, sauf pour en piller et breveter les ressources (…) On parle beaucoup de décolonial. Pour moi, c'est une approche dont les anciens colonisateurs devraient se servir pour éradiquer ce qui est encore colonial dans leurs pratiques, et qui est toujours un impensé. » (Sow et al., 2023)

De la conception à l'évaluation des projets de santé : dévoiler l'illusion participative et les injustices épistémiques collaboratives

A la suite de Fals Borda (Fals Borda, 2020), De Sousa Santos et Visvanathan plaident alors pour un dialogue entre les différents savoirs en co-présence, à partir d'un paradigme participatif. Avant eux, Olivier de Sardan a cependant rappelé que si le « populisme méthodologique » est certes à encourager, il s'agit dans le même temps de se défier du « populisme idéologique » consistant en « l'exaltation » et idéalisation « des vertus du peuple, vertus cognitives, politiques, morales, culturelles… » générant de nouveaux stéréotypes savants. (Olivier de Sardan, 1990) Il s'agirait ainsi, pour les projets, d'explorer les potentialités mais aussi les effets délétères/préjudiciables de chaque système.

Cette injonction aux méthodologies participatives n'est pas nouvelle dans le champ du développement et de la solidarité internationale où les méthodologies de recherche-action participative nées dans des contextes ruraux en Amérique Latine dans les années 1970 ont particulièrement influencé les institutions et ONG de développement. Dès les années 1980-90, tenir un discours revendiquant les approches participatives est ainsi rapidement devenu incontournable. (Lavigne Delville, 2011) Différentes méthodologies se voulant participatives et favorisant l' « autonomisation des analystes locaux » (Chambers, 1994) ont ainsi émergé au

sein de ces institutions et ONG. A noter que Fals-Borda est resté critique quant aux méthodes de recherche-action participative à visée utilitariste pour les programmes de développement. Les deux projets analysés illustrent ainsi le risque récurrent d'illusion participative dans ces programmes. Elle se caractérise ici par des injustices collaboratives, les projets négligeant, dès leur conception, l'instauration d'un dialogue efficient avec les savoirs des premiers concernés par les projets : les sages-femmes, parturientes et leurs accompagnants dans le projet d'*accouchement humanisé* au Bénin, les acteurs terrains et les TS lors du projet d'*auto-gynécologie* en Côte d'Ivoire. Ceci n'est pas sans rappeler les analyses de Chauveau démontrant :

> « la capacité du modèle autoritaire à se couler dans le moule participatif et, réciproquement, la tendance très forte de l'approche participative à se faire autoritaire et centraliste – ne serait-ce qu'en enjoignant les populations à déclarer quels sont leurs vrais besoins et à se mettre à la tâche pour y pourvoir, sous condition supplémentaire que ces besoins et les moyens de les satisfaire soient jugées compatibles avec la mission et les compétences des agences qui « provoquent » la participation ! » (Jul-Larsen et al., 2011)

De la sociologie des absences vers une sociologie des émergences

Pour éviter de participer à la (re)colonisation du corps des femmes, les projets de santé en solidarité internationale ont ainsi à promouvoir une justice épistémique. Or, l'analyse critique des deux projets montre qu'il s'agit de se défier de la propension des projets à tendre vers une forme de confort épistémique. Notre analyse critique dévoile que ce confort épistémique peut amener des projets à se construire sur l'illusion participative alors même qu'ils se voulaient émancipateurs. Cela s'est traduit ici par des projets négligeant d'approfondir le dialogue entre les savoirs en co-présence, notamment entre les savoirs biomédicaux et les savoirs féminins endogènes, ou encore entre les approches émancipatrices exogènes et les systèmes d'émancipation endogènes. Ces projets, tout en se voulant émancipateurs, prennent alors le risque de fleurter avec l' « arrogance épistémique » (Fricker, 2007). En veillant à ne pas sombrer dans une forme de « populisme idéologique » (Olivier de Sardan, 1990), l'humilité épistémique semble donc un préalable indispensable pour un dialogue efficient entre les différents savoirs en co-présence. Si la sociologie des absences vise à débusquer les subalternisations d'acteurs et de savoirs et leurs interrelations avec capitalisme, sexisme et racisme, la mise en place d'un dialogue interculturel efficient permet, quant à elle, l'émergence d'alternatives émancipatrices. Pour les acteurs de la solidarité

internationale et les chercheurs académiques impliqués dans les projets de santé des femmes, la vigilance épistémologique s'appuie ainsi non seulement sur une sociologie des absences mais également sur une sociologie des émergences, dans un double mouvement décrit par De Sousa Santos (De Sousa Santos, 2016, 2018a)[302].

Cette vigilance épistémologique enjoint alors à trouver le juste équilibre entre garantir un indispensable accès aux soins biomédicaux dans la lutte contre la mortalité et morbidité en santé des femmes et dans le même temps éviter de participer à la (re)colonisation du corps des femmes. La recherche de cet équilibre nécessite cependant que les projets octroient du temps et des financements à l'instauration d'un dialogue et d'une traduction interculturels entre les différents savoirs en co-présence. Or, en Afrique de l'Ouest, dans un contexte de surmortalité et surmorbidité en santé des femmes, ce temps et ces financements manquent le plus souvent au sein des projets. Cela accroit le risque d'occulter les systèmes de savoirs féminins endogènes pour se centrer sur la promotion de l'accès aux soins biomédicaux et sur le développement de modèles d'émancipation exogènes répliqués à l'échelle. Les projets peuvent effectivement être confrontés à des bailleurs priorisant le financement de projets aux promesses d'atteinte rapide et à moindre coût des OMD[303] ou le financement de projets novateurs d'autonomisation du corps des femmes réplicables à l'échelle. Ces injonctions des bailleurs rendent difficile l'obtention du financement de recherches-actions explorant de manière approfondie et collaborative les champs des possibles émancipateurs au sein des différentes épistémologies. Les projets peuvent ainsi se retrouver eux-mêmes aux prises d'injonctions contradictoires et de conflits de priorités. À cet égard, les travaux de Storeng et Béhague sur la Safe Motherhood Initiative (Storeng & Béhague, 2014) permettent de mieux comprendre comment les contraintes imposées par les logiques de financement et les exigences de « plaidoyer fondé sur les preuves » peuvent conduire à un rétrécissement technocratique des ambitions émancipatrices initiales. Leur analyse du « jeu des chiffres » met en lumière la manière dont l'usage stratégique d'indicateurs quantitatifs, bien qu'efficace pour séduire les bailleurs, contribue à marginaliser les dimensions politiques, sociales et structurelles de la santé des femmes. Elle révèle ainsi une autre forme d'injustice épistémique : celle où les priorités et récits des projets sont reformulés pour correspondre aux formats attendus par les institutions globales, au détriment de savoirs, récits et systèmes endogènes. Cette forme d'« épistémologie managériale », centrée sur les métriques et les

[302] Voir chapitre 1

[303] Objectifs du millénaire pour le développement

résultats mesurables, tend à invisibiliser les expériences locales et les savoirs contextuels, et renforce l'asymétrie entre les épistémologies du Nord et celles du Sud.

Dans cette perspective, intégrer pleinement les « émotions de rébellion » et les » résistances à bas bruit » dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des projets ne relève pas seulement d'une reconnaissance éthique, mais d'un impératif épistémique. Ces formes d'expression, souvent discrètes, implicites ou codées, constituent des indicateurs précieux de désaccord, de critique et de créativité sociale face aux normes imposées. Elles révèlent des savoirs situés, des stratégies d'adaptation et de contestation qui, lorsqu'elles sont écoutées et analysées, peuvent nourrir des alternatives émancipatrices plus ancrées dans les réalités locales. Leur prise en compte permet de dépasser une vision purement techniciste ou importée de l'émancipation, en ouvrant la voie à des formes d'appropriation critique des savoirs et pratiques, véritablement co-construites. La vigilance épistémologique, pour être effective, ne peut donc se limiter à débusquer les injustices épistémiques : elle doit aussi créer les conditions pour que ces résistances discrètes deviennent visibles, audibles et légitimes dans l'espace du projet, afin de transformer la manière même dont l'émancipation est pensée et pratiquée. C'est dans cette perspective que se dessine l'horizon d'une « maïeutique émancipatrice » : une pratique qui reconnaît les savoirs situés, intègre les résistances discrètes et favorise des circulations horizontales des savoirs, pour co-construire des alternatives réellement décoloniales et transformatrices en santé des femmes.

Conclusion de la partie III

Cette troisième partie a permis d'explorer les dynamiques d'invisibilisation, de résistance et de reconfiguration des normes en santé périnatale à l'intersection des Suds géographiques et des Suds épistémologiques. En élargissant la focale vers les normes institutionnelles et transnationales, elle a mis en lumière les mécanismes par lesquels des savoirs situés – portés par les femmes-patientes et les sages-femmes – sont subalternisés, parfois silencieusement, au nom de la rationalité biomédicale, de l'efficacité sanitaire ou de l'universalisme émancipateur.

Le chapitre 8, centré sur la France en contexte de crise sanitaire, a montré comment les mesures restrictives appliquées lors de la pandémie de Covid-19 ont généré une double violence : atteinte aux droits fondamentaux et déshumanisation des soins. Nourries par des « émotions de rébellion », les résistances discursives portées par les sages-femmes et les femmes-patientes ont révélé un déficit structurel de participation et une fracture entre décisions médicales et attentes des familles. Elles ont également mis au jour une injustice épistémique profonde, liée à la non-reconnaissance des savoirs émotionnels et expérientiels comme fondements légitimes d'une politique sanitaire..

Le chapitre 9 a poursuivi cette analyse à l'échelle internationale, en montrant que ces mécanismes d'invisibilisation ne relèvent pas seulement de contextes nationaux, mais sont structurants des logiques transnationales de gouvernance biomédicale. Les sages-femmes, dans leurs récits, ont dévoilé des « résistances à bas bruit » – formes discrètes mais puissantes de subversion des normes – portées par une éthique située, nourrie d'« émotions de rébellion » et de subjectivités engagées. Ces stratégies montrent que les actrices de terrain ne se contentent pas d'appliquer les normes : elles les ajustent, les contournent, et parfois, les réécrivent depuis les marges.

Le chapitre 10 a permis d'élargir encore le regard en examinant deux projets de coopération internationale en santé reproductive en Afrique de l'Ouest. Il a interrogé les hiérarchies de savoirs à l'œuvre dans les dispositifs de coopération et a révélé les limites d'un universalisme émancipateur appliqué sans reconnaissance effective des épistémologies locales. En mettant en évidence les injustices testimoniales, herméneutiques et collaboratives, ce chapitre a dénoncé les effets délétères de l'illusion participative, tout en appelant à une sociologie des

émergences, fondée sur une humilité épistémique, un dialogue interculturel, et une redistribution concrète du pouvoir cognitif dans la conception et la mise en œuvre des projets.

Au fil des trois chapitres, cette partie a permis de faire émerger une critique épistémologique et politique des normes périnatales globalisées, en montrant qu'elles ne sont jamais neutres, mais toujours situées, traversées par des rapports de pouvoir, des héritages coloniaux, des hiérarchies de savoirs. Elle a contribué à cartographier les Suds épistémologiques, entendus non seulement comme des espaces géographiques marginalisés, mais aussi comme des positions sociales et professionnelles rendues périphériques dans la production des normes. Elle a mis en évidence que les résistances à ces normes – qu'elles soient discursives, émotionnelles ou pratiques – sont aussi des formes de production de savoirs. Ces résistances incarnées ne relèvent pas de simples écarts ou de « tricheries », mais constituent des gestes de reconfiguration critique de la norme, porteurs de subjectivité, de dignité et d'émancipation. En ce sens, elles participent d'une sociologie des émergences et d'un projet de justice cognitive en maïeutique.

Ainsi, la question de la co-construction des politiques périnatales ne peut se penser sans un travail de reconnaissance active des savoirs subalternisés, ni sans une critique des formes d'arrogance épistémique encore à l'œuvre dans les projets de santé publique, y compris lorsqu'ils se revendiquent de la participation ou de l'émancipation. Elle suppose d'ouvrir des espaces de délibération épistémique et politique où les femmes-patientes, les sages-femmes et les communautés locales puissent redevenir des sujets producteurs de normes, et non de simples destinataires d'injonctions sanitaires. Les forums hybrides ou les recherches-actions participatives, en tant qu'espaces délibératifs articulant savoirs savants, expérientiels et communautaires, apparaissent comme des leviers concrets pour une gouvernance plurielle de la naissance. Ils permettent d'imaginer des politiques périnatales co-construites, attentives aux réalités locales et respectueuses des subjectivités impliquées.

Enfin, cette partie propose d'envisager les Suds épistémologiques non comme des lieux d'ignorance ou de manque, mais comme des foyers de réinvention critique, de résistance incarnée et d'alternatives pour penser le soin. En ce sens, co-construire une démocratie épistémique en maïeutique exige de reconnaître que les savoirs légitimes ne peuvent être imposés du haut vers le bas, mais doivent être co-élaborés, dans une logique de circulation horizontale, d'écoute radicale et de justice cognitive.

Conclusion générale

Cette recherche s'est construite à partir d'une interrogation centrale :

Comment les résistances – qu'elles soient émotionnelles, discrètes ou collectives – exprimées par les sages-femmes et les femmes-patientes face aux normes biomédicales globalisées émergent-elles, se manifestent-elles et reconfigurent-elles la maïeutique contemporaine ?

Cette question est née d'un constat initial, issu des premiers matériaux de terrain et des récits polyphoniques recueillis auprès de sages-femmes de plusieurs continents : la pratique de la maïeutique est traversée par des tensions structurelles profondes. D'une part, la standardisation biomédicale s'est imposée comme horizon dominant de l'accompagnement à la naissance, portée par la rationalité clinique, les impératifs de sécurité et les dispositifs de gouvernance sanitaire transnationale. D'autre part, les actrices de terrain expérimentent quotidiennement la nécessité de préserver l'humanité de la relation de soin, d'accompagner la singularité des vécus et de reconnaître la légitimité de savoirs situés, émotionnels, expérientiels ou endogènes.

Ces tensions révèlent les rapports de pouvoir qui structurent la santé reproductive contemporaine, et les hiérarchies épistémiques qui organisent la disqualification des savoirs féminins et subalternisés. Face à ce constat, la recherche a fait le choix d'adopter une posture critique et située, inspirée des épistémologies féministes, postcoloniales et décoloniales, afin de donner une légitimité à des voix, des expériences et des résistances souvent reléguées dans l'ombre des protocoles institutionnels. Cette posture s'est appuyée sur un matériau empirique multi-situé (55 récits de pratique dans 36 pays, 6 enquêtes socio-anthropologiques dans 5 pays, 2 analyses de projet dans 2 pays, une auto-ethnographie dans 12 pays et des analyses documentaires), qui a guidé progressivement la problématisation et les choix analytiques.

La thèse s'est structurée en trois grandes parties, chacune jouant un rôle spécifique dans la démonstration. La première partie a posé les fondements critiques, méthodologiques et conceptuels, en mobilisant notamment les notions d'injustice épistémique (Fricker, 2007), de justice cognitive (De Sousa Santos, 2016, 2018a; Visvanathan, 1997, 2009, 2016), de savoirs situés (Haraway, 1988) et de colonialité du savoir (Mignolo, 2009), croisées avec des données de terrain issues d'une enquête multi-située sur cinq continents. Elle a introduit deux outils

conceptuels originaux – les « émotions de rébellion » et les « résistances à bas bruit » – qui constituent le fil conducteur du manuscrit. La deuxième partie a donné chair à ces concepts en explorant leur dimension émotionnelle et corporelle, en montrant que les émotions, loin d'être de simples vécus intimes, sont des ressources épistémiques et politiques capables d'alimenter des dynamiques de résistance et de transformation. Elle s'est appuyée sur une analyse croisée de récits de pratiques de 55 sages-femmes issues de 36 pays, des apports de 6 enquêtes socio-anthropologiques dans 5 pays et des vignettes auto-ethnographiques issues d'une pratique de 30 ans dans 12 pays. Enfin, la troisième partie a élargi l'analyse à l'échelle institutionnelle et transnationale. Elle a examiné les circulations des normes biomédicales globalisées, les mécanismes d'invisibilisation qu'elles produisent et les formes de résistance qu'elles suscitent dans des contextes de crise sanitaire ou de coopération internationale. Elle a eu un focus empirique sur la pandémie de Covid-19, à travers des analyses documentaires et des récits de pratique de 41 sages-femmes de 29 pays, et un focus empirique sur des projets de coopération en Afrique de l'Ouest à travers l'étude socio-anthropologique d'un projet d'*humanisation de la naissance* au Bénin et d'un projet d'*auto-gynécologie* en Côte d'Ivoire.

Ainsi, l'architecture du manuscrit suit un mouvement progressif : partir des fondations théoriques et méthodologiques, explorer la dimension incarnée des résistances, et ouvrir enfin à l'échelle globale où se jouent les rapports de force contemporains entre savoirs et normes. Ce cheminement permet de saisir la maïeutique comme un espace de luttes épistémiques et politiques, mais aussi comme un terrain privilégié d'invention d'alternatives et de réinventions du soin. Il articule en continu données empiriques et élaboration conceptuelle, afin de lier étroitement « théorie » et « terrain ».

À partir de l'ensemble du corpus analysé tout au long du manuscrit, on observe des régularités dans les formes de résistances. Les données recueillies indiquent que les résistances émergent dans les interstices du quotidien. Cette recherche montre qu'elles se manifestent à la fois dans les corps, les émotions et les pratiques de soin. Elle met en exergue que les résistances observées ici contribuent à reconfigurer la maïeutique en redonnant aux sages-femmes et aux femmes-patientes des marges d'autonomie et de dignité. Ces marges se donnent à voir de différentes manières, comme l'illustrent les ajustements observés en contexte pandémique (chapitre 9), les réappropriations locales dans les terrains de coopération (chapitre 10), ou encore les mobilisations collectives nourries par les émotions de rébellion (chapitres 7 et 8). Ces dynamiques, qu'elles soient discrètes ou affirmées, suggèrent les linéaments d'une

« maïeutique émancipatrice », conjuguant sécurité biomédicale, justice sociale et cognitive et humanisation des soins.

Apports conceptuels et théoriques

L'une des principales contributions de cette thèse est d'avoir proposé un cadre conceptuel permettant de penser la maïeutique contemporaine non seulement comme un champ professionnel et scientifique, mais aussi comme un espace épistémique et politique traversé par des rapports de pouvoir, des résistances et des dynamiques de reconfiguration. Ce cadre répond directement à la question de recherche en montrant que les résistances étudiées ne sont pas seulement des écarts à la norme, mais bien des modes de production de savoirs et de transformation.

Inscription dans les épistémologies critiques

En premier lieu, cette recherche s'inscrit dans le sillage des épistémologies critiques – féministes, situées, postcoloniales et décoloniales – en montrant leur pertinence pour analyser les réalités contemporaines de la naissance. Les apports de Donna Haraway sur les savoirs situés (Haraway, 1988), de Miranda Fricker sur l'injustice épistémique (Fricker, 2007), de Walter Mignolo sur la colonialité du savoir (Mignolo, 2009) ou encore de Shiv Visvanathan et de Boaventura de Sousa Santos sur la justice cognitive (De Sousa Santos, 2016, 2018a; Visvanathan, 1997, 2009, 2016) ou la sociologie des absences et des émergences (De Sousa Santos, 2016, 2018a) ont fourni des outils essentiels pour interroger les mécanismes de disqualification des savoirs subalternisés.

Appliqués à la maïeutique, ces cadres théoriques permettent de dévoiler les hiérarchies cognitives qui traversent les pratiques de soin : la primauté accordée au savoir biomédical standardisé sur les savoirs expérientiels, émotionnels et endogènes ; la relégation des voix des sages-femmes et des femmes-patientes face à l'autorité des recommandations institutionnelles ; la persistance d'une colonialité des savoirs (Mignolo, 2009), où les modèles eurocentrés continuent de s'imposer aux dépens des épistémologies locales et communautaires.

En replaçant la maïeutique dans ce cadre critique, la thèse contribue à montrer que la production des normes de soin n'est jamais neutre, mais qu'elle est profondément située,

historiquement construite et traversée par des logiques de domination et d'exclusion. Les données empiriques mobilisées ici confirment cette lecture critique, en documentant des exemples précis de marginalisation et de requalification des savoirs situés. Cette inscription théorique permet non seulement de dévoiler les mécanismes d'exclusion, mais aussi d'identifier des leviers conceptuels pour repenser la production des savoirs en maïeutique.

Les émotions comme ressources épistémiques et politiques

Un second apport conceptuel réside dans la reconnaissance des émotions comme ressources épistémiques et politiques. Alors que les émotions ont longtemps été perçues comme des obstacles à la rationalité scientifique, ce travail démontre qu'elles constituent au contraire des vecteurs de savoirs situés. Elles révèlent les tensions normatives, mettent en lumière les violences institutionnelles et nourrissent des dynamiques de résistance.

Cette perspective se distingue des approches classiques de la sociologie des émotions des soignants, centrées sur le travail émotionnel[304] (Hochschild, 2012), le partage social des émotions[305] (Rimé et al., 1991) ou encore l'épuisement émotionnel[306], le burn out[307], l'usure compassionnelle[308], et la blessure morale[309]. Elle met l'accent sur la puissance subversive de certaines émotions professionnelles, envisagées ici comme des indicateurs critiques et des moteurs de transformation.

La notion d'« émotions de rébellion », proposée dans cette thèse et élaborée à partir des récits de sages-femmes et de femmes-patientes, s'inscrit dans le sillage des *outlaw emotions* mises en avant par Jaggar (Jaggar, 1989), qui désignent les affects critiques permettant de percevoir l'injustice. Elle trouve également un ancrage dans l'analyse de Crapanzano (Crapanzano, 1994) sur les zones de résistance émotionnelle, entendues comme des espaces où s'expriment des

[304] Le travail émotionnel (Hochschild, 2012) désigne la régulation des émotions réalisée par un individu pour répondre aux attentes organisationnelles.

[305] Le partage social des émotions (Rimé et al., 1991) explore comment les vécus émotionnels sont racontés et partagés, et comment ce partage crée du lien social et répond à un besoin d'appartenance.

[306] L'épuisement émotionnel est considéré comme la première manifestation d'un épuisement professionnel ou « burn out » : « Emotional exhaustion is the key aspect of the syndrome and is viewed as its primary manifestation. It refers to the depletion of emotional resources, feelings of strain, and chronic fatigue, thus reflecting the stress component underlying the construct. Emotionally exhausted employees lack adaptive resources and cannot give any more to their jobs. » (Lheureux et al., 2017, p. 163)

[307] « Burnout is a psychological syndrome emerging as a prolonged response to chronic interpersonal stressors on the job. The three key dimensions of this response are an overwhelming exhaustion, feelings of cynicism and detachment from the job, and a sense of ineffectiveness and lack of accomplishment. » (Maslach & Leiter, 2016)

[308] L'usure compassionnelle (Figley, 1995) se manifeste quand le soignant exposé de façon répété à la souffrance des autres devient moins capable de ressentir de la compassion et est moins empathique.

[309] « Moral injury describes the challenge of simultaneously knowing what care patients need but being unable to provide it due to constraints that are beyond our control. » (Dean et al., 2019)

affects dérogeant aux normes qui les régulent. Les « émotions de rébellion » désignent ainsi ces émotions critiques qui surgissent face à une injustice structurelle – colère face à une norme déshumanisante, tristesse devant une mort évitable, indignation contre une pratique perçue comme abusive – et amènent à des gestes de résistance. Elles sont des émotions non attendues, révélatrices d'injustices structurelles, qui deviennent des boussoles éthiques dans le soin et des moteurs de subversion critique des normes institutionnelles.

Ces émotions sont porteuses d'une valeur cognitive, car elles signalent une rupture éthique et ouvrent la voie à des ajustements pratiques et symboliques. Les données analysées montrent par exemple comment la colère ou l'indignation deviennent des déclencheurs d'actions collectives ou d'ajustements locaux. Les émotions deviennent ainsi des instruments de critique et de transformation. Elles constituent des indicateurs précieux pour comprendre comment les actrices de terrain (sages-femmes et femmes-patientes) perçoivent les normes et réinventent leurs marges de manœuvre.

Les résistances ordinaires et invisibilisées

La thèse propose également la notion de « résistances à bas bruit », pour désigner les gestes discrets et souvent invisibles par lesquels les sages-femmes et les femmes-patientes contournent ou subvertissent les normes imposées. Il peut s'agir d'un ralentissement de protocole, de l'introduction clandestine de savoirs endogènes, ou encore de la tolérance tacite envers des pratiques alternatives. Ces résistances, parce qu'elles échappent au regard institutionnel, peuvent sembler insignifiantes ; mais elles participent à la transformation des pratiques de l'intérieur, en redonnant une marge d'autonomie et de la dignité aux actrices concernées.

Ce concept permet de déplacer la focale des résistances spectaculaires, collectives et visibles, vers des formes plus modestes mais tout aussi déterminantes de subversion. Il s'inscrit dans le sillage des analyses de James Scott sur l'art de la résistance des subalternes (Scott, 2019) et de celles de Michel Foucault sur les micro-résistances au biopouvoir (Foucault, 1976, p. 125-126), tout en les renouvelant par l'adossement à un matériau empirique multi-situé en maïeutique. Alors que la littérature en maïeutique s'est davantage intéressée aux pratiques aux marges plus visibles (maisons de naissance, accouchements accompagnés à domicile, intégration de savoirs endogènes en formation), ces formes discrètes demeuraient peu

explorées ; la thèse en propose une conceptualisation et en documente la portée transformatrice, pas à pas, dans la reconfiguration professionnelle et institutionnelle.

Vers une maïeutique émancipatrice

L'ensemble de ces résistances ouvrent la voie à un horizon plus large : celui d'une « maïeutique émancipatrice ».

S'appuyant sur l'écoute des Suds épistémologiques (De Sousa Santos, 2016) — ces positions sociales et professionnelles rendues périphériques dans la production des savoirs — et sur les exigences de justice cognitive (De Sousa Santos, 2016, 2018a; Visvanathan, 1997, 2009, 2016) mises au jour dans l'ensemble du manuscrit, cette thèse propose de dessiner dans cette conclusion la notion de « maïeutique émancipatrice ». La justice cognitive désigne l'exigence d'équité dans la reconnaissance et la valorisation de la pluralité des savoirs (biomédicaux, expérientiels, endogènes, émotionnels…). Elle cherche à rééquilibrer les inégalités épistémiques en ouvrant un espace de dialogue où chaque voix peut contribuer à la production et à la légitimation des connaissances. Une « maïeutique émancipatrice » serait entendue comme un cadre de pratiques et de gouvernance qui articule sécurité biomédicale, humanisation des soins, et autodétermination des personnes concernées, en reconnaissant la pluralité des savoirs (biomédicaux, émotionnels, expérientiels, endogènes) comme des ressources légitimes pour penser et organiser la naissance.

Cette proposition vient compléter les recommandations internationales centrées sur la justice sociale par l'introduction d'un second pilier, la justice cognitive. Mais elle s'appuie aussi sur deux apports conceptuels originaux issus de cette recherche : les « émotions de rébellion », en tant que boussoles éthiques et moteurs de subversion des normes, et les « résistances à bas bruit », qui révèlent des résistances discrètes mais transformatrices. Ensemble, ils constituent le socle empirique et théorique d'une « maïeutique émancipatrice ».

Concrètement, une « maïeutique émancipatrice » reposerait sur six principes opératoires :

1. Justice sociale (déjà promue par les instances internationales) : accès effectif et équitable aux soins reproductifs (PMA, contraception, IVG sécurisé, soins pré-/per-/postnataux) et lutte contre les discriminations (genre, origine ethnique, statut socio-économique, identité de genre, orientation sexuelle) ;

2. Justice cognitive (apport original de cette thèse) : reconnaissance et mise en dialogue des savoirs situés, avec des circulations horizontales et des dispositifs concrets de traduction interculturelle ;
3. « Emotions de rébellion », « résistances à bas bruit » : reconnaissance de ces expressions critiques comme indicateurs d'injustice et comme moteurs de transformation au sein des pratiques ;
4. Pratiques aux marges : exploration des pratiques alternatives au modèle hospitalier de la naissance (maisons de naissance, accouchement accompagné à domicile, *consultorios ancestrales*[310]*,* etc.) comme des laboratoires de réinvention critique des pratiques ;
5. Autodétermination et autonomie : information intelligible, consentement libre et éclairé, soutiens matériels et sociaux permettant d'exercer réellement ses choix ;
6. Cadre éthique de non-nuisance : reconnaissance de la diversité des savoirs sans légitimer des pratiques préjudiciables pour la santé ou la dignité ; évaluation continue ancrée dans les effets vécus.

L'analyse des résistances documentées dans ce manuscrit montre que la mise en œuvre de ces principes suppose certaines conditions : marges organisationnelles, dispositifs de circulation des savoirs féminins émotionnels, expérientiels ou endogènes, volonté minimale de co-gouvernance.

Pour chacun des principes opératoires d'une « maïeutique émancipatrice », cette recherche laisse présager l'importance d'une co-construction d'indicateurs concrets avec les professionnelles, les femmes et les communautés concernées, de façon à en assurer à la fois la pertinence contextuelle et la légitimité. Leur définition précise et leur mise en œuvre demanderaient ainsi à être situées et négociées collectivement dans chaque contexte concerné.

Cette proposition de maïeutique émancipatrice synthétise les apports de la thèse : les « émotions de rébellion » comme ressources épistémiques pour dévoiler les injustices systémiques et comme moteurs de « résistances à bas bruit » ou de réinventions des pratiques, et enfin l'articulation entre justice sociale et justice cognitive comme principes directeurs. Elle n'oppose pas les registres de savoir, mais les articule de façon responsable, en

[310] *consultorios ancestrales :* voir chapitre 3

rendant visibles et opérantes les contributions des actrices de terrain (sages-femmes et femmes-patientes).

Ainsi, sur le plan conceptuel et théorique, cette recherche propose d'envisager la maïeutique comme un terrain de lutte épistémologique : un espace où s'affrontent des logiques cognitives concurrentes, mais où s'expérimentent aussi des alternatives porteuses de justice cognitive et sociale.

Apports méthodologiques

Au-delà de ses apports conceptuels, cette recherche propose également une contribution méthodologique, en hybridant différentes méthodes, en assumant une posture située, en mobilisant des approches qualitatives sensibles et situées, souvent marginalisées dans la recherche scientifique.

Une enquête multi-située et polyphonique

La recherche s'est distinguée par son caractère multi-situé et polyphonique. Elle triangule cinq méthodes de collecte de données : récits de pratique, analyse croisée d'études socio-anthropologiques, analyse critique de projets internationaux, analyse documentaire, et auto-ethnographie critique. Elle se déploie sur plusieurs dizaines de pays sur cinq continents. Elle donne une place centrale aux voix des actrices de terrain en tant qu'actrices épistémiques participant à la production de savoir. En mobilisant une pluralité de matériaux et de sites, la recherche s'inscrit dans une logique de triangulation qualitative : chaque type de données éclaire et complète les autres, permettant d'éviter une lecture univoque ou biaisée. Cette triangulation confère au matériau une robustesse qui rend possible la formulation de concepts. En affirmant les actrices de terrain comme actrices épistémiques, elle renverse les hiérarchies de légitimation du savoir, valorise les savoirs situés issus de l'expérience et contribue à construire une connaissance collective.

Une posture située et engagée

Une autre originalité méthodologique réside dans l'adoption explicite d'une posture de praticienne-chercheure. Loin de chercher à effacer ma position, j'ai choisi au contraire de l'intégrer comme une donnée centrale de la recherche. Ce choix est en cohérence avec les épistémologies situées (Haraway, 1988; Harding, 1991; Jaggar, 1989; Medina, 2013), qui

rappellent que toute production de savoir est ancrée dans un corps, une histoire et un contexte. Cette posture permet d'éviter l'illusion de neutralité, souvent revendiquée par les approches positivistes, mais qui invisibilise les rapports de pouvoir à l'œuvre dans la production scientifique. Cette posture située s'accompagne d'une vigilance éthique : reconnaître la subjectivité ne signifie pas céder au relativisme ou à l'introspection sans rigueur. Cela suppose de rendre explicites les conditions de production du savoir, les biais potentiels et les choix analytiques opérés. Elle constitue ainsi un outil de responsabilisation scientifique, permettant d'assumer la part située de toute recherche sans renoncer à la rigueur.

L'auto-ethnographie critique comme ressource

Un troisième apport méthodologique de cette recherche réside dans l'usage de l'auto-ethnographie critique. Encore marginale dans le champ de la maïeutique, cette approche permet d'intégrer l'expérience personnelle et professionnelle de la praticienne-chercheure au sein même du dispositif d'enquête, en assumant pleinement sa valeur heuristique et épistémique. Mobilisant trente années de pratiques internationales, j'ai pu analyser mes vécus émotionnels et corporels en dialogue constant avec les récits de sages-femmes et de femmes-patientes. Loin d'être un simple retour introspectif, cette démarche s'inscrit dans une épistémologie située et constructiviste, attentive aux rapports de pouvoir qui traversent la production de savoirs. L'auto-ethnographie a ainsi joué un double rôle :

- elle a rendu possible une compréhension incarnée des résistances, en les replaçant dans des trajectoires professionnelles et biographiques, donnant ainsi chair à des processus souvent invisibilisés (chapitres 6 et 7) ;

- elle a offert un espace réflexif critique, permettant d'interroger les mécanismes d'invisibilisation et de marginalisation à l'œuvre dans mes propres pratiques et cadres de pensée, et d'éviter de reproduire, dans l'analyse, les logiques de domination que je cherchais précisément à déconstruire (chapitres 1 et 5).

Loin de diminuer la validité scientifique de ce travail, l'usage de l'auto-ethnographie en a renforcé la rigueur et la profondeur. En articulant données personnelles, récits de sages-femmes, enquêtes socio-anthropologiques, études critiques de projets et analyses documentaires, elle a permis de construire une méthodologie cumulative, où les subjectivités

individuelles, mises en dialogue avec une polyphonie de voix et validées par recoupements, produisent un savoir collectif robuste et légitime. Cette démarche contribue à légitimer les approches sensibles et réflexives dans le champ des sciences humaines et sociales appliquées à la maïeutique. Elle démontre que subjectivité, émotions et expériences corporelles, lorsqu'elles sont travaillées dans un cadre critique et rigoureux, ne constituent pas des biais à éliminer mais des ressources scientifiques essentielles pour comprendre les dynamiques institutionnelles, culturelles et émotionnelles qui traversent les pratiques de soin

Une contribution à la reconnaissance des approches sensibles mettant l'étude des émotions et de la corporéité au cœur de la recherche

Enfin, cette démarche méthodologique démontre que la subjectivité, les émotions et les expériences corporelles peuvent être mobilisées comme des ressources scientifiques, à condition d'être travaillées dans un cadre critique et rigoureux. En ce sens, la thèse rejoint les appels de nombreux chercheurs féministes et/ou décoloniaux (De Sousa Santos, 2018a; Haraway, 1988; Jaggar, 1989; Medina, 2013) à reconnaître la valeur des méthodologies critiques et incarnées, capables de rendre visibles des résistances invisibilisées et de produire des connaissances situées.

Ainsi, sur le plan méthodologique, cette recherche propose un modèle qui conjugue réflexivité, pluralité des sources et reconnaissance des savoirs situés. Elle invite à considérer que la production de savoirs en maïeutique ne peut être réduite à une collecte objective de données, mais qu'elle est toujours un processus de co-construction, traversé par des subjectivités, des émotions et des rapports de pouvoir. Une des principales contributions de ce travail est ainsi de participer à montrer qu'une recherche en maïeutique peut être à la fois située, sensible et rigoureuse.

Apports empiriques

Au-delà de ses apports conceptuels et méthodologiques, cette recherche propose une contribution empirique originale. Elle repose sur un corpus inédit mettant en lumière les multiples formes de résistance qui traversent la maïeutique contemporaine, en les situant à différentes échelles : individuelle, corporelle, collective, institutionnelle et transnationale. Ce

corpus contribue à enrichir les dispositifs empiriques existants, en croisant une diversité d'espaces, de voix et de temporalités réunis dans le champ de la maïeutique.

Les résistances individuelles et corporelles

À l'échelle individuelle, la recherche a montré que les résistances se déploient d'abord dans les corps et dans les subjectivités des sages-femmes et des femmes-patientes. Les émotions ressenties dans le cadre de l'accompagnement à la naissance – colère, tristesse, indignation, parfois sentiment d'impuissance – constituent des signaux critiques face à des normes vécues comme déshumanisantes, injustes ou inadaptées ou encore face à des injustices systémiques.

Ces émotions, souvent intériorisées ou tues, sont néanmoins inscrites dans la mémoire corporelle des actrices de terrain et rejaillissent dans la pratique. Elles peuvent alors devenir des déclencheurs d'ajustements subtils : ralentir un protocole, offrir un geste de réassurance, contourner une règle pour préserver la dignité ou l'humanité. L'expérience émotionnelle se transforme en ressource épistémique et en levier de résistance.

L'étude empirique met ainsi en évidence que les résistances ne sont pas toujours spectaculaires ou visibles : elles prennent racine dans les subjectivités incarnées, et peuvent s'exprimer dans des gestes quotidiens, souvent imperceptibles pour les institutions, mais porteurs de transformations profondes. Elles rappellent que le politique se loge aussi dans les gestes les plus modestes. Les données indiquent que ces micro-ajustements ne suppriment pas les contraintes structurelles, mais permettent d'ouvrir des interstices d'humanité et de dignité dans les pratiques.

Les résistances collectives et partagées

Au-delà des subjectivités individuelles, la recherche a révélé que les émotions critiques, lorsqu'elles circulent et se partagent entre professionnelles et femmes-patientes, peuvent devenir le socle de dynamiques collectives (chapitre 7). Les récits analysés montrent comment des colères ou indignations partagées se transforment en discussions collectives, en mobilisations professionnelles et/ou citoyennes, en réinventions au sein des institutions de soin et/ou en créations d'espaces de soins alternatifs (maisons de naissance, accouchements accompagnés à domicile, soins interculturels autour de la naissance…).

Ces dynamiques collectives permettent d'inscrire les résistances dans une dimension politique. Elles déplacent le vécu individuel de l'émotion vers une critique plus large des logiques institutionnelles et des normes biomédicales. Elles révèlent que la résistance n'est pas seulement une affaire de survie individuelle dans un cadre contraint, mais aussi une manière de construire des communautés de pratique et de savoirs capables de réinventer la maïeutique. Elles constituent ainsi des lieux de subjectivation collective, où se forgent des alternatives concrètes aux modèles dominants.

Les résistances institutionnelles et nationales

À l'échelle institutionnelle, la recherche a documenté les effets de normes biomédicales imposées dans des contextes de crise, notamment lors de la pandémie de Covid-19 (chapitres 8 et 9). Les mesures restrictives – limitation des accompagnants, protocoles contraignants, décisions centralisées – ont généré une double violence : atteinte aux droits fondamentaux et déshumanisation des soins.

Face à ces logiques, les sages-femmes et les femmes-patientes ont développé des formes de résistance discursives et pratiques, dénonçant les injustices structurelles et réaffirmant la valeur des savoirs expérientiels, émotionnels et endogènes. Ces résistances révèlent l'ampleur des injustices épistémiques à l'œuvre dans la gestion sanitaire : les voix des professionnelles et des familles ont été marginalisées au profit d'une rationalité biomédicale présentée comme universelle et indiscutable. Elles montrent aussi que les crises sanitaires agissent comme des révélateurs et des accélérateurs des tensions structurelles déjà présentes. Ces résistances pourraient, sous réserve de soutien institutionnel, nourrir une reconfiguration durable des modes de gouvernance sanitaire.

Les résistances transnationales

Enfin, à l'échelle transnationale, l'étude des projets de coopération en santé sexuelle et reproductive en Afrique de l'Ouest (chapitre 10) a mis en lumière les limites d'un universalisme émancipateur appliqué sans réelle prise en compte des épistémologies locales. Les récits recueillis montrent que les dispositifs de participation mis en avant dans ces projets masquent souvent des logiques de domination cognitive : les savoirs situés des femmes, des communautés et des professionnelles de terrain sont parfois tolérés, souvent

instrumentalisés, mais rarement reconnus comme ressources légitimes pour l'élaboration des politiques de santé.

Pourtant, des stratégies de résistance illustrent la créativité et la résilience des femmes, des communautés et des professionnelles de terrain, qui ne se contentent pas d'appliquer des normes globalisées conçues depuis des Nords épistémologiques, mais participent à leur réécriture depuis les marges. Elles démontrent que la circulation des normes biomédicales globalisées ne produit pas d'uniformité totale, mais suscite des réappropriations différenciées.

Une cartographie des résistances invisibilisées

L'ensemble de ces résultats permet de dresser une cartographie des résistances en maïeutique. La recherche montre que ces résistances se déploient sur un continuum passant par des émotions échappant aux régulations normatives, des gestes discrets individuels, jusqu'à des mobilisations visibles portées par des collectifs professionnels et des associations de femmes-patientes. Elle met en exergue que les résistances ne se réduisent pas à des oppositions frontales, mais qu'elles peuvent prendre des formes discrètes et souvent invisibilisées, qui participent néanmoins à la transformation des pratiques. Elle montre que les « résistances à bas bruit » ne sont pas de simples écarts ou de petites « tricheries » face à la norme : elles constituent des gestes de production de savoirs et de dignité, porteurs d'une puissance transformatrice. La documentation de ces « résistances à bas bruit » permet d'affirmer que la maïeutique contemporaine ne peut être comprise sans reconnaître ces formes de subversion quotidienne, qui constituent autant de foyers de réinvention du soin. Il reste cependant à étudier comment, selon les contextes plus ou moins favorables (ressources disponibles, marges organisationnelles, formes de gouvernance), les « résistances à bas bruit » acquièrent une ampleur, une durabilité et une portée variables.

Les données recueillies montrent ainsi que les résistances – qu'elles soient émotionnelles, discrètes ou collectives – participent à la reconfiguration de la maïeutique contemporaine, à la fois de l'intérieur et depuis ses marges.

Implications scientifiques et professionnelles

Les résultats de cette recherche dépassent la seule contribution théorique et empirique. Ils portent des implications concrètes pour la recherche, la formation, les institutions et les politiques publiques en santé périnatale. La reconnaissance des résistances émotionnelles, discrètes et collectives comme des ressources épistémiques et politiques invite à repenser les cadres d'action et les dispositifs de production de savoir dans le champ de la maïeutique, mais aussi au-delà. Sous réserve de contextes favorables (ressources, marges organisationnelles, gouvernance ouverte), ils ouvrent ainsi la voie à une reconfiguration plus générale des rapports entre savoirs et pouvoirs dans le champ de la santé.

Implications pour la recherche scientifique

Sur le plan scientifique, cette thèse contribue à enrichir les épistémologies critiques et féministes en les articulant à un champ professionnel spécifique, celui de la maïeutique. Elle propose des concepts potentiellement transférables – « émotions de rébellion », « résistances à bas bruit », « maïeutique émancipatrice » – qui peuvent être mobilisés dans d'autres contextes de soin, d'éducation ou de travail social, partout où se jouent des tensions entre normes institutionnelles et savoirs situés.

Cette recherche participe également à légitimer les méthodologies sensibles et réflexives. L'auto-ethnographie critique, la polyphonie des récits et l'intégration de la dimension émotionnelle montrent que la rigueur scientifique ne réside pas dans l'effacement du chercheur, mais dans la capacité à assumer et analyser sa position située. Cette posture ouvre la voie à une conception élargie de la recherche en maïeutique, où la subjectivité et l'émotion sont davantage reconnues comme des vecteurs de connaissance.

Enfin, ce travail s'inscrit dans une dynamique déjà ancienne de dialogue interdisciplinaire. La maïeutique a depuis longtemps été étudiée au carrefour de plusieurs champs disciplinaires ; cette recherche souligne l'intérêt de poursuivre et de renforcer les croisements entre sciences biomédicales, sociologie, anthropologie, philosophie des sciences et épistémologies critiques.

Implications pour la formation des sages-femmes

Sur le plan pédagogique, les résultats de ma recherche invitent à intégrer dans la formation initiale et continue des sages-femmes :

- Un meilleur accompagnement et outillage pour la réalisation du travail émotionnel[311] lié à la pratique,
- Une plus grande valorisation d'outils réflexifs tels que les journaux de terrain, les espaces de débriefing ou les analyses collectives de pratiques à travers les vécus émotionnels,
- La reconnaissance des « émotions de rébellion » et des « résistances à bas bruit » comme des ressources professionnelles,
- Une meilleure formation aux outils conceptuels issus de cadres critiques féministes et décoloniaux mais aussi une meilleure connaissance de l'histoire mondiale de la biomédicalisation de la naissance,
- Des débats sur le concept de « maïeutique émancipatrice » et ses 6 piliers ainsi que sur ses éventuelles déclinaisons possibles dans chaque contexte de pratique,
- Une formation plus poussée, des encadrants et tuteurs (dans les lieux de formation et sur les lieux de stage) et des cadres hospitaliers, à l'écoute active, à la valorisation des savoirs situés des étudiantes sages-femmes et sages-femmes ainsi que des femmes-patientes, et à la mise en place d'espaces protégés pour partager « émotions de rébellion » et « résistances à bas bruit » (confidentialité, non-sanction).

Il s'agit ainsi de permettre aux sages-femmes d'être mieux outillées pour comprendre et interroger les mécanismes de dépossession et d'invisibilisation des savoirs féminins ainsi que les liens persistants entre positions de pouvoir et construction/légitimation des savoirs en maïeutique. Mais il s'agit aussi de donner aux sages-femmes et femmes-patientes un cadre habilitant pour que les « émotions de rébellion » et « résistances à bas bruit » participent à une réinvention collective des pratiques.

[311] Le travail émotionnel (Hochschild, 2012) désigne la régulation des émotions réalisée par un individu pour répondre aux attentes organisationnelles. Les chapitres 6 et 7 montrent ce que recouvre le travail émotionnel dans la pratique des sages-femmes

Implications pour les institutions de santé

Sur le plan institutionnel, cette recherche défend une double exigence indissociable : une gouvernance de la santé périnatale plus inclusive et participative ; et la revalorisation du travail des sages-femmes.

Les résultats de la Partie II (chapitres 6 et 7) soulignent que la revalorisation du travail des sages-femmes est une condition de possibilité d'une participation réelle. Elle comporte deux volets : revalorisation salariale et statutaire, d'une part, et reconnaissance organisationnelle du travail émotionnel, d'autre part. Concrètement, pour le second point, il s'agit d'inscrire le travail émotionnel comme une charge de travail à part entière. Cela suppose un temps dédié, protégé et rémunéré. Ce temps doit être à la fois individuel et collectif (débriefings cliniques, supervisions, groupes de parole, analyses de pratiques). Cette orientation doit être assortie d'une politique en Ressources Humaines de manière à rendre ces espaces effectifs (lutte contre les sous-effectifs, respect des pauses et des temps de repos, régulation des charges et ratios).

Les résistances documentées tout au long du manuscrit montrent que les dispositifs normatifs actuels tendent à invisibiliser les voix des sages-femmes et des femmes-patientes, produisant des injustices épistémiques. Mais l'ensemble du manuscrit documente aussi la créativité des subalternisés qui réécrivent les normes depuis les marges. Au fil de cette recherche, j'ai esquissé des propositions pour ouvrir des espaces de délibération où professionnelles et femmes-patientes co-explorent, sur la base de leurs savoirs situés et des données probantes, les ajustements possibles des protocoles et des offres de soins. Parallèlement, il s'agit d'ouvrir, dans les parcours de soins, des espaces sécurisés de partage émotionnel pour les femmes-patientes (débriefings postnataux, groupes de pairs), co-animés et évalués de façon située. Une praxis de recherche fondée sur l'écologie des savoirs et la sociologie des absences et des émergences (chapitres 1, 3, 4 et 9), les « forums hybrides » (chapitre 8) ou encore les recherches-actions participatives (chapitre 10) doivent être compris comme des expérimentations locales, co-négociées, et non comme des modèles prescriptifs. Leur valeur tiendra à la qualité des processus situés plutôt qu'à une duplication uniforme. L'enjeu n'est donc pas de dupliquer une ingénierie institutionnelle « clé en main », mais d'ouvrir un chantier d'expérimentation situé, inductif et révisable, dont les modalités (calendrier, participants, méthodes, formes de restitution) seraient définies de façon partagée et évaluées en continu.

Ces espaces, lorsqu'ils existent, ne peuvent se réduire à des consultations symboliques : ils n'ont de sens qu'à condition d'être dotés d'un pouvoir réel de proposition et d'inflexion, d'être adossés à un suivi transparent (ce qui a été essayé, avec quels effets, pour qui, à quel coût) et de garantir des conditions de sécurité (confidentialité, protection institutionnelle en cas d'écarts justifiés et sécuritaires, non-sanction) permettant la mise en mots et la traduction institutionnelle des « émotions de rébellion » et des « résistances à bas bruit » en capacités d'agir partagées.

En articulant ainsi reconnaissance, conditions de travail et participation, les institutions créent les conditions d'une amélioration conjointe du bien-être des soignantes, de la qualité des soins et de la justice épistémique en périnatalité.

Implications pour les politiques publiques

Enfin, sur le plan politique, la thèse appelle à un renouvellement des politiques de santé reproductive, en les inscrivant dans une perspective de justice cognitive. Cela suppose :

- de reconnaître les savoirs situés comme des ressources légitimes pour la conception des politiques,
- de dépasser l'illusion participative en créant des mécanismes réels de redistribution du pouvoir cognitif,
- de promouvoir une écologie des savoirs, où coexistent et dialoguent différentes rationalités (biomédicale, expérientielle, endogène, émotionnelle).

Cette orientation ouvre la possibilité de concevoir une gouvernance périnatale attentive aux réalités locales et respectueuse des subjectivités. Elle contribue à réinscrire la naissance dans une logique politique plus large : celle de la reconnaissance de la pluralité des savoirs et de la lutte contre les hiérarchies épistémiques qui continuent de structurer la santé mondiale. Elle montre aussi que la maïeutique, loin d'être un champ marginal, peut être une entrée stratégique pour penser des transformations globales de la gouvernance en santé. Cependant, les terrains de coopération en Afrique de l'Ouest (chapitre 10) et les divers exemples de récupération institutionnelle des résistances (chapitre 7) illustrent concrètement les risques d'une participation instrumentalisée, appelant à une vigilance épistémique constante dans les processus de gouvernance, fussent-ils participatifs.

Ainsi, les implications de cette recherche dépassent le seul champ académique : elles invitent à transformer la formation, les institutions et les politiques, en reconnaissant la valeur des résistances invisibilisées comme des leviers de transformation. Elles ouvrent enfin un horizon de mise en pratique des concepts élaborés, en inscrivant la maïeutique dans un mouvement plus large de démocratisation épistémique.

Outillage opérationnel

Afin de faciliter l'appropriation des résultats par des publics variés, j'ai conçu des supports complémentaires, pensés comme des traductions situées et non prescriptives de la thèse :

- une note de synthèse destinée aux décideurs,
- une déclinaison des principes par profils (chercheurs, sages-femmes, décideurs),
- un cadre logique minimaliste pour guider d'éventuels projets pilotes,
- un tableau d'indicateurs mixtes (qualitatifs et quantitatifs).

Ces outils sont présentés en annexes (annexes A, B, C, D). Leur objectif est d'alimenter des expérimentations locales, toujours co-négociées et évaluées de manière située, et non de proposer un modèle standardisé. Toute configuration nécessite ainsi d'être co-construite avec les femmes-patientes, les sages-femmes/les équipes soignantes, d'être dotée de marges d'autonomie encadrées, et de faire l'objet d'une évaluation située. Il s'agit d'un cadre processuel, non d'un modèle prescriptif. Il s'agit également de tenir compte que la valorisation de résistances discrètes peut comporter des risques tels que l'exposition à des sanctions institutionnelles pour les actrices témoignant de résistances, la dilution de certaines garanties de sécurité médicale, ou encore une variabilité injustifiée des pratiques entraînant des inégalités d'accès à des soins de qualité. Pour les cadrer, je propose de recourir à des garde-fous : des précautions de confidentialité, le principe de non-nuisance, des arbitrages éthiques documentés, et la traçabilité des écarts justifiés, articulés à des revues périodiques des effets vécus par les femmes-patientes et les professionnelles et à l'équité des soins.

Enfin, pour crédibiliser les six principes d'une maïeutique émancipatrice, voici quelques indicateurs-loupes illustratifs :

- **Justice sociale** → suivi du taux de non-recours / accès effectif par sous-groupes,

- **Justice cognitive** → existence de dispositifs de circulation horizontale des savoirs (fréquence, diversité des voix intégrées),
- **Émotions & résistances** → espaces de partage et de discussion des affects critiques et ajustements (avec traçabilité des suites données et garanties de confidentialité et de non-répercussions négatives sur les agents les partageant),
- **Pratiques aux marges** → cartographie de l'offre (existence/capacité/répartition des maisons de naissance, des sages-femmes pratiquant l'accouchement accompagné à domicile, dispositifs communautaires) / information des femmes sur ces options / taux d'orientation et de recours / continuité des soins et transferts (taux, motifs, délais) / résultats maternels et néonataux ajustés au risque / satisfaction et perception de dignité / existence d'accords de coopération et de financements dédiés,
- **Autodétermination et autonomie** → traçabilité d'un consentement lisible et libre (clarté, délais, options alternatives),
- **Non-nuisance** → revue éthique régulière des effets vécus (patientes et soignantes).

En proposant un outillage opérationnel, j'assume à la fois le risque de réduction, de dilution ou d'instrumentalisation des résultats de la thèse, mais aussi la possibilité que, mis à l'épreuve des usages, ces instruments deviennent des vecteurs de transformation critique et ouvrent des marges inédites pour une « maïeutique émancipatrice ». Ces outils renforcent ainsi l'ambition critique de la thèse en la prolongeant sur un plan pragmatique : rendre visibles les résistances, mais aussi offrir des leviers concrets pour transformer les pratiques et les politiques.

Limites de la recherche

Toute recherche scientifique, aussi rigoureuse et ambitieuse soit-elle, comporte nécessairement des limites. Dans le cadre de cette thèse, les limites identifiées relèvent à la fois des choix méthodologiques, des caractéristiques du corpus, des conditions d'enquête et de la posture située assumée en tant que praticienne-chercheure. Elles ne réduisent pas la portée des résultats, mais en délimitent le champ de validité et invitent à leur mise en perspective.

La non-exhaustivité du corpus

La première limite tient à la nature même du corpus empirique. Bien que la recherche mobilise un matériau riche et diversifié – récits de pratiques de 55 sages-femmes issues de 36 pays, 6 enquêtes socio-anthropologiques menées dans 5 contextes nationaux, études critiques de 2 projets dans 2 pays, une auto-ethnographie de 30 ans de pratique dans 12 pays, et analyses documentaires –, elle ne saurait prétendre à l'exhaustivité. Certaines régions du monde sont sous-représentées, comme l'Afrique du Nord ou l'Europe de l'Est, et la diversité interne des contextes nationaux n'a pu être pleinement explorée. Par ailleurs, les récits de pratique des sages-femmes reflètent les trajectoires singulières de celles qui ont accepté de participer à la recherche : ils offrent un éclairage précieux, mais ne constituent pas une représentation statistiquement représentative de l'ensemble de la profession ou des pratiques. Cette limite n'affaiblit pas la portée de l'analyse, mais elle rappelle que les résultats doivent être lus comme des éclairages situés, et non comme des généralisations universelles. Elle correspond au choix assumé de privilégier la profondeur qualitative et la diversité polyphonique plutôt que la représentativité statistique.

Les contraintes linguistiques et culturelles

Une autre limite réside dans les contraintes linguistiques et culturelles liées à la diversité des terrains. Les récits ont été recueillis en plusieurs langues (français, anglais, espagnol, portugais, langues locales pour certaines enquêtes). Ils ont été partagés dans le texte original le plus souvent mais avec des traductions en notes de bas de page, afin de respecter à la fois la compréhension académique et la fidélité aux formes d'expression originales. Or, toute traduction est une interprétation : certaines nuances, certains jeux de mots ou certaines subtilités culturelles peuvent avoir été partiellement perdus ou transformés. De plus, en tant que chercheure issue d'un contexte européen, il a pu m'arriver de rencontrer des références, des pratiques ou des manières de dire qui n'avaient pas d'équivalent direct dans mon propre cadre de pensée. Ces décalages culturels ont nécessairement influencé la façon dont j'ai perçu, compris et analysé certains récits. Ces contraintes, sans invalider les résultats, renforcent la nécessité d'une vigilance épistémique constante et ouvrent à la co-construction d'outils de traduction dans de futures recherches.

La temporalité de la recherche

La recherche s'est inscrite dans une temporalité particulière, marquée notamment par la pandémie de Covid-19. Cette période a permis de documenter des formes spécifiques de

résistance et d'invisibilisation, mais elle a aussi introduit un biais temporel : certaines dynamiques observées peuvent être liées au contexte exceptionnel de la crise sanitaire, et il est encore trop tôt pour savoir si elles se maintiendront ou évolueront dans le temps. Par ailleurs, la temporalité limitée de la recherche ne permet pas de suivre de manière longitudinale les trajectoires des résistances étudiées. On ne sait pas, par exemple, si certaines résistances à bas bruit finissent par s'institutionnaliser, ou si elles disparaissent face à l'usure, la répression ou la normalisation. Ce constat souligne l'intérêt de recherches longitudinales à venir, qui pourraient documenter la durabilité et les transformations de ces résistances dans le temps.

Les limites de l'auto-ethnographie critique

L'intégration de l'auto-ethnographie critique constitue une autre limite potentielle. En mobilisant mes propres expériences professionnelles et émotionnelles, j'ai assumé une posture située et engagée. Si cette posture a enrichi l'analyse en offrant une compréhension incarnée des résistances, elle comporte aussi des risques. Le premier est celui d'une sur-subjectivisation, c'est-à-dire la tentation de projeter mes propres vécus sur les expériences des participantes. Pour éviter cet écueil, une vigilance constante a été nécessaire, notamment à travers la triangulation des données et le croisement des récits. Le second est celui de la réception institutionnelle : l'auto-ethnographie, encore marginalisée dans de nombreux contextes académiques, peut être perçue comme moins « rigoureuse » que d'autres approches. Si la thèse contribue à légitimer cette méthode, elle ne peut ignorer que sa reconnaissance reste inégale et sujette à controverse. Cette limite est en même temps une force : elle met en lumière la nécessité de repenser les critères de légitimité scientifique pour intégrer pleinement les approches sensibles et réflexives.

La difficulté d'articuler les échelles

Enfin, une limite tient à la difficulté d'articuler de manière parfaitement fluide les différentes échelles d'analyse : individuelles, collectives, institutionnelles et transnationales. Si l'ambition était de montrer leur intrication, le risque existe que certaines échelles apparaissent plus développées que d'autres, ou que certains passages manquent de fluidité. Cette limite est liée à la densité et à la complexité du matériau. Elle souligne la nécessité, pour de futures recherches, de prolonger cette articulation multi-échelles, en explorant plus systématiquement les circulations entre résistances locales et dynamiques globales. Elle invite

aussi à inventer de nouveaux outils analytiques capables de mieux représenter ces circulations et hybridations.

Les limites du cadre théorique mobilisé

Un dernier point de limite tient au cadre théorique mobilisé. Si cette recherche s'ancre dans des épistémologies critiques, féministes, postcoloniales et décoloniales, la majorité des références convoquées proviennent encore d'auteurs situés dans le Nord géographique. Ce constat reflète la structuration asymétrique du champ académique international, où les voix issues des Suds géographiques restent plus difficiles d'accès ou moins diffusées (ce point est développé dans le chapitre 1, à la fin de la sous-partie I). Toutefois, certains auteurs mobilisés peuvent être lus comme appartenant à des « Suds épistémologiques », dans la mesure où ils s'opposent aux régimes dominants de production du savoir tout en étant institutionnellement ancrés dans des espaces académiques du Nord global. C'est le cas par exemple de Linda Tuhiwai Smith, chercheure maorie en Nouvelle-Zélande : située dans un pays de l'hémisphère Sud mais intégré au Nord global, elle fait partie d'une communauté maorie inscrite dans les Suds épistémologiques et elle développe une épistémologie endogène/autochtone et décoloniale qui déplace les cadres dominants. Dans le même esprit, bien qu'ils soient inscrits dans des institutions académiques dominantes (Nords épistémologiques), des auteurs comme Donna Haraway (Etats-Unis), Miranda Fricker (Royaume-Uni), José Medina (Espagne/Etats-Unis) ou Boaventura de Sousa Santos (Portugal) peuvent être considérés comme contribuant aux Suds épistémologiques, dans la mesure où leurs travaux mettent en cause les hiérarchies de savoir et ouvrent des perspectives critiques depuis les marges. Par ailleurs, la thèse mobilise plusieurs auteurs du Sud géographique – tels que Walter Mignolo (Argentine), Aníbal Quijano (Pérou), Arturo Escobar (Colombie), Shiv Visvanathan (Inde), Fatou Sow (Sénégal) ou Frantz Fanon (Martinique/Algérie) – dont les travaux permettent d'enrichir et de déplacer les cadres critiques classiques. Cette tension souligne à la fois les efforts de décentrement opérés dans cette thèse et les limites structurelles rencontrées. Elle invite à poursuivre le travail d'élargissement des références, en intégrant davantage de voix issues des Suds géographiques et de traditions épistémiques encore marginalisées dans le champ académique international.

En somme, les limites de cette recherche ne constituent pas des faiblesses rédhibitoires, mais des points de vigilance et des pistes ouvertes. Elles rappellent que toute recherche est située, partielle et perfectible, et que sa valeur tient autant à ce qu'elle met en lumière qu'aux

questions qu'elle laisse ouvertes. Elles renforcent enfin la cohérence d'une posture critique et réflexive, où les limites deviennent elles-mêmes des ressources heuristiques.

Perspectives de recherche

L'une des forces de cette thèse est d'ouvrir autant de nouvelles questions qu'elle apporte de réponses. En mettant en lumière les résistances invisibilisées qui traversent la maïeutique contemporaine, elle invite à prolonger et élargir le champ de la recherche. Les perspectives qui se dessinent concernent plusieurs axes : l'approfondissement conceptuel, l'élargissement méthodologique, l'exploration de nouveaux terrains et l'ouverture interdisciplinaire. Elles montrent que la résistance peut constituer un analyseur privilégié des systèmes de santé et de leurs dynamiques de transformation.

Approfondir la dimension intersectionnelle

Une première piste réside dans l'approfondissement de la dimension intersectionnelle des résistances. Cette recherche a montré que les résistances des sages-femmes et des femmes-patientes sont façonnées par leur position sociale et professionnelle, mais il reste à explorer plus systématiquement la manière dont elles s'articulent avec d'autres rapports de domination :

- la classe sociale, qui conditionne l'accès aux soins et la reconnaissance des savoirs populaires,
- l'origine et l'appartenance ethnique, qui exposent certaines femmes et certaines professionnelles à des formes spécifiques de marginalisation,
- le handicap, qui interroge la manière dont la normativité biomédicale invisibilise ou pathologise certains vécus,
- ou encore l'orientation sexuelle et l'identité de genre, qui posent la question des normes hétérocentrées de la périnatalité.

Explorer ces croisements permettrait de mieux comprendre la pluralité des résistances et des violences vécues, et d'affiner les propositions de justice cognitive en santé reproductive. Si des travaux féministes et sociologiques ont déjà documenté certaines de ces intersections, ils restent souvent sectoriels ou centrés sur un seul axe. Il serait intéressant de construire une

cartographie intersectionnelle des résistances en maïeutique, en rendant visibles à la fois les cumuls de vulnérabilités et les foyers d'innovation critique.

Développer des recherches longitudinales

Une deuxième perspective tient à la temporalité des résistances. Cette thèse a capté des dynamiques inscrites dans une période donnée, notamment en contexte pandémique. Il serait précieux de mener des recherches longitudinales pour suivre l'évolution des résistances dans le temps :

- certaines résistances à bas bruit finissent-elles par s'institutionnaliser ?
- quelles sont les conditions qui favorisent leur diffusion ou, au contraire, leur étouffement ?
- comment les trajectoires professionnelles des sages-femmes sont-elles façonnées par leurs expériences de résistance ?

De telles recherches permettraient de comprendre non seulement l'émergence des résistances, mais aussi leur devenir et leur impact à long terme sur la profession et les politiques de santé. Si quelques suivis ethnographiques ou évaluations de projets existent déjà dans le champ de la santé reproductive, ils demeurent souvent fragmentés et limités à certains contextes. Les prolonger et les mettre en perspective permettrait de mieux documenter la durabilité, l'ampleur et les conditions de transformation des résistances telles que les facteurs d'institutionnalisation ou d'effacement.

Étendre les terrains et comparer les contextes

Une troisième piste concerne l'élargissement des terrains. Si la recherche a mobilisé un corpus multi-situé couvrant plusieurs dizaines de pays sur cinq continents, de nombreux contextes restent encore à explorer. Les études futures pourraient s'intéresser à des régions sous-représentées, ou approfondir la comparaison entre contextes urbains et ruraux. De plus, des analyses comparatives Nord/Sud permettraient d'examiner la circulation différenciée des normes biomédicales et des résistances : comment les résistances se manifestent-elles différemment dans un hôpital européen hyper-standardisé, dans une maternité africaine sous-dotée, ou dans une maison de naissance en Amérique latine ? Ces comparaisons offriraient un éclairage sur les effets différenciés de la globalisation biomédicale, ainsi que sur

les modalités situées par lesquelles les actrices locales réinterprètent, adaptent ou contestent ces normes.

Expérimenter les forums hybrides

Une quatrième perspective réside dans l'expérimentation et l'analyse de forums hybrides comme dispositifs concrets de gouvernance participative. La thèse a plaidé pour leur pertinence théorique ; il s'agit désormais de documenter comment ces espaces peuvent être co-conçus, sans modèle imposé, en tenant compte des ressources, des rapports de pouvoir et des priorités propres à chaque contexte.

Plutôt que de fixer à l'avance des règles universelles, je propose d'ouvrir des laboratoires d'expérimentation situés : petits collectifs pilotes où femmes-patientes, sages-femmes et institutions co-définissent leurs objectifs, testent des formats (composition, rythmes, modes de décision), négocient des garde-fous éthiques et construisent des critères d'évaluation partagés. Les questions de recherche deviennent alors : quelles configurations locales favorisent une circulation horizontale des savoirs ? comment éviter l'illusion participative ? et quelles conditions (temps, reconnaissance, ressources) rendent ces espaces réellement émancipateurs ? Un dialogue avec des dispositifs existants (comités d'usagers, panels délibératifs, conférences citoyennes, collectifs des maisons de naissance) permettrait d'identifier des principes transposables et des limites non transférables, sans chercher à normaliser la diversité des arrangements locaux. En somme, « expérimenter des forums hybrides » ne revient pas à appliquer un schéma, mais à soutenir des processus d'apprentissage collectifs, où la gouvernance se fabrique en marchant et se corrige à l'épreuve des effets produits.

Ouvrir à d'autres champs disciplinaires

Enfin, une cinquième piste consiste à transférer, avec prudence, les concepts élaborés (« émotions de rébellion », « résistances à bas bruit », « maïeutique émancipatrice ») à d'autres champs. Leur pertinence pourrait être explorée dans l'éducation, le travail social, la psychiatrie, ou encore dans l'analyse des mouvements sociaux. Ces concepts offrent un cadre possible pour penser la manière dont des résistances discrètes, incarnées et situées contribuent à transformer les institutions de l'intérieur. Certaines passerelles existent déjà : par exemple, la sociologie des mouvements sociaux a mis en évidence des résistances infra-

politiques, l'éducation populaire a valorisé les savoirs expérientiels, et la psychiatrie critique s'est appuyée sur les vécus émotionnels pour repenser le soin. Toutefois, ces approches demeurent souvent cloisonnées. Les concepts proposés ici pourraient contribuer, sans prétention à l'universalité, à nourrir ce dialogue interdisciplinaire en offrant un langage commun pour analyser les micro-politiques de transformation dans divers contextes sociaux.

En somme, cette recherche ouvre un agenda fécond, qui invite à poursuivre l'exploration des résistances dans leur diversité, à affiner leur compréhension intersectionnelle et temporelle, et à expérimenter des dispositifs de gouvernance plurielle. Elle suggère que la maïeutique peut constituer un terrain pour repenser la justice cognitive dans des domaines sociaux et politiques. Elle souligne enfin que les résistances ordinaires et invisibilisées constituent des points d'appui possibles pour l'innovation sociale et politique. Ces perspectives ouvrent la voie à une réflexion plus large, formulée ici à travers la notion de « maïeutique émancipatrice ».

Un horizon émancipateur

Loin de clore le débat, cette recherche ouvre ainsi un horizon : celui d'une « maïeutique émancipatrice », capable d'articuler sécurité biomédicale, humanisation des soins et autodétermination des femmes. Il s'agit d'une maïeutique en capacité d'affirmer que la naissance, avant d'être un acte médical encadré par des protocoles, est un événement corporel, émotionnel, social et politique, porteur de dignité et de transformation. À travers cette perspective, la thèse rappelle que la résistance n'est pas seulement un refus : elle est aussi une invention, une réinvention, une promesse. Elle invite à penser la maïeutique comme une praxis vivante, plurielle et critique, capable d'ouvrir des possibles dans un monde en quête de justice et d'émancipation. Elle laisse entrevoir, enfin, que ce qui se joue dans les salles de naissance dépasse la seule expérience de l'accouchement : c'est une certaine conception du monde, de la justice et de la dignité qui s'y invente et s'y réinvente.

Glossaire critique en maïeutique : Concepts et termes essentiels

Accouchement Accompagné à Domicile (AAD)

Accouchement à domicile en présence de personnel médical qualifié (sage-femme ou équivalent). La Confédération Internationale des Sages-femmes le définit ainsi :

> « L'accouchement à domicile fait référence à l'accouchement planifié qui a lieu au domicile et qui est assisté par une sage-femme expérimentée et avec un soutien médical en collaboration dans le cas où un transfert serait nécessaire. L'accouchement à domicile planifié augmente la probabilité d'avoir un accouchement « satisfaisant et sûr ». Cela est important, car les expériences d'accouchement positives (dans lesquelles la personne se sent en sécurité, soutenue et écoutée) sont associées à un meilleur bien-être mental post-partum. En 2010, la Cour européenne des droits de l'homme a déclaré l'accouchement à domicile comme un droit humain. » (ICM, 2017)

Accouchement Non Accompagné (ANA)

Accouchement à domicile sans la présence d'un professionnel de santé qualifié.

Accoucheuse traditionnelle / Traditional Birth Attendant

Voir 2ème définition de sage-femme

Approche physiologique de la naissance

Cette approche voit la naissance comme un processus naturel qui résulte d'interactions biologiques, hormonales et environnementales harmonieuses. Elle valorise la capacité de la femme à accoucher sans intervention excessive, dans un environnement respectueux de son autonomie et de ses choix. La sage-femme joue ici un rôle essentiel en accompagnant la femme, en observant les signes naturels du travail, et en intervenant uniquement lorsque nécessaire pour garantir la sécurité de la mère et de l'enfant, tout en préservant l'intégrité du processus physiologique.

Auto-ethnographie

Méthode de recherche qualitative qui combine l'ethnographie et l'autobiographie, permettant au chercheur d'intégrer ses propres expériences subjectives dans l'analyse de pratiques sociales ou culturelles. Cette approche met l'accent sur l'analyse réflexive du chercheur, tout en situant son vécu dans un contexte

social, historique et culturel plus large. L'auto-ethnographie permet d'explorer la relation entre le chercheur et son environnement, tout en reconnaissant le rôle de la subjectivité dans la production des savoirs.(Ellis & Bochner, 2000)

Auto-gynécologie

Nées dans les années 1970 en Amérique du Nord, les pratiques d'auto-gynécologie s'inscrivent dans le mouvement féministe de réappropriation des savoirs gynécologiques. Popularisées par le Boston Women's Health Book Collective à travers l'ouvrage Our Bodies, Ourselves (Boston Women's Health Book Collective, 1973) (1971), ces pratiques visent à renforcer l'autonomie des femmes. Elles consistent par exemple à encourager l'auto-observation des organes génitaux féminins (avec un spéculum et un miroir) et à partager des savoirs corporels de manière participative. Plusieurs adaptations de l'ouvrage Our Bodies, Ourselves (Boston Women's Health Book Collective, 1973) ont été réalisées à travers le monde, dont celle réalisée par le Réseau de recherche en santé de la reproduction en Afrique, coordonnée par Fatou Sow et Codou Diop mais dont les auteurs étaient majoritairement des médecins et des soignants. Le livre, paru en 2004, a été nommé « Notre corps, notre santé. La santé et la sexualité des femmes en Afrique subsaharienne ». Contrairement à la version nord-américaine écrite par des féministes et s'adressant directement aux femmes (hors du cadre biomédical), la version africaine s'adresse au personnel de santé et aux membres de mouvements associatifs et adopte une perspective davantage biomédicalisée. (Sow et al., 2023)

Biomédecine

Terme désignant la médecine occidentale fondée sur les sciences biologiques comme la biologie, la génétique et la biochimie. Elle privilégie une approche scientifique et technologique du corps humain, centrée sur le diagnostic, le traitement et la prévention des maladies. Cette perspective s'appuie sur des méthodes médicales et thérapeutiques basées sur des données biologiques et physiopathologiques. Dans ce cadre, les traitements sont souvent administrés sous forme de médicaments allopathiques[312] issus de l'industrie pharmaceutique, ou par le biais de la chirurgie. Ce modèle biomédical, dominant dans les sociétés occidentales et dans une certaine mesure dans le reste du monde, s'est construit

[312] L'allopathie désigne une approche médicale conventionnelle qui vise à traiter les maladies en utilisant des interventions ou des substances ayant des effets opposés aux symptômes ou aux causes de la pathologie. Cette méthode repose sur des bases scientifiques et englobe des traitements tels que les médicaments, la chirurgie ou d'autres thérapies basées sur des données biologiques et physiopathologiques. Le terme est dérivé du grec allos (signifiant « autre ») et pathos (« souffrance » ou « maladie »).

	après la Seconde Guerre mondiale avec l'intégration des recherches biologiques dans la pratique médicale. Ce modèle biomédical a reconfiguré les rapports entre les scientifiques, les médecins, les industries de la santé et l'État. La biomédecine est perçue comme un projet en constante évolution, réajustant continuellement les pratiques cliniques et de laboratoire. (Cambrosio & Keating, 2003; Chauveau, 2003; Wachsmuth, 2016)[313]
Biomédicalisation	Processus où des aspects de la vie humaine, qu'ils soient naturels (naissance, ménopause) et/ou sociaux (comportements, normes), sont redéfinis sous une perspective biomédicale. Cela inclut la gestion des maladies, mais aussi des interventions pour optimiser ou normaliser la santé. Ce phénomène s'appuie sur des technologies avancées, des pratiques médicales et des enjeux commerciaux. Il reflète une médicalisation élargie, influencée par des enjeux culturels, économiques et sociétaux, comme décrit par Clarke et al. (Clarke et al., 2003) et Conrad (Conrad, 2005).
Biopouvoir	Le biopouvoir, selon Michel Foucault (Foucault, 1976), désigne un mode de pouvoir qui régule et normalise la vie des individus et des populations, en influençant non seulement la santé, la reproduction et le bien-être, mais aussi les comportements et les pratiques sociales. Ce pouvoir ne se limite pas à la répression, il cherche à contrôler les corps à travers des techniques de surveillance, d'évaluation et d'intervention. Le biopouvoir s'incarne dans des institutions et des politiques publiques qui façonnent le quotidien des individus, en normalisant leur existence et en modifiant leur rapport à leur propre corps et à la société. Il se distingue ainsi par son rôle dans la gestion des populations et la gouvernance des comportements au-delà de la simple contrainte, marquant une transformation de la subjectivité des

[313] Selon Isabelle Wachsmuth, de l'OMS :

« La médecine occidentale est basée sur un modèle spécifique biomédical qui est profondément ancré dans notre société et le système de santé (…) la biomédecine est principalement concentrée sur combattre la maladie en réparant, neutralisant, ou intervenant dans le processus pathologique à l'aide de substances chimiques (des médicaments délivrés sur ordonnance) ou la chirurgie (…) l'approche biomédicale est le modèle dominant dans le monde Occidental et dans une certaine mesure dans le reste du monde » (Wachsmuth, 2016)

Ce terme de biomédecine est un néologisme entre biologie et médecine :

« Après la Seconde Guerre mondiale, le laboratoire de biologie devient le lieu de la recherche, remplaçant le service hospitalier et offrant à la médecine un nouveau savoir fondé sur les sciences expérimentales. Jean-Paul Gaudillière définit alors le complexe biomédical qui naît après 1945 comme la reconfiguration des rapports entre l'État, les savants, les médecins et les industriels de la santé. » (Chauveau, 2003)

Il est en constante évolution :

« la biomédecine correspond à un projet nécessairement inachevé et en continuel devenir, qui implique le réalignement constant des pratiques cliniques et des pratiques de laboratoire au sein de nouvelles plates-formes. » (Cambrosio & Keating, 2003)

	individus. Cette transformation se manifeste par l'intériorisation des normes imposées, où les individus, tout en semblant exercer leur liberté, agissent en conformité avec des attentes sociales et institutionnelles qu'ils adoptent comme propres, redéfinissant ainsi leurs choix, valeurs et aspirations à travers le prisme des impératifs normatifs[314].
Blessure morale	« Moral injury describes the challenge of simultaneously knowing what care patients need but being unable to provide it due to constraints that are beyond our control. » (Dean et al., 2019)
Burn out	« Burnout is a psychological syndrome emerging as a prolonged response to chronic interpersonal stressors on the job. The three key dimensions of this response are an overwhelming exhaustion, feelings of cynicism and detachment from the job, and a sense of ineffectiveness and lack of accomplishment. » (Maslach & Leiter, 2016)
Césarine	Association d'usagers créée en mai 2005 par un groupe de mères confrontées à la naissance par césarienne. Césarine est une association d'intérêt général depuis avril 2012. Elle est implantée en France et en Belgique francophone.
Collectif Interassociatif autour de la naissance (CIANE)	Collectif constitué d'associations françaises concernées par les questions relatives à périnatalité. Il est agréé pour la représentation des usagers dans le système de santé.
Colonialité des savoirs	La colonialité des savoirs désigne la manière dont les savoirs produits par les institutions occidentales se sont imposés comme les seuls universels et légitimes, disqualifiant d'autres formes de connaissances. Ce concept de colonialité, introduit par le sociologue péruvien Aníbal Quijano (Quijano, 1992) à travers la notion de « colonialité du pouvoir », a été développé par des auteurs comme Walter Mignolo (Mignolo, 2009) et Boaventura de Sousa Santos (De Sousa Santos, 2016, 2018a) pour la question spécifique de la colonialité des savoirs. Il met en lumière la persistance d'une hiérarchie entre les savoirs issus des anciens colonisateurs et les savoirs issus des anciens colonisés et qui se poursuit ainsi après la fin des colonisations.
Confédération internationale des sages-femmes	La Confédération Internationale des Sages-Femmes ou ICM est une organisation professionnelle mondiale qui

[314] « Comme le pouvoir serait léger et facile, sans doute, à démanteler, s'il ne faisait que surveiller, épier, surprendre, interdire et punir ; mais il incite, suscite, produit ; il n'est pas simplement œil et oreille ; il fait agir et parler. » (Foucault, 1977, p. 237)

/ International Confederation of Midwives (ICM)

représente les associations de sages-femmes de plus de 130 pays. Son objectif principal est de promouvoir l'avancement de la pratique en maïeutique à l'échelle mondiale, en garantissant l'accès des femmes et des nouveau-nés à des soins de qualité. Elle soutient également les sages-femmes dans l'exercice de leur profession, en mettant l'accent sur des domaines essentiels tels que les soins pré-, per- et postnatals et d'autres domaines de la santé sexuelle et reproductive. L'ICM œuvre pour l'intégration des sages-femmes dans les politiques nationales de santé, en insistant sur des standards internationaux élevés pour ces services.

Un aspect clé de son action est la diffusion des connaissances et le soutien à la recherche. Tous les trois ans, l'ICM organise un colloque scientifique international qui permet aux sages-femmes des cinq continents de partager leurs recherches, pratiques innovantes et expériences, favorisant ainsi l'évolution des savoirs et des pratiques professionnelles à l'échelle mondiale.

L'ICM est gouvernée par un Conseil exécutif élu lors de ses Assemblées Générales, avec des représentants issus des différentes régions géographiques de l'organisation. Ce conseil veille à définir les politiques et actions mondiales de l'ICM, en collaborant avec des comités spécialisés sur des sujets variés, tels que les droits des femmes, la santé sexuelle, l'éducation des sages-femmes, et la planification des effectifs. L'ICM œuvre pour améliorer la reconnaissance professionnelle et le statut des sages-femmes, en promouvant leur autonomie dans l'exercice de leur pratique et en facilitant leur accès à une formation de qualité adaptée aux normes internationales.

Le siège de l'ICM se trouve à La Haye, aux Pays-Bas.

Constructivisme

Courant épistémologique qui soutient que la connaissance n'est pas une simple représentation objective d'une réalité extérieure, mais une construction influencée par les interactions sociales, les cadres culturels et les expériences individuelles. Théorisé par des auteurs comme Piaget (Piaget, 2012) (constructivisme cognitif) et Berger et Luckmann (Berger et al., 2018) (constructivisme social), il met en évidence que les phénomènes sociaux émergent à travers des processus d'interprétation et de négociation qui sont profondément ancrés dans des contextes historiques et culturels spécifiques. Contrairement au positivisme, qui recherche des lois universelles et des explications objectives, le constructivisme valorise la diversité des significations et la réflexivité dans l'élaboration des savoirs.

Ce courant épistémologique ne doit pas être confondu avec le relativisme. En effet, bien que le constructivisme reconnaisse que notre accès à la réalité sociale est médiatisé par nos perceptions et nos contextes culturels, il ne nie pas l'existence de réalités sociales et matérielles. Il affirme que nos connaissances sont construites, mais il maintient qu'il est possible d'établir des critères de validité, même si ceux-ci varient selon les situations sociales et les subjectivités impliquées.

Par exemple, dans les sciences sociales, le constructivisme a permis d'explorer des phénomènes comme la construction sociale des catégories de genre. Judith Butler, dans son ouvrage « Gender Trouble » (Butler, 1990), montre comment le genre n'est pas une caractéristique innée, mais une construction sociale produite par des actes répétitifs, socialement et culturellement régulés. Selon Butler, les identités de genre sont le résultat de performances répétées dans les interactions sociales, ce qui signifie que les rôles de genre sont activement construits et reconnus au sein des structures sociales, plutôt que déterminés biologiquement. Cette approche souligne la manière dont les normes sociales sont produites et reproduites dans les interactions quotidiennes, tout en laissant place à leur subversion.

Cependant, cette insistance sur le contexte et la subjectivité soulève parfois des questions concernant la généralisation des résultats. Chaque construction de sens est liée à des contextes particuliers, ce qui rend difficile l'établissement de lois universelles ou de modèles prédictifs.

Malgré ces défis, le constructivisme demeure une approche essentielle dans les méthodologies qualitatives des sciences humaines et sociales. Il influence des cadres théoriques comme l'analyse du discours, l'ethnographie et la théorie critique. Ces cadres cherchent à comprendre comment les savoirs sont façonnés par les contextes sociaux et culturels dans lesquels ils émergent.

Dispositif

> « Par dispositif, j'entends une sorte – disons – de formation qui à un moment donné a eu pour fonction majeure de répondre à une urgence. Le dispositif a donc une fonction stratégique dominante… J'ai dit que le dispositif était de nature essentiellement stratégique, ce qui suppose qu'il s'agit là d'une certaine manipulation de rapports de force, d'une intervention rationnelle et concertée dans ces rapports de force, soit pour les développer dans telle direction, soit pour les bloquer, ou pour les stabiliser, les utiliser. Le dispositif donc est toujours inscrit dans un jeu de pouvoir, mais

> toujours lié aussi à une ou à des bornes de savoir, qui en naissent, mais, tout autant, le conditionnent. C'est ça le dispositif : des stratégies de rapports de force supportant des types de savoir, et supportés par eux. » (Foucault, 1994)

Doula

La doula propose un soutien physique, social et émotionnel pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et la période postnatale. Elle n'a pas de compétences biomédicales et n'est pas habilitée légalement à la pratique de l'accouchement mais peut être présente lors de l'accouchement, en complémentarité de la sage-femme. Le profil de la doula est très varié à travers le monde : compétences acquises via ses propres expériences maternelles ou via une formation, offre de soins contre rémunération ou bénévolement… Dans certains pays, les doulas sont rattachées à des organisations professionnelles incluant des programmes de doula en milieu hospitalier ou communautaire. (Steel et al., 2015)

Emotions de rébellion

(Les « émotions de rébellion » sont un concept original développé dans cette thèse à partir d'un matériau empirique et des épistémologies critiques et féministes)

Je définis les « émotions de rébellion » comme des émotions qui, tout en échappant à la régulation émotionnelle institutionnelle ou sociétale, deviennent des leviers critiques pour transformer les pratiques en maïeutique, depuis l'intérieur du système, parfois dans l'ombre et parfois de manière plus visible. Ce que j'ai identifié comme « émotions de rébellion » se définit ainsi par trois caractéristiques fondamentales :

- Elles échappent aux régulations émotionnelles normatives attendues ;
- Elles expriment un mal-être émotionnel face aux standards dominants et ce mal-être est révélateur de contradictions structurelles et d'injustices systémiques ;
- Elles deviennent motrices d'action, en suscitant des formes concrètes d'actes de résistance contournant ou subvertissant les normes et réinventant les pratiques.

Ainsi, elles s'inscrivent dans un enchevêtrement de tensions professionnelles, normatives et émotionnelles, et contribuent à l'émergence de pratiques mobilisant des savoirs féminins émotionnels, expérientiels ou endogènes, dans un dialogue critique avec les institutions.

	Né inductivement du terrain, ce concept d' « émotions de rébellion » permet d'élargir les approches classiques de la sociologie des émotions en santé (Hochschild, 2012, 2013, 2014; Loriol, 2013; Loriol & Weller, 2002, 2005; Rimé et al., 1991; Rimé & Paez, 2011). Celle-ci a souvent mis l'accent sur le travail émotionnel et les risques d'épuisement professionnel (Dean et al., 2019; Hunter, 2004; Hunter & Warren, 2014; Maslach & Leiter, 2016; Mengistie et al., 2023; Paul et al., 2022; Suleiman-Martos et al., 2020). Ma recherche prolonge ces analyses, mais en renverse partiellement la perspective : les tensions émotionnelles ne sont pas uniquement des signes de surcharge émotionnelle ou de vulnérabilité personnelle ou professionnelle. Elles peuvent aussi devenir des ressources critiques, dévoilant non seulement les failles des politiques de santé ou des systèmes de santé mais déclenchant aussi des gestes de résistance ou des ajustements pratiques à la marge, pour préserver l'humanité du soin.
Enseignante maïeutique	Enseignante sage-femme
Epistémologies du Sud	Les épistémologies du Sud, selon Boaventura de Sousa Santos, désignent un ensemble de savoirs et de perspectives issus des expériences, des luttes et des pratiques des peuples et groupes historiquement marginalisés. Elles mettent en lumière les savoirs produits dans des contextes situés, souvent invisibilisés par les cadres épistémologiques dominants. Ces épistémologies défendent la reconnaissance des savoirs locaux, expérientiels et communautaires comme ressources épistémiques essentielles pour repenser les pratiques sociales et institutionnelles. Ces épistémologies peuvent inclure, selon les contextes, les savoirs des femmes et des sages-femmes. Le « Sud » n'est pas ici géographique, mais épistémologique, représentant un cadre conceptuel critique qui décrit les savoirs souvent ignorés, exclus ou dévalorisés par les épistémologies du « Nord ». Ces dernières, construites par des groupes dominants ayant une position épistémologique privilégiée, valorisent des modèles s'affirmant universels, souvent au détriment de la pluralité des savoirs. Dans cette thèse, ce concept est par exemple mobilisé pour interroger les processus de marginalisation et de résistance des pratiques en maïeutique marginalisées par les savoirs biomédicaux dominants. (De Sousa Santos, 2016)
Epistémologies féministes	Les épistémologies féministes désignent un ensemble de courants de pensée qui analysent comment les inégalités de genre influencent la production, la légitimité et la

diffusion des savoirs. Elles critiquent les normes épistémologiques dominantes en mettant en lumière les biais de genre, tels que l'invisibilisation des savoirs produits par les femmes, l'exclusion des expériences corporelles et émotionnelles de la sphère scientifique, ou encore l'essentialisation des rôles genrés dans la production des connaissances. Elles valorisent les expériences et perspectives des femmes, notamment celles des groupes marginalisés. Les épistémologies féministes incluent diverses approches, allant des perspectives matérialistes et intersectionnelles à celles qui interrogent le rôle du corps, des émotions et du pouvoir dans la production de connaissances. Elles cherchent à redéfinir les normes de validité et de légitimité des savoirs afin de favoriser une connaissance plus inclusive, équitable et critique.

Epistémique/Epistémologique (définitions croisées)

Les termes épistémique et épistémologique renvoient tous deux au domaine des savoirs, mais ils se distinguent par leur objet d'analyse.

- Le registre **épistémique** concerne le contenu des savoirs eux-mêmes : leur reconnaissance, leur légitimité et leur transmission. La question épistémique est celle de : "Qu'est-ce que l'on sait ?" et "Ce savoir est-il reconnu comme valide ?".
- Le registre **épistémologique**, en revanche, s'intéresse aux méthodes et aux processus par lesquels ces savoirs sont produits, validés et légitimés. La question épistémologique est celle de : "Comment sait-on ce que l'on sait ?" et "Selon quels critères et processus un savoir est-il jugé valide ?"

Pour clarifier avec un exemple concret : Prenons une communauté endogène qui connaît les propriétés curatives d'une plante depuis des générations. Si cette connaissance est ignorée par les institutions médicales, il s'agit d'une **injustice épistémique**, car le savoir lui-même n'est pas reconnu.

Si, à l'inverse, les laboratoires pharmaceutiques valident l'efficacité de cette plante et l'intègrent dans des traitements, l'injustice épistémique est levée. Cependant, si les institutions scientifiques ne reconnaissent pas la manière dont la communauté a acquis et transmis ce savoir (par observation empirique, expériences collectives, transmission orale, etc.), il reste une **injustice épistémologique** : le processus de production du savoir endogène est jugé illégitime ou inférieur aux normes scientifiques modernes.

Dans cette thèse, les deux notions sont mobilisées pour analyser la reconnaissance des savoirs en maïeutique et

les processus par lesquels ces savoirs sont produits et marginalisés.
Ainsi, lorsque cette thèse interroge la manière dont les émotions vécues par les sages-femmes peuvent être des ressources pour la production de savoirs, elle engage une réflexion épistémique sur la reconnaissance de ces savoirs émotionnels. Mais lorsqu'elle questionne pourquoi ces savoirs ont été historiquement disqualifiés par les normes scientifiques dominantes, elle engage une réflexion épistémologique sur les critères de légitimité qui structurent la science.
En articulant ces deux concepts de manière complémentaire, cette thèse entend non seulement réévaluer les savoirs historiquement marginalisés en maïeutique, mais aussi mettre en lumière les processus qui continuent à invisibiliser certaines formes de connaissance.

Epuisement émotionnel

Il est considéré comme la première manifestation d'un épuisement professionnel ou « burn out ». Ce phénomène désigne l'épuisement des ressources émotionnelles d'un individu, associé à des sentiments de tension, de fatigue chronique et à un manque de moyens pour faire face au stress. Les personnes éprouvant un épuisement émotionnel se sentent incapables de fournir davantage d'efforts dans leur travail, en raison de la surcharge émotionnelle vécue. (Lheureux et al., 2017, p. 163)

***Evidence-based practice (EBP)* (ou Pratique fondée sur des données probantes)**

> *« Evidence-based practice (EBP) is the conscientious and judicious use of current best evidence in conjunction with clinical expertise and patient values to guide health care decisions. Best evidence includes empirical evidence from randomized controlled trials; evidence from other scientific methods such as descriptive and qualitative research; as well as use of information from case reports, scientific principles, and expert opinion. » (Titler, 2008)*

L'EBP se traduit en français par « pratique fondée sur des données probantes » ou « pratique fondée sur des preuves » (Regnaux et al., 2009).

Femme-patiente

Expression que je propose et que je définis ainsi :
Le terme de femme-patiente désigne une femme confrontée à des situations de santé nécessitant des interactions avec les soignants, en tenant compte à la fois de son identité de genre et de sa place dans le système de soins. Ce concept met en lumière la double dimension de la femme en tant que sujet actif, capable de décisions et d'interactions, et en tant que réceptrice de soins dans un cadre médical souvent normé. La notion de « femme-

patiente » souligne comment ses expériences de santé, son vécu personnel, ses émotions, et sa perception de son propre corps façonnent sa relation avec les soignants et influencent les choix médicaux. Elle invite également à interroger les spécificités liées à son histoire, à son contexte socioculturel, et aux dynamiques de pouvoir qui traversent les pratiques médicales.

Gestante Nom donné à une personne enceinte

Hégémonie L'hégémonie désigne un processus par lequel une idéologie, un savoir ou un système de valeurs s'impose comme norme dominante, non seulement par des moyens coercitifs, mais aussi par des mécanismes de légitimation culturelle et sociale. Selon Antonio Gramsci (Gramsci, 1978), elle repose sur un double mécanisme : d'une part, la contrainte exercée par les structures de pouvoir institutionnelles (gouvernement, système juridique, éducation, médias, professions réglementées) et, d'autre part, le consentement actif ou passif des groupes subordonnés qui finissent par intégrer ces normes comme naturelles ou incontournables.
Dans le domaine des savoirs, l'hégémonie influence la reconnaissance et la transmission des connaissances, en érigeant certains paradigmes en standards scientifiques universels, tout en reléguant d'autres formes de savoirs à la périphérie du champ académique et professionnel. Les institutions académiques, les comités d'expertise et les structures de formation jouent un rôle clé dans ce processus, en établissant des critères de validation qui façonnent durablement les normes de production et de diffusion du savoir.

Hégémonie en maïeutique L'hégémonie en maïeutique désigne la prédominance du modèle biomédical dans l'organisation des soins périnatals, la formation des sages-femmes et l'élaboration des politiques de santé publique. Ce modèle, qui s'est construit sur une logique de médicalisation et de standardisation des pratiques, a contribué à des avancées majeures en matière de sécurité périnatale, notamment en réduisant la mortalité maternelle et infantile grâce à l'application de protocoles fondés sur des données probantes. Toutefois, cette hégémonie tend aussi à marginaliser des formes de savoirs et de soins qui ne s'inscrivent pas pleinement dans ses cadres normatifs, limitant ainsi la reconnaissance institutionnelle de certaines pratiques alternatives.
Dans une perspective gramscienne, cette hégémonie ne repose pas uniquement sur des réglementations

institutionnelles, mais aussi sur une légitimation culturelle et scientifique qui érige certaines pratiques en normes médicales de référence et en disqualifie d'autres en les considérant comme empiriques, insuffisamment validées ou non sécurisées. Elle façonne ainsi les curricula de formation, les critères de validation des connaissances et les pratiques hospitalières, consolidant un modèle hospitalo-centré où la biomédecine et l'expertise médicale occupent une place prépondérante dans la prise en charge des naissances.

Ce processus contribue à invisibiliser certaines pratiques, non pas nécessairement en les interdisant, mais en les rendant difficiles d'accès sur le plan réglementaire et institutionnel. C'est notamment le cas de l'accouchement accompagné à domicile, des maisons de naissance indépendantes du système hospitalier, ou encore des savoirs endogènes de sages-femmes que l'OMS désigne sous le terme d'« accoucheuses traditionnelles ». Ces alternatives, bien que parfois reconnues par des initiatives locales ou des revendications professionnelles, peinent à obtenir une légitimité égale à celle du modèle hospitalier dominant.

L'analyse critique de cette hégémonie ne vise pas à opposer la biomédecine aux savoirs alternatifs, mais à interroger les mécanismes qui conduisent à la standardisation des soins et à la réduction de la pluralité des pratiques en maïeutique.

Heuristique

Ce terme recoupe à la fois les approches pour répondre à une question de recherche et celles permettant de déployer de nouvelles questions de recherche.

> « Ce terme, du grec « heuristikê tekhnê » (…) peut se traduire, en fait, par « l'art de trouver » ou par « l'art de découvrir ». Ce terme qualifierait ainsi tous les outils intellectuels, tous les processus, tous les procédés, mais aussi toutes les approches destinées à favoriser « l'invention dans les sciences ». Cette définition explique les recouvrements (…) avec les différentes déclinaisons structurantes du champ heuristique : Création, Intuition, Créativité et Stratégie d'Innovation. » (Vincent, 2012, p. 32)

Injustice épistémique

Selon Miranda Fricker (Fricker, 2007), forme d'injustice qui se manifeste lorsqu'un individu ou un groupe se voit dénier le droit d'être reconnu comme sujet capable de produire de la connaissance, ou lorsque ses savoirs, témoignages et perspectives sont minimisés, ignorés ou dévalorisés dans les discours et les pratiques dominantes. L'injustice épistémique, telle que développée par Miranda Fricker, survient fréquemment lorsque des savoirs situés,

notamment ceux des minorités ou des groupes marginalisés, sont exclus ou marginalisés dans les processus de production, de validation et de diffusion du savoir. L'injustice épistémique a des conséquences sur la reconnaissance sociale et politique des individus concernés, ainsi que sur la légitimité de leurs voix et de leurs expériences. Elle comprend deux formes principales :

- **L'injustice testimoniale** : lorsque la crédibilité d'un témoignage est injustement dévalorisée, souvent en raison du statut social de l'individu (genre, origine ethnique, classe, etc.) ;
- **L'injustice herméneutique** : lorsqu'un individu ou groupe social est désavantagé parce qu'il ne dispose pas des outils conceptuels nécessaires pour interpréter et communiquer ses propres expériences, ou parce qu'il n'existe pas de langage commun permettant d'en rendre compte.

Justice cognitive

La justice cognitive, selon Shiv Visvanathan et Boaventura De Sousa Santos (De Sousa Santos, 2016; Visvanathan, 1997, 2009, 2016), se concentre sur l'équité dans la reconnaissance et la valorisation des savoirs et des modes de connaissance, notamment ceux issus de groupes marginalisés ou minoritaires. Elle implique la prise en compte de la diversité des modes de connaissance et des façons de comprendre le monde, en reconnaissant que certaines voix et savoirs ont historiquement été ignorés ou dévalorisés. La justice cognitive cherche à rééquilibrer ces inégalités épistémiques, en garantissant que chacun ait la possibilité de contribuer à la production de savoir et de voir ses expériences reconnues et respectées dans les discours dominants.

Justice cognitive en maïeutique

Expression que je propose et que je définis ainsi:
La justice cognitive en maïeutique valorise la diversité des savoirs en maïeutique, en reconnaissant et respectant les connaissances issues de différentes traditions et cultures, telles que les savoirs biomédicaux et les savoirs féminins expérientiels, émotionnels et endogènes. Cependant, cette reconnaissance est encadrée par un cadre éthique rigoureux, refusant de légitimer des pratiques néfastes ou préjudiciables pour la santé ou la dignité des femmes et des sages-femmes ou de toute autre personne. Ce principe promeut un dialogue respectueux entre les différents savoirs, intégrant l'expérience vécue des personnes concernées, et les perspectives des professionnels de différentes traditions médicales. Cela permet d'ouvrir un espace où la pluralité des savoirs est

non seulement reconnue, mais intégrée dans la pratique pour enrichir l'accompagnement des individus.

La Leche League (LLL)

Association internationale de soutien à l'allaitement maternel. Fondée par des mères aux USA en 1956, La Leche League est aujourd'hui présente dans plus de 80 pays (dans la plupart des pays européens, en Amérique du Nord et du Sud, en Asie, en Océanie et dans quelques pays d'Afrique). La Leche League France est une association régie par la loi de 1901 et reconnue d'intérêt général.

Littératie en santé

> « La littératie en santé est reconnue être un élément déterminant de la santé publique. On entend par ce terme la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé. » (Van den Broucke, 2017)

Maïeutique

« La maïeutique est la discipline médicale exercée par les sages-femmes », selon la définition donnée en mars 2010 par la Commission de Terminologie et de Néologie, siégeant auprès du Ministère français de la Santé. Les anglosaxons utilisent le terme de « midwifery ».

Maïeutique émancipatrice

Expression que je propose et que je définis ainsi:
Une « maïeutique émancipatrice » est un cadre de pratiques et de gouvernance qui articule sécurité biomédicale, humanisation des soins, et autodétermination des personnes concernées, en reconnaissant la pluralité des savoirs (biomédicaux, émotionnels, expérientiels, endogènes) comme des ressources légitimes pour penser et organiser la naissance.
Cette proposition vient compléter les recommandations internationales centrées sur la justice sociale par l'introduction d'un second pilier, la justice cognitive. Mais elle s'appuie aussi sur deux apports conceptuels originaux issus de cette recherche : les « émotions de rébellion », en tant que boussoles éthiques et moteurs de subversion des normes, et les « résistances à bas bruit », qui révèlent des résistances discrètes mais transformatrices. Ensemble, ils constituent le socle empirique et théorique d'une « maïeutique émancipatrice ».
Concrètement, une « maïeutique émancipatrice » reposerait sur six principes opératoires :

- **Justice sociale** (déjà promue par les instances internationales) : accès effectif et équitable aux soins reproductifs (PMA, contraception, IVG sécurisé, soins pré-/per-/postnataux) et lutte contre les

discriminations (genre, origine ethnique, statut socio-économique, identité de genre, orientation sexuelle) ;

- **Justice cognitive** (apport original de cette thèse) : reconnaissance et mise en dialogue des savoirs situés, avec des circulations horizontales et des dispositifs concrets de traduction interculturelle ;
- **« Emotions de rébellion », « résistances à bas bruit »** : reconnaissance de ces expressions critiques comme indicateurs d'injustice et comme moteurs de transformation au sein des pratiques ;
- **Pratiques aux marges** : exploration des pratiques alternatives au modèle hospitalier de la naissance (maisons de naissance, accouchement accompagné à domicile, *consultorios ancestrales*[315]*,* etc.) comme des laboratoires de réinvention critique des pratiques ;
- **Autodétermination et autonomie** : information intelligible, consentement libre et éclairé, soutiens matériels et sociaux permettant d'exercer réellement ses choix ;
- **Cadre éthique de non-nuisance** : reconnaissance de la diversité des savoirs sans légitimer des pratiques préjudiciables pour la santé ou la dignité ; évaluation continue ancrée dans les effets vécus.

L'analyse des résistances documentées dans ce manuscrit montre que la mise en œuvre de ces principes suppose certaines conditions : marges organisationnelles, dispositifs de circulation des savoirs féminins émotionnels, expérientiels ou endogènes, volonté minimale de co-gouvernance.

Pour chacun des principes opératoires d'une « maïeutique émancipatrice », cette recherche laisse présager l'importance d'une co-construction d'indicateurs concrets avec les professionnelles, les femmes et les communautés concernées, de façon à en assurer à la fois la pertinence contextuelle et la légitimité. Leur définition précise et leur mise en œuvre demanderaient ainsi à être situées et négociées collectivement dans chaque contexte concerné

Maison de naissance (MDN) / Midwife led birthing center

Les maisons de naissance, telles que définies par l'OMS (WHO et al., 2025), sont des espaces dédiés où les femmes et les nouveau-nés présentant un faible risque de complications reçoivent des soins de qualité, fournis et coordonnés par des sages-femmes. Ces centres offrent principalement des soins intrapartum (accouchement), mais peuvent également inclure des services prénatals, postnatals et de santé sexuelle et reproductive, souvent

[315] *consultorios ancestrales :* voir chapitre 3

	dans le cadre d'un modèle de continuité des soins par les sages-femmes. Les maisons de naissance peuvent être de deux types : • Maisons de naissance autonomes : situées en dehors des hôpitaux, avec la possibilité de référer les femmes et les nouveau-nés à des établissements de niveau supérieur en cas de complications. • Maisons de naissance adjacentes : situées à l'intérieur ou à proximité des hôpitaux, permettant un accès facile aux ressources supplémentaires en cas de complications. Ces centres sont intégrés au système de santé et reposent sur des systèmes de référence solides et une coordination fluide entre les prestataires de soins. Les sages-femmes collaborent avec des spécialistes tels que les obstétriciens et les pédiatres pour garantir des soins interdisciplinaires de qualité.[316]
Méthodologie inductive	Approche de recherche qui consiste à partir des observations, des données empiriques ou des expériences concrètes pour générer des théories, des concepts ou des modèles. Contrairement à l'approche déductive, qui part de théories préexistantes pour tester des hypothèses, la méthodologie inductive privilégie une démarche exploratoire et ouverte, où les savoirs émergent progressivement à partir des faits observés. L'induction est particulièrement utilisée dans les sciences sociales et les recherches qualitatives, où la découverte de nouvelles perspectives ou la construction théorique se fait directement à partir des données collectées.
Méthodologie qualitative	Approche de recherche qui se concentre sur l'analyse des phénomènes sociaux, humains ou culturels en explorant les expériences, perceptions et significations des individus. Elle repose sur la collecte de données empiriques (entretiens, observations, analyses documentaires, etc.), permettant une compréhension approfondie et contextuelle des phénomènes étudiés.
Mortalité infantile	Désigne les décès d'enfants dans la première année de vie (définition OMS).

[316] Le ministère de la santé français les définit ainsi sur son site internet dédié :

> « Les « maisons de naissance » sont des structures autonomes qui, sous la responsabilité exclusive de sages-femmes, accueillent les femmes enceintes dans une approche personnalisée du suivi de grossesse jusqu'à leur accouchement, dès lors que celles-ci sont désireuses d'avoir un accouchement physiologique, moins médicalisée et qu'elles ne présentent aucun facteur de risque connu. »(DGOS, 2024)

Mortalité maternelle	Désigne l'ensemble des décès de femmes liés à la grossesse et survenant durant la grossesse elle-même ou dans les 42 jours suivant la fin de celle-ci, quelle que soit la durée de la grossesse (définition OMS).
Mortalité néonatale	Désigne l'ensemble des décès de nouveau-nés durant les 28 premiers jours de vie (définition OMS).
Mortalité néonatale précoce	Désigne l'ensemble des décès de nouveau-nés avant 7 jours de vie (définition OMS).
Mortalité périnatale	Désigne l'ensemble des enfants nés sans vie en fin de grossesse et des nouveau-nés décédés à moins de 7 jours de vie. Il s'agit donc de la mortinaissance et de la mortalité néonatale précoce. (définition OMS)
Mortinaissance	Désigne l'ensemble des enfants nés sans vie en fin de grossesse (définition OMS). Les enfants nés sans vie sont considérés selon des critères pouvant être différents selon les études et les pays. Certaines études comptabilisent les enfants nés sans vie à partir de 22 semaines de gestation ou ayant un poids équivalent à au moins 500 grammes, d'autres comptabilisent les enfants nés après au moins 28 semaines de gestation et un poids au moins égal à 1000 grammes.
Parturiente	Nom donné à la personne en travail d'enfantement
Pathologisation de la naissance	La pathologisation de la naissance désigne un processus historique et institutionnel qui tend à considérer l'accouchement comme un événement médical intrinsèquement risqué nécessitant une surveillance et des interventions systématiques. Cette approche s'est développée avec l'essor de l'obstétrique moderne, qui, en s'appuyant sur des protocoles standardisés et des technologies biomédicales, a permis une réduction significative de la mortalité maternelle et néonatale (OMS, 2024) Toutefois, cette médicalisation croissante a aussi conduit à une normalisation des pratiques interventionnistes, parfois indépendamment des besoins spécifiques des femmes. (Dumont & Guilmoto, 2020b)
Périnatal	Autour de la naissance
Pernatal	Pendant l'accouchement
Postnatal	Après l'accouchement

Praxis

« Nous appelons praxis ce faire dans lequel l'autre ou les autres sont visés comme êtres autonomes et considérés comme l'agent essentiel du développement de leur propre autonomie. La vraie politique, la vraie pédagogie, la vraie médecine, pour autant qu'elles ont jamais existé, appartiennent à la praxis » (Castoriadis Cornelius, 1975, p. 303)

Prénatal

Pendant la grossesse

Résistance

La résistance désigne l'ensemble des pratiques, actions ou attitudes, individuelles ou collectives, qui s'opposent, détournent ou contestent les mécanismes de pouvoir et de domination. Antonio Gramsci, dans ses *Cahiers de prison* (1929-1935), conceptualise la résistance à travers son analyse de l'« hégémonie culturelle ». Il montre que la domination repose autant sur la coercition que sur des mécanismes idéologiques par lesquels les élites façonnent le consentement des dominés. La résistance, selon lui, consiste en la production de contre-discours et de pratiques culturelles visant à construire une « contre-hégémonie », capable de transformer les normes et les valeurs dominantes. Gramsci insiste sur la nécessité de stratégies collectives et organisées pour contrer cette domination, élargissant ainsi la perspective de la résistance à une échelle systémique (Gramsci, 1978).
Michel Foucault, écrivant plusieurs décennies plus tard *La volonté de savoir (*1976), ne cite pas explicitement Gramsci, mais son analyse des relations de pouvoir et de résistance entre en résonance avec les concepts gramsciens. Foucault affirme que « là où il y a pouvoir, il y a résistance », insistant sur le fait que la résistance est intrinsèque aux relations de pouvoir et qu'elle peut être diffuse ou spectaculaire. Contrairement à Gramsci, Foucault ne privilégie pas les luttes organisées, mais met en lumière les formes diffuses de micro-résistance inscrites dans les pratiques quotidiennes, comme le refus discret de se conformer aux normes ou le détournement des dispositifs de contrôle. Cependant, il reconnaît aussi les résistances collectives et spectaculaires, telles que les révoltes ou insurrections, bien qu'elles soient moins fréquentes. Pour Foucault, la résistance n'est jamais extérieure au pouvoir, mais s'inscrit en tension constante avec lui. (Foucault, 1976, p. 125-126)[317]

[317] « là où il y a pouvoir, il y a résistance (…) celle-ci n'est jamais en position d'extériorité par rapport au pouvoir. Faut-il dire qu'on est nécessairement « dans » le pouvoir, qu'on ne lui « échappe » pas, qu'il n'y a pas, par rapport à lui, d'extérieur absolu, parce qu'on serait immanquablement soumis à la loi ? Ou que, l'histoire étant la ruse de la raison, le pouvoir, lui, serait la ruse de l'histoire – celui qui toujours gagne ? Ce serait méconnaître le caractère

James C. Scott, dans *La domination et les arts de la résistance* (Scott, 2019), s'inspirant indirectement de Foucault, approfondit l'analyse des résistances diffuses en introduisant le concept de «résistances infra-politiques». Ces résistances, souvent invisibles aux yeux des dominants, incluent des pratiques discrètes telles que le sabotage symbolique, le refus silencieux ou les rumeurs. Contrairement à Foucault, qui analyse les micro-résistances comme inhérentes aux relations de pouvoir, Scott insiste sur leur invisibilité stratégique, les considérant comme des tactiques de préservation de la dignité essentielles dans des contextes d'oppression. Là où Gramsci met l'accent sur les transformations idéologiques globales, Scott explore les résistances locales, souvent spontanées et non organisées, qui permettent aux dominés de préserver leur autonomie et leur dignité dans des systèmes de domination.

Dans cette thèse, ces trois approches se complètent pour éclairer la résistance comme un processus dynamique et multiforme. Elle inclut les subversions discrètes et les critiques bruyantes des cadres normatifs en maïeutique. Ces résistances interrogent le pouvoir biomédical dominant et participent à la transformation des pratiques en maïeutique.

Résistance à bas bruit en maïeutique

(Les « résistances à bas bruit en maïeutique » sont un concept original développé dans cette thèse à partir d'un matériau empirique et des épistémologies critiques)

La *résistance à bas bruit en maïeutique* désigne des formes discrètes et subtiles de résistance dans le champ de la maïeutique. Ces résistances s'expriment à travers des gestes, des choix ou des comportements quotidiens par lesquels les sages-femmes ou les femmes-patientes

strictement relationnel des rapports de pouvoir. Ils ne peuvent exister qu'en fonction d'une multiplicité de points de résistance : ceux-ci jouent, dans les relations de pouvoir, le rôle d'adversaire, de cible, d'appui, de saillie pour une prise. Ces points de résistance sont présents partout dans le réseau de pouvoir. Il n'y a donc pas par rapport au pouvoir un lieu du grand Refus – âme de la révolte, foyer de toutes les rébellions, loi pure du révolutionnaire. Mais des résistances qui sont des cas d'espèces : possibles, nécessaires, improbables, spontanées, sauvages, solitaires, concertées, rampantes, violentes, irréconciliables, promptes à la transaction, intéressées, ou sacrificielles ; par définition, elles ne peuvent exister que dans le champ stratégique des relations de pouvoir. Mais cela ne veut pas dire qu'elles n'en sont que le contrecoup, la marque en creux, formant par rapport à l'essentielle domination un envers finalement toujours passif, voué à l'indéfinie défaite. Les résistances ne relèvent pas de quelques principes hétérogènes ; mais elles ne sont pas pour autant leurre ou promesse nécessairement déçue. Elles sont l'autre terme, dans les relations de pouvoir ; elles s'y inscrivent comme l'irréductible vis-à-vis. Elles sont donc, elles aussi, distribuées de façon irrégulière : les points, les nœuds, les foyers de résistance sont disséminés avec plus ou moins de densité dans le temps et l'espace, dressant parfois des groupes ou des individus de manière définitive, allumant certains points du corps, certains moments de la vie, certains types de comportement. Des grandes ruptures radicales, des partages binaires et massifs ? Parfois. Mais on a affaire le plus souvent à des points de résistance mobiles et transitoires, introduisant dans une société des clivages qui se déplacent, brisant des unités et suscitant des regroupements, sillonnant les individus eux-mêmes, les découpant et les remodelant, traçant en eux, dans leur corps et dans leur âme, des régions irréductibles. Tout comme le réseau des relations de pouvoir finit par former un épais tissu qui traverse les appareils et les institutions, sans se localiser exactement en eux, de même l'essaimage des points de résistance traverse les stratifications sociales et les unités individuelles. (…) C'est dans ce champ des rapports de force qu'il faut tenter d'analyser les mécanismes de pouvoir. » (Foucault, 1976, p. 125-126)

adaptent, contournent ou subvertissent discrètement les normes biomédicales dominantes. Souvent sans confrontation directe et invisibles aux yeux des pouvoirs institutionnels, ces pratiques permettent de préserver une marge d'autonomie dans des environnements contraints par des protocoles standardisés.

Ce concept s'appuie sur des travaux de Michel Foucault et James C. Scott. Foucault analyse les micro-résistances comme des pratiques diffuses et non spectaculaires, inscrites dans les relations quotidiennes de pouvoir (Foucault, 1976, p. 125-126). James C. Scott explore les « arts de la résistance » ou les « résistances infra-politiques » comme des tactiques discrètes et stratégiques, permettant aux dominés de préserver leur autonomie sans confrontation ouverte (Scott, 2019). La notion de *résistance à bas bruit en maïeutique* adapte ces cadres pour les inscrire dans un contexte relationnel et pratique spécifique : celui des soins. Elle met en lumière comment les sages-femmes, face aux contraintes des normes biomédicales, mobilisent des savoirs expérientiels, émotionnels, ou contextuels et endogènes pour adapter ou humaniser les protocoles. Elle montre également comment les femmes-patientes, à travers des ajustements subtils ou des formes implicites de refus, participent à ces résistances en affirmant leur autonomie corporelle et décisionnelle.

Ces résistances, bien qu'à bas bruit, participent activement à la réinvention des marges de liberté et de pouvoir dans un champ marqué par des tensions entre standardisation institutionnelle et respect des besoins individuels. En cela, tout comme les résistances plus bruyantes, elles constituent un levier critique pour repenser l'humanisation des pratiques biomédicales et la reconnaissance de la diversité des savoirs en maïeutique.

Sage-femme
(formée en biomédecine selon les standards internationaux de l'ICM)

Selon la définition de la Confédération Internationale des Sages-Femmes, la sage-femme est une professionnelle de santé autonome qui offre des soins aux femmes et à leurs nouveau-nés. Elle favorise les processus naturels de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, tout en tenant compte des dimensions psychosociales et culturelles. Elle collabore avec les femmes, prenant en compte leurs besoins et opinions, tout en les accompagnant dans le renforcement de leurs capacités à prendre soin d'elles-mêmes et de leur famille. En fonction des législations nationales, ses compétences peuvent s'étendre à d'autres domaines de la santé sexuelle et reproductive tels que le suivi gynécologique, la contraception, le dépistage et le traitement des infections

sexuellement transmissibles (IST) ou encore la procréation médicalement assistée (PMA) et l'interruption volontaire de grossesse (IVG). La sage-femme travaille en partenariat avec d'autres professionnels de la santé pour offrir des soins complets, adaptés aux besoins spécifiques de chaque femme. Sa formation, respectant les standards internationaux de la Confédération Internationale des Sages-Femmes, lui permet d'exercer avec des connaissances, des savoir-faire et des savoir-être dans le domaine de la maïeutique.(ICM, 2025)

Sage-femme
(formée selon des savoirs endogènes)

Dans cette thèse, le choix a été fait d'utiliser le terme de sage-femme pour toute accoucheuse, qu'elle soit formée aux soins biomédicaux ou aux soins endogènes. Ce choix relève d'un choix critique quant à la scission instaurée par les instances internationales de santé entre sages-femmes biomédicales et sages-femmes aux savoirs endogènes. En retenant le terme unique de sage-femme, il s'agit de contester cette hiérarchisation issue de l'héritage colonial, de reconnaître la légitimité des savoirs endogènes dans la maïeutique et d'affirmer la pluralité des pratiques d'accompagnement à la naissance dans une perspective de justice cognitive et de décolonisation des savoirs.

La sage-femme aux savoirs endogènes (et n'ayant pas suivi un cursus complet de formation biomédicale en maïeutique tel que défini par l'ICM) est désignée par l'OMS selon les termes d'accoucheuse traditionnelle (AT) / traditional birth attendant (TBA)

> « A traditional birth attendant (TBA) is a person who assists the mother childbirth and initially acquired her skills by delivering babies herself or through apprenticeship to other traditional birth attendants.
>
> A family TBA is a TBA who has been designated by an extended family to attend births in that family.
>
> A trained TBA is a TBA who has received a short course of training through the modern health care sector to upgrade her skills. The period of actual training is normally not more than one month, although this may be spread over a longer time.
>
> Some persons, including family members, may have attended births on occasion but are neither regularly called upon nor expected to assist a birth. These people are not TBAs, although they may become TBAs.
>
> TBAs who undergo extensive training (six months to one year) are then often employed as primary health care workers. They may continue to function as TBAs, delivering babies in their community when asked." (OMS et al., 1992)

	La confédération internationale des sages-femmes déclare que : « Indigenous midwives take a unique approach to health care that is culturally safe, located within the community, and accessible to marginalised populations, and results in improved outcomes for birther and baby.(…) Regulations, formalised education systems, and funding mechanisms continue to favour colonial knowledge systems. Unfortunately, the bio-medical model rarely, if ever, considers Indigenous realities and knowledge.» (International Confederation of Midwives, 2021)
Salles de naissance	Salles où se déroulent les accouchements
Salles de travail	Salles où les parturientes peuvent être installées pendant le travail d'enfantement, avant d'aller en salles de naissance lors de la phase dite d'expulsion ou de poussée. Selon l'organisation des structures de santé, les parturientes peuvent passer de la salle de travail à la salle de naissances à partir de la dernière phase du travail d'enfantement (peu de temps avant la période de poussées et d'expulsion) ou être installées en salles de naissances dès la première phase du travail d'enfantement.
Savoir situé	Concept développé par la philosophe féministe Donna Haraway dans son article Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective (Haraway, 1988), le savoir situé désigne une connaissance produite à partir d'une position spécifique, reconnaissant que tout savoir est ancré dans un contexte social, culturel, historique et corporel. Contrairement à l'idéal d'une objectivité neutre et universelle revendiqué par les sciences modernes, Haraway propose une objectivité partielle, qui reconnaît la perspective et la subjectivité de celui ou celle qui produit le savoir. Le savoir situé valorise les expériences incarnées et les perspectives historiquement marginalisées, en dénonçant les privilèges des savoirs dominants présentés comme universels. Cette approche critique les rapports de pouvoir dans la production des connaissances, soulignant que la reconnaissance des perspectives situées enrichit la compréhension du monde.
Service de suites de naissances/Service de suites de couches	Secteur des maternités où sont hospitalisés les accouchées et les nouveau-nés après la naissance

Silenciation / Silenciation épistémique

Processus par lequel certains groupes (notamment les femmes, les peuples colonisés, les praticiennes subalternes…) sont empêchés de parler, d'être entendus ou de produire des savoirs reconnus comme légitimes. Inspiré des travaux de Kristie Dotson (Dotson, 2011) et de Miranda Fricker (Fricker, 2007) sur les injustices épistémiques, le terme désigne à la fois l'invisibilisation de certaines voix et l'absence de cadre pour les entendre.

Subalterne

> « Ce qui définit les subalternes (notion empruntée au Gramsci des Cahiers de prison), c'est la relation de subordination dans laquelle les élites les tiennent, relation qui se décline en termes de classe, de caste, de sexe, de race, de langue et de culture. » (Pouchepadass, 2000, p. 165)

Travail émotionnel

Le travail émotionnel (Hochschild, 2012) désigne la régulation des émotions réalisée par un individu pour répondre aux attentes organisationnelles. Il ne s'agit pas seulement de ressentir des émotions, mais de les façonner, de les moduler ou de les afficher conformément à ce que prescrit la situation professionnelle. Identifier, réprimer ou exprimer l'émotion socialement attendue devient une tâche à part entière pour la sage-femme, mobilisant énergie et attention (Lhuilier, 2023, p. 2). Ainsi, ce travail de régulation affective est constitutif de l'activité des sages-femmes : il conditionne à la fois la relation aux patientes et la qualité de l'accompagnement (Lartey et al., 2020).

Usure compassionnelle

Désigne la diminution de l'empathie vécue par les professionnels exposés de manière prolongée ou répétée à la souffrance des autres. Elle résulte de l'engagement émotionnel intense dans le soutien, entraînant fatigue, détachement et réduction de la capacité à ressentir de la compassion et à être empathique. (Figley, 1995)

Liste des abréviations

[AAD]	Accouchement Accompagné à Domicile
[AAP]	Appel à projets
[ANA]	Accouchement Non Accompagné
[APAAD]	Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile
[CAP]	Connaissances, Attitudes, Pratiques
[CCU]	Cancer du col de l'utérus
[CIANE]	Collectif Interassociatif autour de la Naissance
[CNGOF]	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
[EI]	Entretien individuel
[EP]	Educatrice paire
[EP-TS]	Educatrice paire travailleuse du sexe
[FG]	Focus Groupe
[HCE]	Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes
[ICM]	International Confederation of Midwives
[IST]	Infection sexuellement transmissible
[JICA]	Japan International Cooperation Agency
[MDN]	Maison de naissance
[OMS]	Organisation Mondiale de la Santé
[ONG]	Organisation Non Gouvernementale
[PMI]	Protection maternelle et infantile
[PPT]	Power Point
[SF]	Sage-Femme
[SIDA]	Syndrome d'immunodéficience acquise
[SSR]	Santé Sexuelle et Reproductive

[TS]	Travailleuse du sexe
[VBG]	Violences basées sur le genre
[VGO]	Violences Gynécologiques et Obstétricales
[VIH]	Virus de l'immunodéficience humaine

Bibliographie

Adam, A., Duplan, K., Gallot, F., Gonzalez-Quijano, L., Roucoux, G., & Valzema, M.-S. (2016). Le sexe sous contrôle médical. Introduction. *Cahiers du Genre*, *60*(1), 5-14. https://doi.org/10.3917/cdge.060.0005

Adams, T., Jones, H., & Ellis, C. (2015). Chapter 1 : Introduction to autoethnography. In *Autoethnography* (p. 1-21). Oxford University Press. https://www.researchgate.net/publication/268809603_Adams_T_Holman_Jones_S_and_Ellis_C_2015_Autoethnography_Chapter_1_Oxford_University_press

Adams, V., Erikson, S., Hales, M., Minn, P., Oni-Orisan, A., Smith-Morris, C., Tichenor, M., Walkover, lily, & Wendland, C. L. (2016). *Metrics : What Counts in Global Health* (Duke University Press). https://www.jstor.org/stable/j.ctv1168c3w

Agence France Presse. (2020, avril 8). *Angoissées par le coronavirus, des Américaines accouchent à domicile*. http://www.loophaiti.com/content/angoissees-par-le-coronavirus-des-americaines-accouchent-domicile

Akpi, É., Vigan, A., Boyi Hounsou, C., Gandaho, M., Houngbo, G., Gryseels, C., Dossou, J.-P., & Delvaux, T. (2023). Effects of COVID-19 pandemic on provision and use of maternal health services in Allada, southern Benin : A local health system perspective. *Frontiers in Public Health*, *11*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1241983

Akrich, M. (2007). Accoucher à domicile ? Comparaison France/Pays-Bas. *La Santé de l'homme*, *391*, 45-47.

Alatas, S. H. (1974). The captive mind and creative development. *International Social Science Journal*, *26*(4), 691-700.

Alkema, L., Chou, D., Hogan, D., Zhang, S., Moller, A.-B., Gemmill, A., Fat, D. M., Boerma, T., Temmerman, M., Mathers, C., & Say, L. (2016). Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to

2030 : A systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*, *387*(10017), 462-474. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7

Anderson, L. (2006). Analytic Autoethnography. *Journal of Contemporary Ethnography*, *35*(4), 373-395. https://doi.org/10.1177/0891241605280449

Andrews, K., Ayers, S., & Williams, L. R. (2022). The experience of fathers during the covid-19 UK maternity care restrictions. *Midwifery*, *113*, 103434. https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103434

ANESF. (2020). *Accouchement Accompagné à Domicile* (p. 13). ANESF. https://anesf.com/wp-content/uploads/2018/08/FT_AAD_PP_20201111.pdf

Angeloff, T., & Gardey, D. (2015). Corps sous emprises. Biopolitique et sexualité au Nord et au Sud. *Travail, genre et societes*, *n° 34*(2), 31-38.

Anguis, M., Bergeat, M., Pisarik, J., Vergier, N., Chaput, H., Monziols, M., Laffeter, Q., Legendre, B., Dixte, C., & Barlet, M. (2021). *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ?* (p. 74). DREES.

APAAD. (2021). *Accouchements accompagnés à domicile en 2020 en France : Evolution et clés pour la pratique* (p. 29). APAAD. https://static1.squarespace.com/static/63d8f8142401b12136336200/t/640705b9be5f34469c3dd283/1679403675878/Rapport-AAD-2020.pdf

APAAD, ANSFL. (2020, mars 25). *Accouchement à domicile dans le cadre de l'épidémie Covid-19*.

Appiah, K. A. (1992). *In My Father's House : Africa in the Philosophy of Culture*. Oxford University Press.

Arditti, R. (2009). Grandmothers of the Plaza de Mayo. In *The International Encyclopedia of Revolution and Protest* (p. 1-2). John Wiley & Sons, Ltd. https://doi.org/10.1002/9781405198073.wbierp0641

Arnal, M. (2016). Soulager les douleurs de femmes lors de l'accouchement. *Genre, sexualité & société*, *16*, Article 16. https://doi.org/10.4000/gss.3870

Asselin, M., & Fain, J. A. (2013). Effect of Reflective Practice Education on Self-Reflection, Insight, and Reflective Thinking Among Experienced Nurses A Pilot Study. *Journal for Nurses in Porfessional Development*, *29*(3), 111-119. https://doi.org/10.1097/NND.0b013e318291c0cc

Association Nationale des Sages-femmes territoriales, Association Professionnelle des Sages-Femmes, Association Française des Sages-Femmes Acupuncteurs, & Association Nationale des Sages-femmes Orthogénistes. (2020, avril 3). *Quatre associations nationales de sages-femmes s'expriment sur la prise en charge des femmes à 17 jours de confinement dû au coronavirus*. https://ordresagesfemmes31.fr/wp-content/uploads/2020/04/Texte-COVID-20_03_29-v11-et-logo.pdf

Auslender, V. (avec Dejours, C., Fleury, C., Godeau, E., Lazimi, G., Lefève, C., Lombart, B., Ménard, I., Sicard, D., Tarragano, O., & Bailly, C.). (2017). *Omerta à l'hôpital : Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*. Paris: Michalon , DL 2017.

Aydın, R., & Aktaş, S. (2021). Midwives' experiences of traumatic births : A systematic review and meta-synthesis. *European Journal of Midwifery*, *5*(July), 1-10. https://doi.org/10.18332/ejm/138197

Ba, I., Sandri, R., Ly Kane, O., & Dieng, M. A. (2014). L'observation du bébé au Sénégal : Entre mauvais œil et mauvaise langue : À Dakar aujourd'hui. *L' Autre (Grenoble)*, *15*(2), 141-152.

Bandini, A. (2018). L'aveuglement volontaire. *Revue philosophique de la France et de l'etranger*, *143*(3), 391-406.

Bantigny, L. (2019). Préface. Coups de théâtre. Scott et le savoir des coulisses. In *La domination et les arts de la résistance* (James C. Scott, p. 9-21). Editions Amsterdam.

Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France; Cairn.info. https://www.cairn.info/l-analyse-de-contenu--9782130627906.htm

Barthe, Y., Callon, M., & Lascoumes, P. (2014). *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique* (Le Seuil). Le Seuil. https://shs-cairn-info.ezproxy.universite-paris-saclay.fr/agir-dans-un-monde-incertain-essai-sur-la-democratie-technique--9782020404327

Barthélémy, P. (2019a). *Africaines et diplômées à l'époque coloniale (1918-1957)*. Presses universitaires de Rennes.

Barthélémy, P. (2019b). Chapitre XVI. Changer les normes. In *Africaines et diplômées à l'époque coloniale (1918-1957)* (p. 209-221). Presses universitaires de Rennes. http://books.openedition.org/pur/102380

Barthélémy, P. (2019c). Chapitre XVI. Changer les normes. In *Africaines et diplômées à l'époque coloniale (1918-1957)* (p. 209-221). Presses universitaires de Rennes. http://books.openedition.org/pur/102380

Bass, J., Fenwick, J., & Sidebotham, M. (2017). Development of a Model of Holistic Reflection to facilitate transformative learning in student midwives. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, *30*(3), 227-235. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.02.010

Baudoin, J. (1989). *Karl Popper* (Presses Universitaires de France).

Bautzer, E. R. (2022, février). Ce que les difficultés, les attentes et les revendications des étudiant.e.s en soins infirmiers et des infirmier.ère.s nous disent des logiques sociales et politiques. *Par-dessus les épaules des stagiaires. Regards sur la profession infirmière et les enjeux sociétaux révélés par une crise sanitaire*. Colloque international multidisciplinaire organisé par le Laboratoire d'Anthropologie Prospective de l'UCL Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique. https://cnrs.hal.science/hal-04254623

Bazirete, O., Hughes, K., Lopes, S. C., Turkmani, S., Abdullah, A. S., Ayaz, T., Clow, S. E., Epuitai, J., Halim, A., Khawaja, Z., Mbalinda, S. N., Minnie, K., Nabirye, R. C., Naveed, R., Nawagi, F., Rahman, F., Rasheed, S. I., Rehman, H., Nove, A., … Homer, C. S. E. (2023). Midwife-led birthing centres in four countries : A case study. *BMC Health Services Research*, *23*(1), 1105. https://doi.org/10.1186/s12913-023-10125-2

Beaudoin, D. (2020, mai 17). Avec la pandémie, les sages-femmes plus sollicitées que jamais | COVID-19 : Tout sur la pandémie. *Radio-Canada*. https://ici.radio-

canada.ca/nouvelle/1703070/avec-la-pandemie-les-sages-femmes-plus-sollicitees-que-jamais

Beauquier-Maccotta, B., Mériot, M. E., Missonnier, S., Shulz, J., Soubieux, M.-J., & Wailly, D. de. (2020). *Le deuil périnatal : Clinique, pratiques et dispositifs thérapeutiques*. Elsevier Health Sciences.

Beck, C. T., LoGiudice, J., & Gable, R. K. (2015). A mixed-methods study of secondary traumatic stress in certified nurse-midwives : Shaken belief in the birth process. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *60*(1), 16-23. https://doi.org/10.1111/jmwh.12221

Becquet, V., Nouaman, M., Plazy, M., Masumbuko, J.-M., Anoma, C., Kouamé, S., Danel, C., Eholié, S., & Larmarange, J. (2019, juillet 31). *Sexual health needs of female sex workers reached by two NGOs in Côte d'Ivoire : Considerations for the future implementation of PrEP [AIDS Impact]*. AIDS Impact, London. http://www.aidsimpact.com/abstracts/-LZFgxedD3IcXCPGWlOB

Bell, S. O., Sheehy, G., Hyacinthe, A. K., Guiella, G., & Moreau, C. (2020). Induced abortion incidence and safety in Côte d'Ivoire. *PLOS ONE*, *15*(5), e0232364. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232364

Berenstain, N., Dotson, K., Paredes, J., Ruíz, E., & Silva, N. K. (2022). Epistemic oppression, resistance, and resurgence. *Contemporary Political Theory*, *21*(2), 283-314. https://doi.org/10.1057/s41296-021-00483-z

Berger, P. L., Luckmann, T., & Peter Berger, T. L. (2018). *La construction sociale de la réalité* (P. Taminiaux & D. Martuccelli, Trad.; [Nouvelle édition]). Armand Colin.

Bergson, H. (1959). Matière et mémoire. In *Oeuvres* (Edition du centenaire). Presses Universitaires de France.

birthrights. (2025). *Access Denied : Restrictions to Home Birth in the UK* (p. 57). birthrights.

Bisch, S., Bernard, C., Rigaux, A., & Berthold, J. (2020). *Rapport d'enquête sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum pendant l'épidémie de Covid-19*. Tou.te.s Contre les Violences Obstétricales et Gynécologiques. http://stop-vog.fr/rapport_enquete_naissance_covid.pdf

Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D. Y., Barros, A. J. D., Barros, F. C., Juan, L., Moller, A.-B., Say, L., Hosseinpoor, A. R., Yi, M., Neto, D. de L. R., & Temmerman, M. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, *392*(10155), 1341-1348. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7

Boetsch, G., Rabino-Massa, E., & Bello, S. (1998). Accouchements et mortalité maternelle à l'Hôtel-Dieu de Marseille au milieu du XIXe siècle. *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris*, *10*(3), 425-441. https://doi.org/10.3406/bmsap.1998.2527

Bohren, M. A., Mehrtash, H., Fawole, B., Maung, T. M., Balde, M. D., Maya, E., Thwin, S. S., Aderoba, A. K., Vogel, J. P., Irinyenikan, T. A., Adeyanju, A. O., Mon, N. O., Adu-Bonsaffoh, K., Landoulsi, S., Guure, C., Adanu, R., Diallo, B. A., Gülmezoglu, A. M., Soumah, A.-M., … Tunçalp, Ö. (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries : A cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *The Lancet*, *394*(10210), 1750-1763. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Coneglian, F. S., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally : A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*, *12*(6), e1001847. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847

Bohren, M., Hofmeyr, G., Sakala, C., Fukuzawa, R., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Issue 7*(Art. No.: CD003766). https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6

Boltanski, L. (avec Chiapello, È.). (2011). *Le nouvel esprit du capitalisme* ([Nouvelle édition avec une] postface inédite.). Paris: Gallimard , DL 2011.

Boston Women's Health Book Collective. (1973). *Our Bodies, Ourselves*. Simon and Schuster.

Bourdeaut, F. (2006). Les émotions dans la relation de soin : Des racines de leur répression aux enjeux de leur expression. *Éthique & Santé*, *3*(3), 133-137. https://doi.org/10.1016/S1765-4629(06)70580-3

Bourdieu, P. (1990). La domination masculine. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, *84*, 2-31. https://doi.org/10.3406/arss.1990.2947

Bousquet, D., Couraud, G., & Collet, M. (2018). *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaitre, prévenir et condamner le sexisme* (Nos. 2018-06-26-SAN-034; p. 164). Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. République française. https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf

Bradfield, Z., Hauck, Y., Homer, C. S. E., Sweet, L., Wilson, A. N., Szabo, R. A., Wynter, K., Vasilevski, V., & Kuliukas, L. (2022). Midwives' experiences of providing maternity care during the COVID-19 pandemic in Australia. *Women and Birth*, *35*(3), 262-271. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.02.007

Brik, M., Sandonis, M. A., Fernández, S., Suy, A., Parramon-Puig, G., Maiz, N., Dip, M. E., Ramos-Quiroga, J. A., & Carreras, E. (2021). Psychological impact and social support in pregnant women during lockdown due to SARS-CoV2 pandemic : A cohort study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *100*(6), 1026-1033. https://doi.org/10.1111/aogs.14073

Brugère, F. (2011). *L'Éthique du « care »* (Humensis). Presses Universitaires de France.

Burawoy, M. (2015). Global Dialogue : An ISA President's Reflections. *International Sociological Association Footnotes*, *43*(3).

Butler, J. (1990). *Gender trouble : Feminism and the subversion of identity*. Routledge.

Butler, J. (2008). *Le Pouvoir des mots : Discours de haine et politique du performatif* (1er édition). Amsterdam.

Caldeira, T. P. do R. (1996). Fortified Enclaves : The New Urban Segregation. *Public Culture*, *8*, 303-328. https://doi.org/0899-236319610802-0006$01 .OO

Caldeira, T. P. do R. (avec Internet Archive). (2000). *City of walls : Crime, segregation, and citizenship in São Paulo*. Berkeley: University of California Press.

Cambrosio, A., & Keating, P. (2003). Qu'est-ce que la biomédecine ? Repères socio-historiques. *médecine/sciences*, *19*(12), Article 12. https://doi.org/10.1051/medsci/200319121280

Carrier, H. (1888). *Origines de la Maternité de Paris : Les maîtresses sages-femmes et l'Office des accouchées de l'ancien Hôtel-Dieu, 1378-1796*. G. Steinheil.

Castañeda (dir.), A. N., Hill (dir.), N., & Searcy (dir.), J. J. (2022). *Obstetric Violence : Realities, and Resistance from Around the World*. Demeter Press. https://doi.org/10.2307/j.ctv2b11ppk

Castoriadis Cornelius. (1975). *L'institution imaginaire de la société* (2e édition revue et corrigée.). Paris: Seuil , DL 1975, Paris: Éditions du Seuil , DL 1975.

Castra, M. (2004). Faire face à la mort : Réguler la « bonne distance » soignants-malades en unité de soins palliatifs. *Travail et Emploi*, *97*, 53-64.

Caudron, O. (2013a). Former les sages-femmes des campagnes : Madame du Coudray, l'Aunis et la Saintonge (1765-1782). *Ecrits d'Ouest*, *n°21*, 17-28.

Caudron, O. (2013b). Former les sages-femmes des campagnes : Madame du Coudray, l'Aunis et la Saintonge (1765-1782). *Ecrits d'Ouest*, *n°21*, 21.

Caumel-Dauphin, F. (2013). La place du père des années 1970 à aujourd'hui. In *Accueillir le nouveau-né, d'hier à aujourd'hui* (p. 185-190). Érès. https://doi.org/10.3917/eres.morel.2013.01.0185

Cellule de crise « Covid19-sage-femme ». (2020, avril 7). *Communiqué aux sages-femmes du 07 avril 2020*. https://www.onssf.org/wp-content/uploads/2020/03/Communiqué-aux-SF_07042020_vd2.pdf

Cesbron, P. (2008). Naître à la vie, en douleur. *Spirale*, *n° 45*(1), 79-98.

Cesbron, P., & Knibiehler, Y. (2004). *La Naissance en Occident*. Albin Michel.

Ceulemans, M., Foulon, V., Ngo, E., Panchaud, A., Winterfeld, U., Pomar, L., Lambelet, V., Cleary, B., O'Shaughnessy, F., Passier, A., Richardson, J. L., Hompes, T., & Nordeng, H. (2021). Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic—A multinational cross-sectional study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *100*(7), 1219-1229. https://doi.org/10.1111/aogs.14092

Chambers, R. (1994). Participatory rural appraisal (PRA) : Analysis of experience. *World Development*, *22*(9), 1253-1268. https://doi.org/10.1016/0305-750X(94)90003-5

Chang, H. (2016). *Autoethnography as Method*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315433370

Chantry, A. A., Sauvegrain, P., Roelens, I., Guiguet-Auclair, C., Goyet, S., & Vendittelli, F. (2019). *Rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance en France.* [Report, CNRS ; INSERM ; AUDIPOG ; Université de Paris]. https://uca.hal.science/hal-04423634

Chapela, M. (2008). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. *Latin American Social Medicine at UNM Digital Repository*. https://digitalrepository.unm.edu/lasm_cucs_es/163

Chapela, M. del C., Cerda, A., & Jarillo, E. (2008). Universidad-Sociedad : Perspectivas de Jaques Derrida y Boaventura de Sousa Santos. *REencuentro. Análisis de Problemas Universitarios*, *52*, 77-86.

Charrier, P. (2007). Des hommes chez les sages-femmes. *Societes contemporaines*, *67*(3), 95-118.

Charrier, P. (2013). Les mutations professionnelles comme soutien de la présence des hommes dans la profession de sage-femme. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, *44*(2), Article 2. https://doi.org/10.4000/rsa.1054

Charrier, P. (2021, novembre 23). « Les hommes sages-femmes sont surreprésentés dans les postes valorisés ». *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/campus/article/2021/11/23/les-hommes-sages-femmes-sont-surrepresentes-dans-les-postes-valorises_6103238_4401467.html

Chauveau, S. (2003). Inventer la biomédecine. La France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965). *La revue pour l'histoire du CNRS*, *9*, Article 9. https://doi.org/10.4000/histoire-cnrs.419

CHU Lille. (2020, mars 24). *Coronavirus. Consignes aux accompagnants*.] https://www.chu-lille.fr/wp-content/uploads/2020/03/Covid-19-Affiche-maternite%CC%81-240320.pdf

CHU Rouen. Maternité Charles Nicolle. (2020, mars 31). *Covid-19 : Présence du père à l'accouchement*. https://maternite.chu-rouen.fr/covid-19-presence-du-pere-a-laccouchement/

Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R., & Fishman, J. R. (2003). Biomedicalization : Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, *68*(2), 161-194.

Clavandier, G., & Charrier, P. (2015a). La naissance en mutation, un enjeu pour la sociologie ? *Recherches familiales*, *12*(1), 165-174.

Clavandier, G., & Charrier, P. (2015b). La naissance en mutation, un enjeu pour la sociologie ? *Recherches familiales*, *12*(1), 165-174. https://doi.org/10.3917/rf.012.0165

CNOSF. (2021, juillet 6). *Pénurie de sages-femmes en maternité : Les patientes et les nouveau-nés en danger - communiqué de presse du 06/07/2021* [Site officiel du CNOSF]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/penurie-de-sages-femmes-en-maternite-les-patientes-et-les-nouveau-nes-en-danger/

CNOSF, ANESF, CNEMA, & CNSF. (2022, octobre 13). *Réforme des études en maïeutique : Une nécessité pour redonner de l'attractivité à la profession*. https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/reforme-des-etudes-en-maieutique-une-necessite-pour-redonner-de-lattractivite-a-la-profession/

Cobbaut, J.-P. (2011). De l'invisibilité à la participation, la désinstitutionnalisation pose la question de la place des personnes vulnérables. *L'observatoire*, *71*. https://revueobservatoire.be/De-l-invisibilite-a-la-participation-la-desinstitutionnalisation-pose-la

Collectif InterAssociatif Autour de la Naissance. (2020, mars 31). Mise au point du Ciane. *CIANE*. https://ciane.net/2020/03/mise-au-point-du-ciane/

Collège Français d'Echographie Fœtale & Collège National des Gynécologues. (2020, mars). *COVID-19 : Communiqué du Collège Français d'Echographie Fœtale (CFEF) et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Recommandations pour la pratique des échographies obstétricales et fœtales pendant la période stade 3 de l'épidémie COVID-19.*

Mars 2020. https://sfip-radiopediatrie.org/wp-content/uploads/2020/03/Recommandations-CFEF-CNGOF-002.pdf

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. (2020a, mars 27). *Assistance des accompagnants à l'accouchement. 27 mars 2020*. https://www.reseaux-perinat-hn.com/wp-content/uploads/2020/04/200327-Accompagnant_SDN_CNGOF.pdf

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. (2020b, avril 27). *Position du CNGOF sur la présence d'un accompagnant en maternité dans le contexte de Covid-19. 27 avril 2020*. www.cngof.fr/coronavirus-go-cngof/apercu?path=COVID-accompagnants-accouchement-2.pdf

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, & Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens Français. (2020, mars 30). *Recommandations du CNGOF et du SYNGOF pour le suivi de grossesse et l'accouchement. 30 mars 2020*. https://syngof.fr/communiques-presse/covid-19-recommandations-du-cngof-et-du-syngof-pour-le-suivi-de-grossesse-et-laccouchement/

Collège National des Sages-Femmes. (2020). *Rapport sur l'évaluation de la santé au travail des sages-femmes en France* (p. 1-50). CNSF.

Collège national des sages-femmes, Conseil national de l'ordre des sages-femmes, Association nationale des sages-femmes libérales, Association nationale des sages-femmes coordinatrices, Union nationale et syndicale des sages-femmes, Organisation nationale syndicale des sages-femmes, & Association nationale des étudiant.e.s sages-femmes. (2020, mars 23). *Covid-19—Communiqué de la Cellule de Crise Sage-Femme. Lundi 23 mars*. https://www.cnsf.asso.fr/communique-de-la-cellule-de-crise-sage-femme-lundi-23-mars/

Conrad, P. (2005). The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, *46*(1), 3-14.

Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, Collège National des Sages-Femmes, Association Nationale des Sages-Femmes Libérales, Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes, Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité, Union Nationale et Syndicale des

Sages-Femmes, & Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales. (2020, mars 27). *Lettre ouverte à Monsieur le Ministre des Solidarités et de la Santé et Monsieur le Directeur Général de la Santé*. https://www.onssf.org/wp-content/uploads/2020/03/Lettre-ouverte-au-ministre-des-SF-du-27-Mars-2020.pdf

Coulon-Arpin, M. (1981). *La maternité et les sages-femmes de la préhistoire au XXe siècle—Tome 1* (Editions Roger Dacosta, Vol. 1).

Coulon-Arpin, M. (1982). *La maternité et les sages-femmes de la préhistoire au XXe siècle—Tome 2* (Editions Roger Dacosta).

Crapanzano, V. (1994). Réflexions sur une anthropologie des émotions. *Terrain. Anthropologie & sciences humaines*, *22*, Article 22. https://doi.org/10.4000/terrain.3089

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex : A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum: Vol. 1989: Iss. 1, Article 8*. http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8

Crowther, S., Maude, R., Bradford, B., Austin, D., Gilkison, A., McAra-Couper, J., & Krisjanous, J. (2021). When Maintaining Relationships and Social Connectivity Matter : The Case of New Zealand Midwives and COVID-19. *Frontiers in Sociology*, *6*. https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.614017

Dageville, C., Casagrande, F., De Smet, S., & Boutté, P. (2011). Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance. *Archives de Pédiatrie*, *18*(9), 994-1000. https://doi.org/10.1016/j.arcped.2011.06.007

Davis, D.-A. (2019). Obstetric Racism : The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing. *Medical Anthropology*, *38*(7), 560-573. https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389

Davis-Floyd, R. (1992). *Birth as an American Rite of Passage*. University of California Press.

De Brouwere, V., Tonglet, R., & Van Lerberghe, W. (1997). *La « maternité sans risque » dans les pays en développement : Les leçons de l'histoire*. ITG Press.

De Sousa Santos, B. (2011). Épistémologies du Sud. *Études rurales*, *187*, Article 187. https://doi.org/10.4000/etudesrurales.9351

De Sousa Santos, B. (2016). *Epistémologies du Sud Mouvements citoyens et polémique sur la science* (Desclée de Brouwer).

De Sousa Santos, B. (2018a). *O Fim do Império Cognitivo. A afirmaçao das espistemologias do Sul* (Almedina).

De Sousa Santos, B. (2018b). Séjour baroque. Sur la pensée post-abyssale. *Artforum*, *56*(10). https://www.artforum.com/features/boaventura-de-sousa-santos-on-postabyssal-thinking-239252/

Dean, W., Talbot, S., & Dean, A. (2019). Reframing Clinician Distress : Moral Injury Not Burnout. *Federal Practitioner*, *36*(9), 400-402.

Deber, R. B., Kraetschmer, N., Urowitz, S., & Sharpe, N. (2005). Patient, consumer, client, or customer : What do people want to be called? *Health Expectations*, *8*(4), 345-351. https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2005.00352.x

Debest, C. (2015). Carrières déviantes. Stratégies et conséquences du choix d'une vie sans enfant. *Mouvements*, *82*(2), 116-122. https://doi.org/10.3917/mouv.082.0116

Delacoux, A. (1834). *Biographie des sages-femmes célèbres, anciennes, modernes et contemporaines*. Paris : Trinquart. http://archive.org/details/BIUSante_23846

Delamont, S. (2009). The only honest thing : Autoethnography, reflexivity and small crises in fieldwork. *Ethnography and Education*, *4*(1), 51-63. https://doi.org/10.1080/17457820802703507

de Lavergne, C. (2007). La posture du praticien-chercheur : Un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches Qualitatives*, *Hors-série*(3), 28-43.

Deleuze, G., & Guattari, F. (1980). *Capitalisme et schizophrénie 2 : Mille plateaux*. Les éditions de minuit.

Delroisse, S. (2015). Le partage social des émotions chez le soignant en oncologie. *Psycho-Oncologie*, *9*. https://doi.org/10.1007/s11839-015-0505-7

Deneffe Dobrzynski, M.-L. (2012). *Organisation communautaire et itinéraires thérapeutiques en santé sexuelle et reproductive. Province de Kwanza Norte (Ambaca, Samba Caju, Lucala, Cazengo). Angola* (p. 98) [Rapport scientifique]. Médecins du Monde.

Deneffe Dobrzynski, M.-L. (2013a). *Accès à la Santé Sexuelle et Reproductive pour les adolescents et les indigènes des quartiers périurbains de Santa Cruz, avec une attention particulière à la prévention et prise en charge des grossesses non désirées et à la réduction des risques liés à l'usage de drogues. Rapport de Mission Exploratoire à Santa Cruz de la Sierra. Bolivie* (p. 46). Médecins du Monde.

Deneffe Dobrzynski, M.-L. (2013b). *Santé sexuelle et reproductive à Antananarivo, Madagascar. Rapport de mission exploratoire* (p. 48). Médecins du Monde.

Deneffe Dobrzynski, M.-L. (2016). *Les déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées : Focus sur la sexualité des adolescent.e.s. District sanitaire de Soubré. Région sanitaire du Gboklé-Nawa-San Pedro. Côte d'Ivoire* [Rapport d'enquête socio-anthropologique]. Médecins du monde, Agence Française pour le Développement. https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2018/09/25/les-determinants-socioculturels-et-communautaires-des-grossesses-non-desirees-district-de-soubre-rci

Deneffe Dobrzynski, M.-L. (2018a). *Santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s et des jeunes à Madagascar. Approche socio-anthropologique* (Rapport scientifique, p. 116). Médecins du monde, Agence Française pour le Développement. https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2018/08/01/sante-sexuelle-et-reproductive-des-adolescentes-et-des-jeunes-madagascar

Deneffe Dobrzynski, M.-L. (2018b). *Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescent.e.s et des Jeunes du camp Rom de Sliven, Bulgarie. Diagnostic socio-culturel suivi de la conception et l'animation d'une formation à destination des médiateurs sanitaires du camp Rom.* (p. 39) [Rapport scientifique]. Médecins du Monde.

Deneffe Dobrzyński, M.-L. (2020). Naissance en temps de Covid 19. *Recherches & éducations*, *HS*, Article HS. https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.11353

Deneffe Dobrzynski, M.-L. (2022). Quelle capacité d'agir est donnée aux adolescentes pour se prémunir des grossesses non désirées et des risques liés aux avortements? In C. Morin, C. Schalck, G. Castiaux, C. Lemay, R. Gagnon, Y. Meyer, & A. Gherissi (Éds.), *Présence à l'international des sages-femmes de la francophonie. Communications des sages-femmes francophones au Congrès ICM 2021* (p. 11-37). L'Harmattan. https://hal.science/hal-04242223

Derrendinger, I. (2024, avril 5). *Débat—Acompagnement périnatal : Avec quel.le.s professionnel.le.s les sages-femmes peuvent-elles collaborer pour répondre aux besoins des usagères ?* [Table-ronde]. Les journées Sages-Femmes du Collège National des Sages-Femmes de France, Beffroi de Montrouge.

Derrida, J. (1970). *De la grammatologie* (Magasin 1 38720; [Nouv. tirage]). Ed. de Minuit.

Derrida, J. (1989). Force De Loi : Le Fondement Mystique De L'Autorité. *Cardozo Law Review*, *11*, 920.

Derrida, J. (1997). *L' écriture et la différence*. Seuil.

Despret, V. (2009). *Penser comme un rat*. Editions Quæ. https://doi.org/10.3917/quae.despr.2009.01

Despret, V. (2015). *Au bonheur des morts*. La Découverte.

Devoldère, J. (Réalisateur). (2023). *Sage-Homme* [Comédie dramatique; Couleur]. Warner Bros.

DGOS. (2024). *Les maisons de naissance*. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-naissance

Dickason, R. (2018). Asclépios, Hygie, Chronos et Poséidon : Le temps et les émotions au cœur du soin. *Management & Prospective*, *35*(4), 45-75. https://doi.org/10.3917/g2000.354.0045

Diguisto, C., Saucedo, M., Kallianidis, A., Bloemenkamp, K., Bødker, B., Buoncristiano, M., Donati, S., Gissler, M., Johansen, M., Knight, M., Korbel, M., Kristufkova, A., Nyflot, L. T., & Deneux-Tharaux, C. (2022). Maternal mortality in eight European countries with enhanced

surveillance systems : Descriptive population based study. *BMJ*, *379*, e070621. https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070621

Divay, S. (2018). La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : Entre réglementation et cooptation. *Sciences sociales et santé*, *36*(1), 39-64. https://doi.org/10.1684/sss.2018.0102

Dorlin, E. (2005). De l'usage épistémologique et politique des catégories de « sexe » et de « race » dans les études sur le genre. *Cahiers du Genre*, *39*(2), 83-105.

Dorlin, E. (2009). *La matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*. La Découverte; Cairn.info. https://www.cairn.info/la-matrice-de-la-race--9782707159052.htm

Dotson, K. (2011). Tracking Epistemic Violence, Tracking Practices of Silencing. *Hypatia*, *26*(2), 236-257.

DREES. (2021). *Médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens : Combien de professionnels à l'horizon 2050 ?* [Site gouvernemental]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/medecins-sages-femmes-chirurgiens-dentistes-et-pharmaciens-combien-de

DREES. (2024). *Démographie des professionnels de santé* [Site gouvernemental]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/

Du Bois, W. E. B. (1903). *The Souls of Black Folk*. Oxford University Press. https://files.libcom.org/files/DuBois.pdf

Dubé, G. (2016). L'autoethonographie, une méthode de recherche inclusive. *Présences, revue trandisciplinaire d'étude des pratiques psychosociales*, *9*. https://www.uqar.ca/app/uploads/2024/06/presences-vol9-2-dube-lautoethnographie-une-methode-de-recherche-inclusive.pdf

Dufoix, S., & Macé, É. (2019). Les enjeux d'une sociologie mondiale non-hégémonique. *Zilsel*, *N° 5*(1), 88-121.

Dumont, A., & Guilmoto, C. Z. (2020a). Trop et pas assez à la fois : Le double fardeau de la césarienne. *Population Societes*, *581*(9), 1-4.

Dumont, A., & Guilmoto, C. Z. (2020b). Trop et pas assez à la fois : Le double fardeau de la césarienne. *Population & Sociétés*, *581*(9), 1-4. https://doi.org/10.3917/popsoc.581.0001

Échène, A. (2010). La participation du père à la naissance..., regard dans l'après-coup de la séparation. *Dialogue*, *190*(4), 147-158. https://doi.org/10.3917/dia.190.0147

El Kotni, M., & Quagliariello, C. (2021). L'injustice obstétricale. Une approche intersectionnelle des violences obstétricales. *Cahiers du Genre*, *71*(2), 107-128. https://doi.org/10.3917/cdge.071.0107

Elias, N. (2012). *La solitude des mourants* (Bourgois).

Ellis, C., & Bochner, A. (2000). "Autoethnography, Personal Narrative, Reflexivity : Researcher as Subject". In *Handbook of qualitative research (2nd edition)* (Norman Denzin and Yvonna Lincoln, p. 733-768). Sage. https://www.researchgate.net/publication/378521020_Autoethnography_Personal_Narrative_Reflexivity_Researcher_as_Subject

Elsevier. (2017). *Gender in the Global Research Landscape. Analysis of research performance through a gender lens across 20 years, 12 geographies, and 27 subject areas* (p. 90). https://www.elsevier.com/insights/gender-and-diversity-in-research/research-landscape-2017

Eri, T. S., Blix, E., Downe, S., Vedeler, C., & Nilsen, A. B. V. (2022). Giving birth and becoming a parent during the COVID-19 pandemic : A qualitative analysis of 806 women's responses to three open-ended questions in an online survey. *Midwifery*, *109*, 103321. https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103321

Escobar, A. (1994). *Encountering Development : The Making and Unmaking of the Third World*. Princeton University Press.

Escobar, A. (2018). *Designs for the pluriverse : Radical interdependence, autonomy, and the making of worlds*. Duke University press.

Evans, J. (1997). Men in nursing : Issues of gender segregation and hidden advantage. *Journal of Advanced Nursing*, *26*(2), 226-231. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997026226.x

Evans, J. (2004). Men nurses : A historical and feminist perspective. *Journal of Advanced Nursing*, *47*(3), 321-328. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03096.x

Evrard, N. (2020, avril 1). *Suivi de grossesse et accouchement : Les gynécos fixent les règles en période épidémique.* Le généraliste.fr. https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2020/04/01/suivi-de-grossesse-et-accouchement-les-gynecos-fixent-les-regles-en-periode-epidemique_322092

Fals Borda, O. (2020). *Décoloniser les sciences sociales. Une anthologie bilingue de textes d'Orlando Fals Borda (1925-2008)* (science et bien commun). https://doi.org/10.5281/zenodo.4383233

Fanon, F. (1952). *Peau noire, Masques blancs* (Œuvres, La Découverte).

Fassin, D. (2022). Vies invisibles, morts indicibles. In *Http://journals.openedition.org/lectures*. Collège de France. https://journals.openedition.org/lectures/57865

Faure, O. (1999). Scarlett Beauvalet-Boutouyrie, Naître à l'hôpital au XIXe siècle, collection Modernités, Paris, Belin, 1999, 432 p. *Cahiers d'histoire*, *44-3*, Article 44-3. https://journals.openedition.org/ch/276

Faure, O. (2012). Missions religieuses, missions médicales et « mission civilisatrice » (xixe et xxe s.) : Un regard décalé. *Histoire et missions chrétiennes*, *21*(1), 5-18. https://doi.org/10.3917/hmc.021.0005

Favereau, E. (2005, août 4). 351 foetus perdus dans les oubliettes de l'administration. *Libération*. https://www.liberation.fr/societe/2005/08/04/351-foetus-perdus-dans-les-oubliettes-de-l-administration_528474/

Favier, C. (2014). Les combats féministes dans le champ de la santé. *Les Tribunes de la santé*, *44*(3), 25-34. https://doi.org/10.3917/seve.044.0025

Fehner, L. (Réalisateur). (2023). *Sages-femmes* [Fiction réaliste; Long-métrage]. Géko Distribution.

Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (p. xxii, 268). Brunner/Mazel.

Fleming, J. R. (1994). What in the world is being done about TBAs? An overview of international and national attitudes to traditional birth attendants. *Midwifery*, *10*(3), 142-147. https://doi.org/10.1016/0266-6138(94)90044-2

Foley, R.-A., & Saraga, M. (2021). Soignants et étudiants face à la mort : Des émotions à écarter. *Anthropologie et Sociétés*, *45(1-2)*, 277-296.

Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité 1 La volonté de savoir*. Gallimard.

Foucault, M. (1977). La vie des hommes infâmes. In *Dits et Ecrits: Vol. tome II (1976-1988)* (1994e éd.). Gallimard.

Foucault, M. (1994). Le jeu de Michel Foucault. In *Dits et écrits* (Gallimard, Vol. 2, p. 299,300).

Foucault, M. (2014). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Gallimard. https://shs.cairn.info/surveiller-et-punir-naissance-de-la-prison--9782070729685

Framer, P. (2004). *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor* (University of California Press). https://www.ucpress.edu/books/pathologies-of-power-2/paper

France-Soir. (2020, mars 31). *Coronavirus : Accoucher à la clinique ou à domicile?* https://www.francesoir.fr/societe-sante/coronavirus-accoucher-la-clinique-ou-domicile

Fraser, N. (2013). *Fortunes of Feminism : From State-Managed Capitalism to Neoliberal Crisis*. Verso Books.

Freedman, L. P. (2005). Achieving the MDGs : Health systems as core social institutions. *Development*, *48*(1), 19-24. https://doi.org/10.1057/palgrave.development.1100107

Freire, P. (2021). *La pédagogie des opprimés* (Agone).

Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice : Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001

Funtowicz, S. O., & Ravetz, J. R. (1994). Uncertainty, complexity and post-normal science. *Environmental Toxicology and Chemistry*, *13*(12), 1881-1885. https://doi.org/10.1002/etc.5620131203

Galková, G., Böhm, P., Hon, Z., Heřman, T., Doubrava, R., & Navrátil, L. (2022). Comparison of Frequency of Home Births in the Member States of the EU Between 2015 and 2019. *Global Pediatric Health*, *9*, 2333794X211070916. https://doi.org/10.1177/2333794X211070916

Galvani, P. (2004). L'exploration des moments intenses et du sens personnel des pratiques professionnelles. *Interactions*, *8*(2), 95-121.

Garcia, F., Hélène, D., Ravache, A.-E., Bitot, T., Chaumon, E., Milanini-Magny, G., & Estryn-Behar, M. (2011). Isolement, parcellisation du travail et qualité des soins en gériatrie. *Activités*, *08*(1), Article 1. https://doi.org/10.4000/activites.2516

Gélinas, É., & Mallé Samb, O. (2021). L'impact d'une intervention d'humanisation des accouchements sur l'expérience de soins des femmes au Sénégal. *Santé Publique*, *33*(5), 695-704. https://doi.org/10.3917/spub.215.0695

Gélis, J. (1976). L'accouchement au XVIII e siècle : Pratiques traditionnelles et contrôle médical. *Ethnologie française*, *6*(3/4), 325-340.

Gélis, J. (1984). *L'arbre et le fruit : La naissance dans l'Occident moderne, XVIe-XIXe siècle*. Fayard.

Gélis, J. (1988a). *La Sage-femme ou Le Medecin : Une nouvelle conception de la vie*. Fayard. https://bibliotheques.paris.fr/jeunesse/doc/SYRACUSE/17531/la-sage-femme-ou-le-medecin-une-nouvelle-conception-de-la-vie

Gélis, J. (1988b). *La sage-femme ou le médecin : Une nouvelle conception de la vie* (Illustrated édition). Fayard.

Gilligan, C. (1982). *Une voix différente, Pour une éthique du care* (édition 2008). Flammarion.

Gilligan, C. (1993). *In a Different Voice : Psychological Theory and Women's Development*. Harvard University Press.

Godechot, O., & Mariot, N. (2004). Les deux formes du capital social :Structure relationnelle des jurys de thèses et recrutement en science politique. *Revue française de sociologie*, *45*(2), 243-282. https://doi.org/10.3917/rfs.452.0243

Goldring, A., Silston, B., Krueger, S., Bendt, J., Loguidice, M., & Wimberger, N. (2021). Tracking emotions and emotion regulation strategies used in a hospital staff cohort during the COVID-

19 pandemic. *European Psychiatry*, *64*(Suppl 1), S291-S292. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.781

Goxe, A. (2003). CALLON (Michel), LASCOUMES (Pierre), BARTHE (Yannick), 2001, Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique, Paris, Le Seuil (collection « La couleur des idées »), 358 pages. *Développement durable et territoires. Économie, géographie, politique, droit, sociologie*. https://doi.org/10.4000/developpementdurable.1316

Gramsci, A. (1978). *Cahiers de prison*. Gallimard.

Grosfoguel, R., & Cohen, J. (2012). Un dialogue décolonial sur les savoirs critiques entre Frantz Fanon et Boaventura de Sousa Santos. *Mouvements*, *72*(4), 42-53.

Gupta, J. K., & Nikodem, V. C. (2017). Position for women during second stage of labour—Gupta, JK - 2003 | Cochrane Library. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Issue 5*. https://doi.org/CD002006

Guzik, E. (2013). Representing Ourselves in Information Science Research : A Methodological Essay on Autoethnography / La représentation de nous-mêmes dans la recherche en sciences de l'information : Essai méthodologique sur l'auto-ethnographie. *Canadian Journal of Information and Library Science*, *37*(4), 267-283.

Habermas, J. (1973). *La technique et la science comme idéologie. Trad. J--R Ladmiral.* (Gallimard).

Hammersley, M. (2016). *Reading Ethnographic Research* (2e éd.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315538457

Haraway, D. (1988). Situated Knowledges : The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, *14*(3), 575-599. https://doi.org/10.2307/3178066

Harding, S. G. (1991). *Whose science ? Whose knowledge ? : Thinking from women's lives* (Salle bleue 165 HAR). Cornell University Press.

Harding, S. G. (1993). Rethinking Standpoint Epistemology : « What Is Strong Objectivity »? In *Feminist epistemologies* (p. 311). Routledge.

HCSP. (2020). Covid-19 : Port du masque chez les femmes qui accouchent. In *Rapport de l'HCSP*. Haut Conseil de la Santé Publique. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=941

Héritier, F. (2003). *Une anthropologie symbolique du corps*. https://doi.org/10.3406/jafr.2003.1339

Herzlich, C. (1976). Le travail de la mort. *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, *n°1*. https://doi.org/10.3406/ahess.1976.293705

Hochschild, A. R. (2012). *The Managed Heart : Commercialization of Human Feeling*. University of California Press. https://doi.org/10.1525/9780520951853

Hochschild, A. R. (2013). Ethique du care et capitalisme émotionnel. In *Contre l'indifférence des privilégiés. A quoi sert le care?* (Carol Gilligan, Joan Tronto, Arlie Hochschild, Joan C. Tronto). Payot.

Hochschild, A. R. (2014). Chaînes de soins mondiales et plus-value émotionnelle. In *La justice, la politique et la famille* (Routledge).

Homer, C. S. E., Davies-Tuck, M., Dahlen, H. G., & Scarf, V. L. (2021). The impact of planning for COVID-19 on private practising midwives in Australia. *Women and Birth*, *34*(1), e32-e37. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.013

Honneth, A. (2013). *La lutte pour la reconnaissance* (Gallimard).

HRP, WHO, UNDP, UNFPA, & Word Bank. (2023). *Self-care interventions for sexual and reproductive health and rights to advance universal health coverage : 2023 joint statement by HRP, WHO, UNDP, UNFPA and the World Bank*. OMS.

Hugon, A. (2004). *Histoire des femmes en situation coloniale—Afrique et Asie XXe siècle* (Page 152, note de bas de page 32). KARTHALA Editions.

Hugon, A. (2016a). *Naître ou ne pas naître à la maison en contexte colonial africain*. Érès. https://www.cairn.info/naitre-a-la-maison--9782749251714-page-171.htm

Hugon, A. (2016b). Naître ou ne pas naître à la maison en contexte colonial africain. La remise en cause des pratiques « traditionnelles » (Gold Coast/Ghana, 1920-1950). In *Naître à la maison* (p. 171-188). Érès; Cairn.info. https://doi.org/10.3917/eres.morel.2016.01.0171

Hugon, A. (2022). Maternité coloniale : Une nouvelle façon d'être mère en Afrique ? In *Encyclopédie d'histoire numérique de l'Europe*. https://ehne.fr/fr/node/21850

Humphreys, M. (2005). Getting Personal : Reflexivity and Autoethnographic Vignettes. *Qualitative Inquiry*, *11*(6), 840-860. https://doi.org/10.1177/1077800404269425

Hunter, B. (2001). Emotion work in midwifery : A review of current knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, *34*(4), 436-444. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01772.x

Hunter, B. (2004). Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*, *20*(3), 261-272. https://doi.org/10.1016/j.midw.2003.12.004

Hunter, B. (2010). Mapping the emotional terrain of midwifery : What can we see and what lies ahead? *International Journal of Work Organisation and Emotion*. https://doi.org/10.1504/IJWOE.2010.032925

Hunter, B., & Warren, L. (2014). Midwives' experiences of workplace resilience. *Midwifery*, *30*(8), 926-934. https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.010

ICM. (2017, révisé 2023). *Declaración de postura El parto en casa*. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2023/07/es_08d_home-birth-.pdf

ICM. (2025). *Définition de la pratique sage-femme*.

IGAS. (2005). *Inspection de la chambre mortuaire de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul* (No. 2005 149). IInspection général des affaires sociales (IGAS).

Illich, I. (2021). Némésis médicale. In *Http://journals.openedition.org/lectures*. Points. https://journals.openedition.org/lectures/54920#

INSERM. (2022). *Enquête nationale périnatale : Résultats de l'édition 2021* (p. 297). Santé Publique France. https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/enquete-nationale-perinatale-resultats-de-l-edition-2021

INSERM, Santé publique France, & DREES. (2022). *Enquête nationale périnatale. Rapport 2021* (p. 297). INSERM. https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2022/10/rapport-2022-v5.pdf

Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE), & ICF. (2019). *Enquête Démographique et de Santé au Bénin, 2017-2018* (p. 675). https://dhsprogram.com/publications/publication-FR350-DHS-Final-Reports.cfm

Institut National de la Statistique-INS et ICF. (2022). *Enquête Démographique et de Santé de Côte d'Ivoire 2021 : Rapport de synthèse*.

International Confederation of Midwives. (2020, mars). *Les droits des femmes doivent être respectés lors de l'accouchement durant la pandémie de coronavirus*. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/news-files/2020/03/french-statement.pdf

International Confederation of Midwives. (2021). *Position statement : Partnership between indigenous and non-indigenous midwives*. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2021/09/ps2021_es_indigenous-and-non-indigenous-midwives.pdf

International Confederation of Midwives. (2024). *Compétences essentielles pour la pratique du métier de sage-femme*. La Haye.

Jacquemin, D., & Cobbaut, J.-P. (2020). Chapitre 17. Soins palliatifs et capacitation du patient : Un enjeu de santé publique pour les institutions. In *Manuel de soins palliatifs* (Vol. 5, p. 276-289). Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.centr.2020.01.0276

Jaffré, Y. (2018a). Ce que les sages-femmes disent de leurs vies, de leur métier et de leurs pratiques de soin. *Santé Publique*, *S1*(HS), 151-166. https://doi.org/10.3917/spub.180.0151

Jaffré, Y. (2018b). Ce que les sages-femmes disent de leurs vies, de leur métier et de leurs pratiques de soin. De la compréhension des logiques d'acteurs à « l'implémentation » des programmes et à l'amélioration des prises en charge obstétricales au Bénin et au Burkina Faso. *Santé Publique*, *HS*(HS), 151-166. https://doi.org/10.3917/spub.180.0151

Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (2003). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Karthala; Cairn.info. https://www.cairn.info/une-medecine-inhospitaliere--9782845863736.htm

Jaggar, A. M. (1989). Love and knowledge : Emotion in feminist epistemology. *Inquiry*, *32*(2), 151-176. https://doi.org/10.1080/00201748908602185

Jaunait, A., & Chauvin, S. (2013). *Intersectionnalité*. Presses de Sciences Po. https://www.cairn.info/dictionnaire-genre-et-science-politique-2013--9782724613810-page-286.htm?ref=doi

Jeamet, A. (2022). Déposséder les soignants pour « reconstruire » l'hôpital public ? Une analyse d'économie politique. *Économie et institutions*, *30-31*, Article 30-31. https://doi.org/10.4000/ei.7318

Jordan, B. (1993). *Birth in four cultures : A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Prospect Heights, Ill. : Waveland Press.

Jul-Larsen, E., Laurent, P.-J., Meur, P.-Y. L., & Léonard, E. (2011). *Une anthropologie entre pouvoirs et histoire : Conversations autour de l'oeuvre de Jean-Pierre Chauveau*. KARTHALA Editions.

Kalina, K., Barma, M., & Lawson, K. Y. (2021). Autocompassion et détresse psychologique chez les infirmiers et sages-femmes au Togo. *Djiboul*, *4*(2), 356-369.

Kane, O. (2003). *Intellectuels non europhones* (p. 71). Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique (CODESRIA).

Kaur, J., & Arora, R. (2025). Employees silence and emotional well-being in hospitals. *International Journal of Health Sciences*. https://doi.org/10.53730/ijhs.v6nS4.10161

Keely, A., Greenfield, M., & Darwin, Z. (2023). "We Should Be Working Together, and It Felt like They Disrupted That" : Pregnant Women and Partners' Experiences of Maternity Care in the First UK COVID-19 Pandemic Lockdown. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(4), Article 4. https://doi.org/10.3390/ijerph20043382

Kéita, A. (1975). *Femme d'Afrique. La vie d'Aoua Kéita racontée par elle-même* (Présence africaine).

Kergoat, D. (2012). *Se battre, disent-elles*. La dispute.

Kirouac, G. (2004). *Cognition et émotions*. Imprensa da Universidade de Coimbra / Coimbra University Press.

Knibiehler, Y. (2016). *Accoucher : Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle* (2e éd). Presses de l'École des hautes études en santé publique.

Kobeissi, K., & Aubert, B. (2014). Le patient, un « client » presque comme les autres... *L'Expansion Management Review*, *154*(3), 51-57. https://doi.org/10.3917/emr.154.0051

Kohn, R. C. (1984). L'observation chez le chercheur et le praticien. *Revue française de pédagogie*, *68*, 104-117. https://doi.org/10.3406/rfp.1984.1569

Kohn, R. C. (2001). Les positions enchevêtrées du praticien-qui-devient-chercheur. In *Mackiewicz M-P (coord.).Praticien et chercheur. Parcours dans le champ social* (L'Harmattan, Vol. 15, p. 15-38).

Kohn, R. C. (2013). 2. Une démarche clinique en recherche. In *Pour une démarche clinique engagée* (p. 25-37). L'Harmattan; Cairn.info. https://www.cairn.info/pour-une-demarche-clinique-engagee--9782343002613-p-25.htm

Kotlar, B., Gerson, E. M., Petrillo, S., Langer, A., & Tiemeier, H. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health : A scoping review. *Reproductive Health*, *18*(1), 10. https://doi.org/10.1186/s12978-021-01070-6

Krauth-Gruber, S. (2009). La régulation des émotions. *Revue électronique de Psychologie Sociale*, *4*.

Lambert, M., Lachal, J., Mansouri, M., Radjack, R., & Moro, M.-R. (2022). Syndrome méditerranéen et monde médical français, un préjugé raciste encore actif. Un parallèle avec l'article sur le « syndrome nord-africain » de Frantz Fanon. *La Revue de Médecine Interne*, *43*(7), 399-401. https://doi.org/10.1016/j.revmed.2022.04.020

Lapierre, S., & Damant, D. (2013). *Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux* (Presses de l'université du Québec).

Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction : Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, *2*(3), 197-207. https://doi.org/10.1016/0149-7189(79)90094-6

Lartey, J. K. S., Osafo, J., Andoh-Arthur, J., & Asante, K. O. (2020). Emotional experiences and coping strategies of nursing and midwifery practitioners in Ghana : A qualitative study. *BMC Nursing*, *19*(1), 92. https://doi.org/10.1186/s12912-020-00484-0

Latour, B. (Réalisateur). (2002, janvier 21). Entretiens avec Bruno Latour diffusés dans l'émission « A voix nue » (No. 1) [Émission]. In *France Culture*. https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/a-voix-nue-bruno-latour/latour-1-8007927

Laufer, S. (2020, mars 19). *Ne pas interdire l'accès aux salles d'accouchement aux futurs papas dû au Covid-19*. Change.org. https://www.change.org/p/chuv-ne-pas-interdire-l-acc%C3%A8s-aux-salles-d-accouchement-aux-futurs-papas-d%C3%BB-au-covid-19

Lavigne Delville, P. (2011). Du nouveau dans la « participation » ? : Populisme bureaucratique, participation cachée et impératif délibératif. In *Jul-Larsen E. (dir.), Laurent P.J. (dir.), Le Meur Pierre-Yves (dir.), Léonard Eric (dir.) Une anthropologie entre pouvoirs et histoire : Conversations autour de l'oeuvre de Jean-Pierre Chauveau* (Karthala, p. 161_188).

Le Breton, D. (2006a). D'une anthropologie des émotions. *Contrastes. Revista internacional de filosofía.* https://doi.org/10.24310/Contrastescontrastes.v0i0.1308

Le Breton, D. (2006b). *La saveur du monde. Une anthropologie des sens*. Éditions Métailié. https://doi.org/10.3917/meta.breto.2006.01

Le Breton, D. (2007). Pour une anthropologie des sens. *VST - Vie sociale et traitements*, *96*(4), 45-53. https://doi.org/10.3917/vst.096.0045

Le Grand, J.-L. (2006). Implexité : Implications et complexité. *Université Paris 8*. https://recherche-action.fr/labo-social/download/M%C3%A9thodologie/Implexit%C3%A9_%20implications%20et%20complexit%C3%A9.pdf

Lemonnier-Lesage, V. (2018). La sage-femme, « vertueuse et experte ». In A. Bellavitis, V. Jourdain, B. Zucca Micheletto, & V. Lemmonier-Lesage (Éds.), *« Tout ce qu'elle saura et pourra faire » :*

Femmes, droits, travail en Normandie du Moyen Âge à la Grande Guerre (p. 171-187). Presses universitaires de Rouen et du Havre. http://books.openedition.org/purh/4072

Lequertier, B., McLean, M. A., Kildea, S., King, S., Keedle, H., Gao, Y., Boyle, J. A., Agho, K., & Dahlen, H. G. (2022). Perinatal Depression in Australian Women during the COVID-19 Pandemic : The Birth in the Time of COVID-19 (BITTOC) Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(9), Article 9. https://doi.org/10.3390/ijerph19095062

Leroy, D. (2021). Transformations intimes et écritures de soi : Auteurisations de femmes migrantes en France. *Nouvelles pratiques sociales*, *32*(2), 130-154. https://doi.org/10.7202/1085516ar

Lévi-Strauss, C. (1962). *La pensée sauvage*. Plon.

Ley de proteccion integral a las mujeres. Articulo 6, Pub. L. No. Ley 26.485 (2009). https://www.argentina.gob.ar/

Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, 92 (2007).

Lheureux, F., Truchot, D., Borteyrou, X., & Rascle, N. (2017). The Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (mbi-Hss) - L'inventaire D'épuisement Professionnel De Maslach – Version Pour Professions Relationnelles : Factor Structure, Wording Effect and Psychometric Qualities of Known Problematic Items. *Le Travail Humain*, *80*(2), 161-186.

Lhuilier, D. (2023). Du travail émotionnel au travail de santé. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, *25-1*, Article 25-1. https://doi.org/10.4000/pistes.7449

Lipsky, M. (2010). Street-Level Bureaucracy : Dilemmas of the Individual in Public Service. *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*, *76*, 1-275. https://doi.org/10.2307/1960475

Liu, X., Chen, M., Wang, Y., Sun, L., Zhang, J., Shi, Y., Wang, J., Zhang, H., Sun, G., Baker, P., Luo, X., & Qi, H. (2020). Prenatal anxiety and obstetric decisions among pregnant women in Wuhan and Chongqing during the COVID-19 outbreak : A cross-sectional study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *127*(10), 1229-1240. https://doi.org/10.1111/1471-0528.16381

LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, 2012-300 (2012).

Loriol, M. (2013). Travail émotionnel et soins infirmiers. *Santé Mentale*, *177*, 60-63.

Loriol, M., & Weller, J.-M. (2002). La prescription des émotions pour les infirmières hospitalières et les volontaires de AIDES : Contrôle de soi et juste distance au malade. *Actes du congrès de la Self*, 316-322.

Loriol, M., & Weller, J.-M. (2005). Contrôle de soi et juste distance au malade. *Santé conjuguée*, *32*, 44-51.

Lourau, R. (1990). Implication et surimplication. *Revue du MAUSS (Mouvement anti-utilitariste dans les sciences sociales)*, *10*, 110-120.

Luccioni, P., & Lyon, U. J.-M. (2009). *« Aspazie » : Une gynécologue d'époque impériale?* 29.

Maiello, S. (2018). Réflexions culturelles autour d'une expérience d'observation du bébé en Afrique du Sud:Le défi de l'applicabilité d'une méthode psychanalytique dans une culture non occidentale. In *Le bébé et son berceau culturel* (p. 119-137). Érès. https://doi.org/10.3917/eres.sandr.2018.01.0119

Mann, K., Gordon, J., & MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education : A systematic review. *Advances in Health Sciences Education*, *14*(4), 595-621. https://doi.org/10.1007/s10459-007-9090-2

Marcus, G. E. (1995). Ethnography in/of the World System : The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology*, *24*, 95-117.

Marfan, A. B. J. (1858-1942) A. du texte. (1906). *Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge (2e édition, revue et corrigée) / par le Dr A.-B. Marfan,...* https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k64687229

Mariño-Narvaez, C., Puertas-Gonzalez, J. A., Romero-Gonzalez, B., & Peralta-Ramirez, M. I. (2021). Giving birth during the COVID-19 pandemic : The impact on birth satisfaction and postpartum depression. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, *153*(1), 83-88. https://doi.org/10.1002/ijgo.13565

Marlier, L., Gaugler, C., Astruc, D., & Messer, J. (2007). La sensibilité olfactive du nouveau-né prématuré. *Archives de Pédiatrie*, *14*(1), 45-53. https://doi.org/10.1016/j.arcped.2006.09.006

Marquet, A. (2020, avril 2). *Coronavirus Covid-19 : Est-ce que la présence des papas est autorisée dans les maternités pendant l'accouchement ?* France Info_France 3 Bourgogne-Franche-Comté. https://france3-regions.francetvinfo.fr/bourgogne-franche-comte/cote-d-or/coronavirus-covid-19-est-ce-que-presence-papas-est-autorisee-maternites-accouchement-1805752.html

Martin-Juchat, F. (2002). Anthropologie du corps communicant. *Anthropologie et Communication : MEI*, *15*. https://hal.univ-grenoble-alpes.fr/hal-01858602

Mashary, V. (2025). Regulatoy Framework and Challenges in the Distribution of Herbal Medicines in Indonesia. *Akrab Juara : Jurnal Ilmu-Ilmu Sosial*, *10*(3), 825-836.

Maslach, C. (1981). Burnout : A Social Psychological Analysis. In *The Burnout Syndrome* (p. 30-53).

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience : Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, *15*(2), 103-111. https://doi.org/10.1002/wps.20311

Massé, R. (2012). Expertises éthiques savantes et profanes en santé publique : Défis et enjeux pour une éthique de la discussion. *Santé Publique*, *24*(1), 49-61. https://doi.org/10.3917/spub.121.0049

Mdinaradze, N. (2021). The Scope of the Right to Give Birth at Home as Reproductive Self-determination In the Legislation of Georgia and the Practice of the European Court of Human Rights. *Law and World*, *7*(19), 92-124. https://doi.org/10.36475/7.4.4

Medina, J. (2013). *The Epistemology of Resistance : Gender and Racial Oppression, Epistemic Injustice, and the Social Imagination*. Oxford University Press.

Méndez-López, M. G. (2013). Autoethnography as a research method : Advantages, limitations and criticisms. *Colombian Applied Linguistics Journal*, *15*(2). https://doi.org/10.14483/udistrital.jour.calj.2013.2.a09

Mengistie, B. A., Azene, Z. N., Haile, T. T., Abiy, S. A., Abegaz, M. Y., Taye, E. B., Alemu, H. N., Demeke, M., Melese, M., Tsega, N. T., & Aragaw, G. M. (2023). Work-related burnout and its associated factors among midwives working at public hospitals in northwest Ethiopia : A multi-centered study. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1256063. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1256063

Merg-Essadi, D. (2010). *Les fonctions réciproques de la mémoire et de l'oubli. L'exemple du travail d'acceptation dans les cas de deuil périnatal*. https://doi.org/10.3406/revss.2010.1324

Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard.

Merleau-Ponty, M. (1966). *Sens et non-sens* (nouvelle édition). Gallimard.

Mignolo, W. D. (2009). Epistemic Disobedience, Independent Thought and Decolonial Freedom. *Theory, Culture & Society*, *26*(7-8), 159-181. https://doi.org/10.1177/0263276409349275

Ministère de la femme, de la famille et de l'enfant. (2020). *Enquête sur la violence faite aux enfants et aux jeunes en Côte d'Ivoire. Résumé des résultats de l'enquête* (p. 28). République de Côte d'Ivoire. https://www.famille.gouv.ci/public/documents/publication/RESUME_RAPPORT_VACS-CI_112020-1-1.pdf

Ministère de la santé du Bénin. (2023). *Priorisation et carte des soins obstétricaux et néonatals d'urgence au Bénin. Rapport technique* (p. 119). UNFPA. https://benin.unfpa.org/fr/publications/priorisation-et-cartes-des-soins-obstetricaux-et-neonatals-durgence-au-b%C3%A9nin-rapport

Ministère du Plan et du Développement, Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE), & Cotonou, Bénin. (2019). *Enquête Démographique et de Santé. Bénin. 2017-2018*. https://instad.bj/images/docs/insae-statistiques/enquetes-recensements/EDS/2017-2018/1.Benin_EDSBV_Rapport_final.pdf

Ministerio de Salud de Peru, & Plataforma digital única del Estado Peruano. (2020, août 24). *Novedosos arcos evitan contagios de Covid-19 durante la atención de partos en el Instituto Nacional Materno Perinatal* [Plataforma digital única del Estado Peruano]. Plataforma digital

única del Estado Peruano. https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/295458-novedosos-arcos-evitan-contagios-de-covid-19-durante-la-atencion-de-partos-en-el-instituto-nacional-materno-perinatal

Ministerio de Salud Pública Ecuador. (2008). *Guía Técnica para la Atención del Parto culturalmente adecuado*. https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/guia-tecnica-para-la-atencion-del-parto-culturalmente-adecuado-ecuador

Missonnier, S. (2007). Enjeux de la création de maisons de naissance dans le contexte français. *Spirale - La grande aventure de bébé*, *41*(1), 61-74. https://doi.org/10.3917/spi.041.0061

Mittelbach, J., & Albuquerque, G. S. C. de. (2022). A pandemia de Covid-19 como justificativa para ações discriminatórias : Viés racial na seletividade do direito a acompanhante ao parto. *Trabalho, Educação e Saúde*, *20*, e00332163. https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00332

Molénat, F. (2007). Le tournant du Plan Périnatalité 2005-2007. *Contraste*, *26*(1), 127-135. https://doi.org/10.3917/cont.026.0127

Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. La dispute.

Morel, C. (2018). *Les sages-femmes vues par les femmes : Représentation du métier de sage-femme dans la population féminine française : étude réalisée auprès de 104 femmes à Metz de septembre à décembre 2017* (p. PPN : 235945552) [Other, Université de Lorraine]. https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870421

Morel, M.-F. (2018). Naître à la maison d'hier à aujourd'hui. *Travail, genre et societes*, *39*(1), 193-199.

Mosbah-Natanson, S., & Gingras, Y. (2013). The globalization of social sciences ? Evidence from a quantitative analysis of 30 years of production, collaboration and citations in the social sciences (1980–2009). *Current Sociology*, *62-5*, 626-646. https://doi.org/10.1177/0011392113498866

Mudimbe, V.-Y. (1988). *L'invention de l'Afrique*. Présence africaine.

Narme, P. (2018, juin 1). *Épuisement professionnel des soignants en Ehpad : Rôle de l'empathie et de la formation. | Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement | EBSCOhost*. https://doi.org/10.1684/pnv.2018.0735

Nau, J.-Y. (2005). Foetus conservés dans un hôpital parisien : Premier verdict des autorités. *Rev Med Suisse*, *039*, 2555-2555.

Negrié, L., & Cascales, B. (2023). *L'accouchement est politique. Fécondité, femmes en travail § institutions* (Editions Ici-bas).

Neshastesaz Kashi, H., Goharinezhad, S., Soleimanpour, S., & Mohammadi, A. H. (2024). Mapping student engagement in health professions education policy and decision-making : A scoping review. *BMC Medical Education*, *24*(1), 325. https://doi.org/10.1186/s12909-024-05283-8

Nespoli, A., Ornaghi, S., Borrelli, S., Vergani, P., & Fumagalli, S. (2022). Lived experiences of the partners of COVID-19 positive childbearing women : A qualitative study. *Women and Birth*, *35*(3), 289-297. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.07.006

Nietzsche, F. (1887). *La généalogie de la morale* (Le livre de poche, Vol. 1-1). Librairie Générale Française.

Norton, A., Wilson, T., Geller, G., & Gross, M. S. (2020). Impact of Hospital Visitor Restrictions on Racial Disparities in Obstetrics. *Health Equity*, *4*(1), 505-508. https://doi.org/10.1089/heq.2020.0073

Olivier de Sardan, J.-P. (1990). Populisme développementiste et populisme en sciences sociales : Idéologie, action, connaissance. *Cahiers d'Études africaines*, *30*(120), 475-492. https://doi.org/10.3406/cea.1990.1594

Olsen, O., & Clausen, J. A. (2023). Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *3*(3), CD000352. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000352.pub3

OMS. (2014). *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins*. https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-RHR-14.23

OMS. (2018). *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement. Transformer les soins des femmes et des nourrissons pour améliorer leur santé et leur bien-être*. OMS.

OMS. (2019). *Delivered by women, led by men : A gender and equity analysis of the global health and social workforce*. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/311322

OMS. (2022). *Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement* (p. 230). Organisation mondiale de la Santé. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365337/9789240065406-fre.pdf?sequence=1

OMS. (2024, janvier 23). *Accélération des efforts entrepris pour réduire la mortalité maternelle, néonatale et de l'enfant et atteindre les cibles 3.1 et 3.2 des ODD*. Organisation mondiale de la Santé. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB154/B154_CONF4-fr.pdf

OMS, ICM, & FIGO. (2005). *Pour une grossesse à moindre risque : Le rôle capital de lα accoucheur qualifié : une déclaration conjointe OMS, ICM, FIGO*. Organisation mondiale de la Santé. https://apps.who.int/iris/handle/10665/43169

OMS, UNFPA, & UNICEF. (1992). *Traditional Birth Attendants*. WHO Library Cataloguing in Publication Data. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/38994/9241561505.pdf?sequence=1

OMS.Bureau régional de l'Afrique. (2021). *World patient safety day goals 2021-2022 : Safe maternal and newborn care*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/345254

ONU. (2020). *Rapport sur les objectifs de développement durable 2020* (p. p29). ONU. https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/

Organisation Mondiale de la Santé. (2014). *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins. Déclaration de l'OMS*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134589/WHO_RHR_14.23_fre.pdf?sequence=1

Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience* (p. 172). Organisation mondiale de la Santé. https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241549912

Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*. Organisation mondiale de la Santé. https://iris.who.int/handle/10665/259584

Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement* (p. 238). https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241550215

Organisation Mondiale de la Santé. (2020, mars 18). *Questions-réponses sur la COVID-19, la grossesse, l'accouchement et l'allaitement*. https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-pregnancy-and-childbirth

Organisation Mondiale de la Santé. (2022). *Health and care workforce in Europe : Time to act* (p. 205). World Health Organization. https://www.who.int/europe/fr/news/item/14-09-2022-ticking-timebomb--without-immediate-action--health-and-care-workforce-gaps-in-the-european-region-could-spell-disaster

Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes. (2020, juin). *Ségur de la Santé. Contribution de l'organisation nationale syndicale des sages-femmes.* https://www.onssf.org/wp-content/uploads/2020/06/202006_SEGUR_ONSSF.pdf

Ouest-France, N. (2020, avril 3). *Coronavirus. La polyclinique de Nancy autorise de nouveau les accompagnants en salle d'accouchement*. Ouest-France.fr. https://www.ouest-france.fr/sante/virus/coronavirus/coronavirus-la-polyclinique-de-nancy-autorise-de-nouveau-les-accompagnants-en-salle-d-accouchement-6799416

Pacheco, F., Sobral, M., Guiomar, R., de la Torre-Luque, A., Caparros-Gonzalez, R. A., & Ganho-Ávila, A. (2021). Breastfeeding during COVID-19 : A Narrative Review of the Psychological Impact on Mothers. *Behavioral Sciences*, *11*(3), Article 3. https://doi.org/10.3390/bs11030034

Paul, N., Limprecht-Heusner, M., Eichenauer, J., Scheichenbauer, C., Bärnighausen, T., & Kohler, S. (2022). Burnout among midwives and attitudes toward midwifery : A cross-sectional study from Baden-Württemberg, Germany. *European Journal of Midwifery*, *6*(July), 1-12. https://doi.org/10.18332/ejm/150582

Peiretti-Courtis, D. (2021a). *Corps noirs et médecins blancs*. La Découverte. https://www.cairn.info/corps-noirs-et-medecins-blancs--9782348045011.htm

Peiretti-Courtis, D. (2021b). *Corps noirs et médecins blancs. La fabrique du préjugé racial, XIXe-XXe siècles*. La Découverte; Cairn.info. https://www.cairn.info/corps-noirs-et-medecins-blancs--9782348045011.htm

Perrin, R. (2023a). Au tribunal des femmes enceintes. Enquête sur les pratiques d'interruption médicale de grossesse pour détresse psychosociale. *Revue française des affaires sociales*, *2*, 107-129. https://doi.org/10.3917/rfas.232.0107

Perrin, R. (2023b). L'ethnographie comme travail émotionnel : Une enquête de terrain sur l'avortement. *Genèses*, *132*(3), 97-115. https://doi.org/10.3917/gen.132.0097

Piaget, J. (2012). *La psychologie de l'intelligence*. Armand Colin.

Pigeard-Micault, N. (2013). " Nature féminine " et doctoresses (1868-1930). *Histoire, médecine et santé*, *3*, Article 3. https://doi.org/10.4000/hms.507

Pilkington, H., Blondel, B., Drewniak, N., & Zeitlin, J. (2012). Choice in maternity care : Associations with unit supply, geographic accessibility and user characteristics. *International Journal of Health Geographics*, *11*, 35. https://doi.org/10.1186/1476-072X-11-35

Piquemal, A., Reingewirtz, S., & Zantman, F. (2021, juillet). *L'évolution de la profession de sage-femme. Rapport IGAS N°2021-022R*. Inspection générale des affaires sociales. République Française. https://igas.gouv.fr/L-evolution-de-la-profession-de-sage-femme

Platon (avec Brisson Luc). (2023). *Oeuvres complètes* (Nouvelle édition revue et corrigée.). Paris: Flammarion , DL 2023.

Poeschl, G. (2003). Inégalités sexuelles dans la mémoire collective et représentations des différences entre les sexes. *Connexions*, *80*(2), 105-124. https://doi.org/10.3917/cnx.080.0105

Popper, K. (1979). *La Société Ouverte et ses ennemis* (Seuil).

Pouchepadass, J. (2000). Les Subaltern Studies ou la critique postcoloniale de la modernité. *L'Homme*, *156*, 161-186. https://doi.org/10.4000/lhomme.75

Proust, M. (1919). *Du côté de chez Swann* (Gallimard).

Prüss, A., Emmanuel, J., Stringer, R., Pieper, U., Townend, W., Wilburn, S., Chantier, Y., & World Health Organization. (2014). *Safe management of wastes from health-care activities* (2nd ed.). World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/85349

Puech, F. (2007). L'organisation autour de la grossesse et de la naissance. *Actualité et dossier en santé publique*, *61/62*, 35-57.

Quijano, A. (1992). Colonialidad y modernidad/racionalidad. *Perú Indígena*, *13*(29), 11-20.

Quijano, A. (2007). « Race » et colonialité du pouvoir. *Mouvements*, *51*(3), 111-118.

Quiroz, L. (2021). Naître dans les Andes. Circulation des savoirs obstétricaux et colonialité du savoir dans le Pérou du XIXe siècle. *Bulletin de l'Institut Pierre Renouvin*, *52*(1), 11-18.

Quiroz-Pérez, L. (2014a). Benoîte Cadeau-Fessel et la naissance de la profession de sage-femme. *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, *40*, Article 40. https://doi.org/10.4000/clio.12169

Quiroz-Pérez, L. (2014b). Benoîte Cadeau-Fessel et la naissance de la profession de sage-femme. Pérou, xixe siècle. *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, *40*, Article 40. https://doi.org/10.4000/clio.12169

Quiroz-Pérez, L. (2014c). Des femmes dans la cité : Les sages-femmes péruviennes du XIXe siècle. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos. Nouveaux mondes mondes nouveaux - Novo Mundo Mundos Novos - New world New worlds*. https://doi.org/10.4000/nuevomundo.66613

Quisaguana Mora, A. P. (2012). *Politización de lo étnico y el género : El parto culturalmente adecuado y la construcción de sujetos* [Tesis de maestria, Quito : FLACSO Sede Ecuador]. http://repositoriointerculturalidad.ec/jspui/handle/123456789/3749

Qutoshi, S. B. (2015). Auto/ethnography : A Transformative Research Paradigm. *Dhaulagiri Journal of Sociology and Anthropology*, *9*. https://doi.org/10.3126/dsaj.v9i0.14027

Radio Télévision Suisse. (2020, mars 24). Hausse des accouchements à domicile en raison de la pandémie de Covid-19. *RTS*. https://www.rts.ch/info/suisse/11191496-hausse-des-accouchements-a-domicile-en-raison-de-la-pandemie-de-covid19.html

Raso, A. (2020, juillet 31). Ségur de la santé : « oubliées et méprisées », les sages-femmes de l'hôpital de Haguenau se mobilisent - France Bleu. *ici par France Bleu et France 3*.

https://www.francebleu.fr/infos/economie-social/segur-de-la-sante-oubliees-et-meprisees-les-sages-femmes-de-l-hopital-de-haguenau-se-mobilisent-1596034807

Regnaux, J.-P., Guay, V., & Marsal, C. (2009). Evidence based practice ou la pratique basée sur les preuves en rééducation. *Kinésithérapie, la Revue*, *9*(94), 55-61. https://doi.org/10.1016/S1779-0123(09)70037-3

République de Côte d'Ivoire, ONUSIDA, Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, & Expertise France. (2020). *Plan stratégique national de lutte contre le VIH, le SIDA et les infections sexuellement transmissibles 2021-2025*. République de Côte d'Ivoire. https://www.pnlsci.com/wp-content/uploads/2022/06/psn-2021-2025-150620-table-de-matiere-revue-liste-de-presenence-01042022.pdf

Reynaud-Paligot, C. (2020a). Anthropologie raciale et savoirs biologiques. *Arts et Savoirs*. https://journals.openedition.org/aes/2836

Reynaud-Paligot, C. (2020b). Anthropologie raciale et savoirs biologiques. *Arts et Savoirs*. https://doi.org/10.4000/aes.2836

Ridde, V., Fillol, A., Kirakoya-Samadoulougou, F., & Hane, F. (2023). Agir pour une décolonisation de la santé mondiale en France… et ailleurs. *Santé Publique*, *35*(2), 109-113. https://doi.org/10.3917/spub.232.0109

Riessman, C. K. (1993). *Narrative Analysis* (Vol. 30). Sage publications.

Rimé, B., Mesquita, B., Boca, S., & Philippot, P. (1991). Beyond the emotional event : Six studies on the social sharing of emotion. *Cognition and Emotion*, *5*(5-6), 435-465. https://doi.org/10.1080/02699939108411052

Rimé, B., & Paez, D. (2011). Chapitre 4. L'empathie dans le partage social de l'émotion : Processus individuels et processus collectifs. In P. Attigui & A. Cukier (Éds.), *Les paradoxes de l'empathie : Philosophie, psychanalyse, sciences sociales* (p. 281-295). CNRS Éditions. https://doi.org/10.4000/books.editionscnrs.17292

Rochebrochard, E. de L., Mazuy, M., Becquet, V., & Rozée, V. (2020, mai 6). IVG, grossesse, accouchement : Quand la crise sanitaire menace les droits des femmes. *The Conversation*.

http://theconversation.com/ivg-grossesse-accouchement-quand-la-crise-sanitaire-menace-les-droits-des-femmes-137625

Rousseau, A., Baumann, S., & Gaucher, L. (2020). *Rapport Enquête Covid-SF* (p. 39). UVSQ, CNSF. https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2020/06/Rapport-Etude-Covid-SFVF-1.pdf

Royal College of Midwves. (2022, mai 26). *Midwife numbers now lower than at the last general election says RCM*. RCM. https://pre.rcm.org.uk/media-releases/2022/may/midwife-numbers-now-lower-than-at-the-last-general-election-says-rcm/

Ruiz Berdún, M. D. (2014). La enseñanza de la obstetricia en el Real Colegio de Cirugía de San Carlos : La cátedra de partos. *Medicina e Historia. Revista de estudias historicos de las ciencias de la salud*, *N°1*, 22-35.

Sage Pranchère, N. (2020, juin 22). *Les sages-femmes en Europe mi-XVIIIe-XXIe siècles* [EHNE Sorbonne Université]. Encyclopédie d'histoire numérique de l'Europe. https://ehne.fr/fr/node/12476

Salzmann-Erikson, M. (2024). A scoping review of autoethnography in nursing. *International Journal of Nursing Sciences*, *11*(5), 586-594. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2024.10.002

Sambiéni, E. N. (2016). *La maternité en souffrance. Socialisation et médicalisation de l'enfantement au nord-ouest du Bénin* (L'Harmattan). https://www.editions-harmattan.fr/catalogue/livre/la-maternite-en-souffrance/24998

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *4*(4), CD004667. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5

Sapio, G. (2018). Du film Tutto parla di te (2012) d'Alina Marazzi au webdocumentaire Tutto parla di voi (2013). De la stigmatisation à la resignification du baby blues. In Claire Chatelet, Amanda Rueda & Julie Savelli, *Formes audiovisuelles connectées. Pratiques de création et expériences spectatorielles* (Presses Universitaires de Provence, p. 129-139).

Sardan, J.-P. O. de. (2001). La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest. *Autrepart*, *20*(4), 61-73. https://doi.org/10.3917/autr.020.0061

Saucedo, M., & Deneux-Tharaux, C. (2024). Mortalité maternelle en France, 2016–2018, fréquence, causes et profil des femmes. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, *52*(4), 185-200. https://doi.org/10.1016/j.gofs.2024.02.020

Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A.-B., Daniels, J., Gülmezoglu, A. M., Temmerman, M., & Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death : A WHO systematic analysis. *The Lancet. Global Health*, *2*(6), e323-333. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X

Schaal, B., Quichon, R., Hertling, H. M. E., Bolzoni, D., & Moyse, A. (1980). Les stimulations olfactives dans les relations entre l'enfant et la mère. *Reproduction Nutrition Développement*, *20*(3B), 843-858.

Schantz, C. (2021). Biomédicalisation massive de l'accouchement au Cambodge après 150 ans de résistance. *Moussons. Recherche en sciences humaines sur l'Asie du Sud-Est*, *38*, Article 38. https://doi.org/10.4000/moussons.8023

Schantz, C., Aboubakar, M., Traoré, A. B., Ravit, M., de Loenzien, M., & Dumont, A. (2020). Caesarean section in Benin and Mali : Increased recourse to technology due to suffering and under-resourced facilities. *Reproductive Biomedicine & Society Online*. https://doi.org/10.1016/j.rbms.2019.12.001

Schantz, C., Baxerres, C., & Aboubakar, M. (2022). Humaniser l'accouchement au Bénin ? Retour sur l'échec d'un projet de la coopération japonaise. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, *24*, Article 24. https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.11560

Schantz, C., Rozée, V., & Molinier, P. (2021). Introduction. Les violences obstétricales, un nouvel axe de recherche pour les études de genre, un nouveau défi pour le soin et la société. *Cahiers du Genre*, *71*(2), 5-24. https://doi.org/10.3917/cdge.071.0005

Schlumbohm, J. (2002). Comment l'obstétrique est devenue une science. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, *143*(1), Article 1. https://doi.org/10.3406/arss.2002.2851

Schmaling, K. B., & Gallo, S. A. (2023). Gender differences in peer reviewed grant applications, awards, and amounts : A systematic review and meta-analysis. *Research Integrity and Peer Review*, *8*(1), 2. https://doi.org/10.1186/s41073-023-00127-3

Schwartz, S., Papworth, E., Thiam-Niangoin, M., Abo, K., Drame, F., Diouf, D., Bamba, A., Ezouatchi, R., Tety, J., Grover, E., & Baral, S. (2015). An Urgent Need for Integration of Family Planning Services Into HIV Care : The High Burden of Unplanned Pregnancy, Termination of Pregnancy, and Limited Contraception Use Among Female Sex Workers in Côte d'Ivoire. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *68*, S91. https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000448

Scott, J. C. (2019). *La domination et les arts de la résistance. Fragments du discours subalterne*. Editions Amsterdam.

Semaan, A., Banke-Thomas, A., Amongin, D., Babah, O., Dioubate, N., Kikula, A., Nakubulwa, S., Ogein, O., Adroma, M., Anzo Adiga, W., Diallo, A., Diallo, L., Cellou Diallo, M., Maomou, C., Mtinangi, N., Sy, T., Delvaux, T., Afolabi, B. B., Delamou, A., … Benova, L. (2022). 'We are not going to shut down, because we cannot postpone pregnancy' : A mixed-methods study of the provision of maternal healthcare in six referral maternity wards in four sub-Saharan African countries during the COVID-19 pandemic. *BMJ Global Health*, *7*(2), e008063. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-008063

Sestito, R. (2017). Faire naître à la maison en France. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, *15*, Article 15. https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2798

Sestito, R. (2023). Politique de planification familiale, pratiques de stérilisation et hiérarchisation sociale en Iran. *Genre, sexualité & société*, *Hors-série n° 4*, Article Hors-série n° 4. https://doi.org/10.4000/gss.7971

Simpson, R. (2004). Masculinity at Work : The Experiences of Men in Female Dominated Occupations. *Work, Employment and Society*, *18*(2), 349-368. https://doi.org/10.1177/09500172004042773

Skinner, P. (2004). Monica H. Green, éd. Trad. —The Trotula. A Medieval Compendium of Women's Medicine. Philadelphie, Univ. Of Pennsylvania Press, 2001 (The Middle Ages Series). *Cahiers de Civilisation Médiévale*, *47*(185), 83-84.

Smith, L. T. (1999). *Decolonizing methodologies. Research and indigenous peoples* (Zed books Ltd and University of Otago Press. Dunedin).

Sogny, A. (2020, juin). *Un collectif publie une carte des violences obstétricales en période de Covid-19*. Marie Claire. https://www.marieclaire.fr/enquete-nationale-accouchement-covid-19,1349263.asp

Soong, B., & Barnes, M. (2005). Maternal Position at Midwife-Attended Birth and Perineal Trauma : Is There an Association? *Birth*, *32*(3), 164-169. https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00365.x

Sow, F., Fourment, É., & Kwaschik, A. (2023). `` *Le livre des sciences est un livre ouvert ' '. Entretien avec Fatou Sow, réalisé par Émeline Fourment, Anne Kwaschik*. 89-105. https://doi.org/10.3917/crii.099.0089, halshs-04088024

Spivak, G. C. (1983). *Les subalternes peuvent-elles parler ?* Amsterdam Editions.

Staunton, B. (2023). En Grande-Bretagne, les sages-femmes à bout de souffle. *Hesa Mag*, *27*, 4-7.

Steel, A., Frawley, J., Adams, J., & Diezel, H. (2015). Trained or professional doulas in the support and care of pregnant and birthing women : A critical integrative review. *Health & Social Care in the Community*, *23*(3), 225-241. https://doi.org/10.1111/hsc.12112

Storeng, K. T., & Béhague, D. P. (2014). "Playing the Numbers Game" : Evidence-based Advocacy and the Technocratic Narrowing of the Safe Motherhood Initiative. *Medical Anthropology Quarterly*, *28*(2), 260-279. https://doi.org/10.1111/maq.12072

Suleiman-Martos, N., Albendín-García, L., Gómez-Urquiza, J. L., Vargas-Román, K., Ramirez-Baena, L., Ortega-Campos, E., & Fuente-Solana, E. I. D. L. (2020). Prevalence and Predictors of Burnout

in Midwives : A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(2), 641. https://doi.org/10.3390/ijerph17020641

Tagne Nossi, A., Tachom Waffo, B., Ngah Essomba, H. C., & Mvessomba, E. A. (2021). Perception du risque lié au COVID-19, intelligence émotionnelle et santé psychologique des soignants. *European Journal of Trauma & Dissociation*, *5*(2), 100212. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100212

Tamale, S. (2020). *Decolonization and Afro-Feminism* (Daraja Press).

Thies-Lagergren, L., Hildingsson, I., Christensson, K., & Kvist, L. J. (2013). Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women and Birth*, *26*(4), e99-e104. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.06.004

Thomas, C. (2016a). *Accoucher en France aujourd'hui. Les enjeux de la profession de sage-femme et la position des femmes face à la naissance médicalisée* (Numéro 2016LARE0022) [Theses, Université de la Réunion]. https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01488894

Thomas, C. (2016b). *Accoucher en France aujourd'hui. Les enjeux de la profession de sage-femme et la position des femmes face à la naissance médicalisée* [Phdthesis, Université de la Réunion]. https://theses.hal.science/tel-01488894

Thomas, C. (2017). L'accompagnement global par les sages-femmes. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, *15*, Article 15. https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2729

Titler, M. G. (2008). The Evidence for Evidence-Based Practice Implementation. In R. G. Hughes (Éd.), *Patient Safety and Quality : An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2659/

Tolich, M. (2010). A Critique of Current Practice : Ten Foundational Guidelines for Autoethnographers. *Qualitative Health Research*, *20*(12), 1599-1610. https://doi.org/10.1177/1049732310376076

Toubia, N., Chalasani, S., Diop, N., Filmer-Wilson, E., Liang, M., Sharafi, L., Baker, D., Behrendt, A., Baric, S., Devillé, M., Ferguson, L., Luchsinger, G., Roseman, M., & Artim, R. (2021). *Mon*

corps m'appartient. Revendiquer le droit à l'autonomie et à l'autodétermination. Etat de la population mondiale 2021 (Etat de la population mondiale, p. 164). UNFPA.

Tou.te.s Contre les Violences Obstétricales et Gynécologiques. (2020, juin). *Enquête Nationale sur la Naissance pendant la pandémie de Covid 19 par le collectif @TCVOG*. Google My Maps. https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1H6GwHGd2EfzBlrNDVBl_obtyv2oPb2pe

Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality : Eight "Big-Tent" Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, *16*(10), 837-851. https://doi.org/10.1177/1077800410383121

Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care* (Routledge). https://doi.org/10.4324/9781003070672

TV5Monde. Terriennes. (2020, mars 31). *Enceinte à l'heure du Covid-19 : Les gynécologues appellent à assouplir les règles de confinement.* https://information.tv5monde.com/terriennes/enceinte-l-heure-du-covid-19-les-gynecologues-appellent-assouplir-les-regles-de

UNESCO. (2023). *Décision 18.COM 8.B.26 – Maïeutique : Connaissances, savoir-faire et pratiques*. UNESC0 - Comité intergouvernemental pour la sauvegarde du patrimoine culturel immatériel. https://ich.unesco.org/fr/decisions/18.COM/8.B.26

UNFPA, ICM, & OMS. (2021). *L'état de la pratique de sages-femme dans le monde. 2021* (p. 70). UNFPA. https://www.unfpa.org/fr/sowmy-2021

United Nations Population Fund, East and Southern Africa. (2022). *Respectful maternity care*. UNFPA. https://esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/respectful_maternity_care_final.pdf

Van den Broucke, S. (2017). La littératie en santé : Un concept critique pour la santé publique. *La santé en action*, *Dossier Communiquer pour tous: les enjeux de la littératie en santé*(440), 11-13.

Van Manen, M. (1997). *Recherche sur l'expérience vécue : Sciences humaines pour une pédagogie sensible à l'action* (Routledge). https://doi.org/10.4324/9781315421056

Vandelet, E. S., Laurent, M., Tychey, C. de, Lighezzolo-Alnot, J., & Garnier, S. (2015). Abus sexuel précoce, accès à la maternité et résilience. *La psychiatrie de l'enfant*, *58*(2), 325-368. https://doi.org/10.3917/psye.582.0325

van Der Kolk, B. A. (1994). The Body Keeps the Score : Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress. *Harvard Review of Psychiatry*, *1*(5), 253. https://doi.org/10.3109/10673229409017088

Vasseur, P., Kane, H., & Le Grand Fosso, A. (2022). Des soins différenciés aux violences en salle de naissance : Études en Afrique de l'Ouest et du Centre. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, *24*, Article 24. https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.11399

Vergès, F. (2017). *Le ventre des femmes : Capitalisme, racialisation, féminisme* (Albin Michel). https://www.albin-michel.fr/le-ventre-des-femmes-9782226458407

Vincent, C.-P. (2012). *Heuristique. Création, Intuition, Créativité et Stratégies d'Innovation*. Editions BoD.

Vincent-Buffault, A. (2013). Sensibilité et insensibilité : Des larmes à l'indifférence. In E. Boujou & A. Gefen (Éds.), *L'émotion, puissance de la littérature* (p. 51-72). Presses Universitaires de Bordeaux. https://doi.org/10.4000/books.pub.8282

Visvanathan, S. (1997). *A Carnival for Science : Essays on Science, Technology and Development* (1st edition). Oxford University Press.

Visvanathan, S. (2009). *The Search for Cognitive Justice* [Symposium de recherche]. Symposium « Knowledge in Question on Interrogating Knowledge and Questioning Science »,. https://www.india-seminar.com/2009/597/597_shiv_visvanathan.htm

Visvanathan, S. (2016). La quête de justice cognitive. In *Justice cognitive, libre accès et savoirs locaux. Pour une science ouverte juste, au service du développement local durable. Sous la direction de Florence Piron, Samuel Regulus et Marie Sophie Dibounje Madiba* (Éditions science et bien commun). https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/justicecognitive1/chapter/en-quete-de-justice-cognitive/

Vozari, A.-S. (2015). « Si maman va bien, bébé va bien. » La gestion des risques psychiques autour de la naissance. *Recherches familiales*, *12*(1), 153-163. https://doi.org/10.3917/rf.012.0153

Wachsmuth, I. (2016). Collaboration entre la médecine traditionnelle et complémentaire et la biomédecine, les enjeux en santé mondiale, les défis et les opportunités. *Hegel*, *2*(2), 208-208. https://doi.org/10.3917/heg.062.0208

Wacquant, L. (2008). *Urban outcasts. A comparative sociology of advanced marginality* (Polity Press).

Wall, S. (2006). An Autoethnography on Learning About Autoethnography. *International Journal of Qualitative Methods*, *5*. https://doi.org/10.1177/160940690600500205

WHO, UNFPA, UNICEF, & ICM. (2025). *Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care*. World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381641/9789240110199-eng.pdf?sequence=1

Williams, C. L. (1992). The Glass Escalator : Hidden Advantages for Men in the « Female » Professions. *Social Problems*, *39*(3), 253-267. https://doi.org/10.2307/3096961

Wingfield, A. H. (2009). Racializing the Glass Escalator : Reconsidering Men's Experiences with Women's Work. *Gender & Society*, *23*(1), 5-26. https://doi.org/10.1177/0891243208323054

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki : Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, *310*(20), 2191-2194. https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053

Wright, E. M., Matthai, M. T., & Budhathoki, C. (2018). Midwifery Professional Stress and Its Sources : A Mixed-Methods Study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *63*(6), 660-667. https://doi.org/10.1111/jmwh.12869

Wu, Y., Zhang, C., Liu, H., Duan, C., Li, C., Fan, J., Li, H., Chen, L., Xu, H., Li, X., Guo, Y., Wang, Y., Li, X., Li, J., Zhang, T., You, Y., Li, H., Yang, S., Tao, X., … Huang, H. (2020). Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *223*(2), 240.e1-240.e9. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.009

Yeates, N. (2009). *Globalizing Care Economies and Migrant Workers. Explorations in Global Care Chains*. Palgrave Macmillan. https://link.springer.com/book/9780230005341

Yiftachel, O. (2009). Critical theory and 'gray space' : Mobilization of the colonized. *City*, *13*(2-3), 246-263. https://doi.org/10.1080/13604810902982227

Zagzebski, L. T. (1996). *Virtues of the Mind : An Inquiry into the Nature of Virtue and the Ethical Foundations of Knowledge*. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9781139174763

Zeghiche, S., de Montigny, F., & López, J. (2020). Les variations spatio-temporelles de la (non) reconnaissance sociale du deuil périnatal. *SociologieS*. https://doi.org/10.4000/sociologies.12700

Zileni, B. D., Glover, P., Jones, M., Teoh, K.-K., Zileni, C. W., & Muller, A. (2017). Malawi women's knowledge and use of labour and birthing positions : A cross-sectional descriptive survey. *Women and Birth*, *30*(1), e1-e8. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.06.003

Zou, J., Zhu, X., Fu, X., Zong, X., Tang, J., Chi, C., & Jiang, J. (2025). The experiences of organizational silence among nurses : A qualitative meta-synthesis. *BMC Nursing*, *24*(1), 31. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02636-y

ANNEXES

Annexe A – Note de synthèse destinée aux décideurs

La note de synthèse présentée ci-dessous traduit les résultats de la thèse en messages clairs, concis et directement mobilisables par les décideurs en santé publique. Elle reprend la structure classique de ce type de document : contexte, problème, principaux résultats, recommandations opérationnelles et publics cibles. L'objectif n'est pas de simplifier à l'excès, mais d'offrir un outil de lecture rapide permettant aux responsables institutionnels et politiques de saisir l'enjeu d'une « maïeutique émancipatrice » et d'envisager des pistes d'action concrètes, situées et adaptables.

Vers une maïeutique émancipatrice : reconnaître les émotions et résistances comme leviers de qualité en santé reproductive

Contexte

Les violences obstétricales et la surmédicalisation de la naissance sont largement documentées.
Les savoirs des sages-femmes et des femmes-patientes restent souvent invisibilisés ou délégitimés.
La pandémie de Covid-19 a renforcé des normes restrictives, accentuant la tension entre sécurité biomédicale et humanisation des soins.

Voix du terrain

« We were constantly in tension between the protocols and what we felt was right for the woman. (…) they can't eat. You can't drink. You gotta stay on the bed. You can't move your body. No. You need to pee ? OK, it's a bed pan... Like it was just a whole different way of seeing birth as a normal life event versus a medical emergency then, which I need to control, manipulate, or make the person do what I think they should do (…) So that sounds like I can't... I'm like : how can I continue to work in these environments? (…) Being a Black midwife here, working with Black clients, is a political commitment. The women who come to us want a respectful birth. We help them reclaim their power. » (Etats-Unis, sage-femme)

« Quand on sent une tête arriver dans nos mains de sage-femme… c'est pas pour rien qu'on a envie d'y mettre les mains ! C'est grisant comme sensation, c'est absolument fantastique et j'adore cette sensation. Mais je me disais… est-ce que c'est à moi d'avoir ce cadeau-là ? (…) ça me révolte quand je vois des mains de professionnels toucher l'enfant avant les parents, quand y'a pas besoin, hein ! (…) Les premières mains qui devraient toucher votre bébé, a priori c'est maman ou papa. Mais pas moi. » (France, sage-femme)

« On a eu plusieurs automatismes, hein, par rapport à cette approche santé publique-là (…) on a plus réfléchi sur, voilà, c'est à qui la faute ? Pourquoi cette femme-là est décédée ? (…) On s'est plus focalisé sur les chiffres… Les communautés, les femmes ont pas… enfin on les a interrogées, mais c'était plus pour voir des causes de telle ou telle chose (…) on n'a pas su interroger les bonnes pratiques des communautés qui pouvaient peut-être même appuyer le système de santé. » (Sénégal, sage-femme)

« Ma da pena ver las mamás solitas. (…) La mamá nos pide que nos quedemos, entonces nosotras encontramos la forma. Nos ponemos a un lado, no hablamos mucho, pero seguimos ahí con ella, con nuestras plantitas, con los masajes tradicionales… A veces los doctores no se dan cuenta, y nosotras seguimos haciendo nuestro trabajo. » (Equateur, sage-femme)

« (…) il y a tellement de violences gynécologiques et obstétricales qui sont subtilement et systématiquement intégrées dans notre façon de prendre en charge les femmes. (…) voilà, c'est un système. On rentre dedans. On fait ce que tout le monde fait d'habitude. Et lorsqu'une seule sage-femme doit prendre en charge 30, 40 ou 50 femmes toute seule dans une journée, c'est pas évident que ça soit des services appropriés et de qualité (…) On est dans un pays où 391 femmes décèdent pour 100 000 naissances vivantes. (…) C'est vraiment quelque chose qui fragilise la santé mentale des sages-femmes, mais comme on est dans un environnement où c'est normalisé, c'est le métier, ça devient un automatisme de se dire « bon, j'ai eu un décès maternel, la vie continue ». Bon, pas forcément de la façon dont je le dis. (…) Parce qu'il y a des décès que tu as qui t'affectent plus que d'autres (…) Il y a personne, en fait, qui se préoccupe du bien-être des prestataires de façon générale, mais également des sages-femmes de façon plus spécifique (…) Donc il y a ça. Je pense que ça a une grande répercussion sur la façon dont l'offre des services se fait. » *(Bénin, sage-femme)*

Problème

Les cadres actuels d'évaluation des soins maternels privilégient les indicateurs biomédicaux (mortalité, morbidité) mais négligent les dimensions émotionnelles, relationnelles et éthiques.
Cela crée une injustice épistémique : les expériences vécues et les ajustements des sages-femmes et des femmes-patientes face aux normes globalisées restent ignorés dans les politiques de santé.

Principaux résultats de la recherche

Émotions de rébellion : colères, indignations, tristesses exprimées par sages-femmes et femmes face au système de soins peuvent révéler des injustices structurelles ou des normes inadaptées et guider des décisions éthiques.
Résistances à bas bruit : ajustements discrets aux normes (micro-gestes de contournement ou de transformation des règles ou protocoles) peuvent être des tactiques éthiques qui améliorent l'expérience des patientes tout en préservant la sécurité.
Marges comme laboratoires : les pratiques locales ou alternatives sont des lieux de réinvention des soins.
Justice cognitive : reconnaître la pluralité des savoirs est essentiel pour une santé sexuelle et reproductive plus juste et équitable.

Recommandations pour l'action

1. Reconnaître les émotions comme indicateurs de qualité

- Intégrer des dimensions émotionnelles et éthiques dans les enquêtes de satisfaction et d'évaluation des soins.
- Créer des espaces sécurisés pour l'expression des émotions des sages-femmes et patientes.

2. Valoriser les résistances discrètes

- Documenter et partager anonymement les tactiques de contournement qui améliorent le vécu des femmes.
- Considérer ces ajustements comme innovations professionnelles plutôt que comme déviances.

3. Créer des marges d'autonomie pour les équipes

- Donner plus de flexibilité aux sages-femmes pour adapter les protocoles en fonction du contexte.
- Garantir une protection institutionnelle en cas d'écarts justifiés et sécuritaires.

4. Mettre en place des dispositifs participatifs

- Organiser des forums multi-acteurs (sages-femmes, patientes, décideurs, ONG) pour co-construire des recommandations.
- Diffuser les résultats sous forme de notes de synthèse locales accessibles.

5. Réformer les indicateurs de suivi

- Compléter les indicateurs biomédicaux par des indicateurs qualitatifs : expérience de naissance, autonomie des femmes, cohérence éthique des sages-femmes.
- Intégrer la notion de justice cognitive dans les grilles d'évaluation des programmes périnatals.

Garde-fou

Éviter la normativité : ces propositions ne sont pas destinées à devenir des « recettes universelles », mais rester des sources d'inspiration contextuelles.
Assurer la réflexivité : chaque acteur est invité à interroger ses propres biais (académiques, institutionnels, culturels).
Anonymiser et protéger : documenter des résistances discrètes nécessite de veiller à ne jamais exposer sages-femmes ou patientes à des sanctions institutionnelles.
Retour aux actrices : les résultats doivent être restitués aux sages-femmes et patientes, non seulement aux décideurs.
Co-construction : Ces outils n'ont de valeur que s'ils sont co-construits et adaptés localement avec sages-femmes et patientes.
Cadre éthique de non-nuisance : reconnaissance de la diversité des savoirs sans légitimer de pratiques préjudiciables pour la santé ou la dignité ; évaluation continue ancrée dans les effets vécus

Pour qui ?

Ministères de la santé : pour ajuster les politiques de périnatalité.
Directeurs d'hôpitaux et maternités : pour améliorer la qualité relationnelle des soins.
Formateurs et écoles de maïeutique : pour intégrer la réflexivité émotionnelle et l'éthique dans les curricula.
Bailleurs internationaux : pour financer des programmes respectueux des savoirs locaux et situés.

Annexe B – Déclinaison par profils

La déclinaison proposée ci-dessous illustre comment les cinq principes d'une maïeutique émancipatrice peuvent être traduits en recommandations adaptées à trois profils d'acteurs : chercheurs, sages-femmes et décideurs.
Il ne s'agit pas de prescriptions normatives, mais d'orientations situées, destinées à inspirer des pratiques différenciées selon les rôles et responsabilités de chacun. Leur mise en œuvre doit rester co-construite localement.
Cette mise en parallèle vise à montrer la complémentarité des leviers d'action : produire autrement pour les chercheurs, résister et inventer au quotidien pour les sages-femmes, pluraliser les savoirs et ouvrir la gouvernance pour les décideurs.

Chercheurs	Sages-femmes	Décideurs
Produire des savoirs sans reproduire l'injustice épistémique. « *on s'est plus focalisé sur les chiffres… Les communautés, les femmes ont pas… enfin on les a interrogées, mais c'était plus pour voir des causes (…) on n'a pas su interroger les bonnes pratiques des communautés qui pouvaient peut-être même appuyer le système de santé.* » (Sénégal SF)	**Transformer les marges en ressources professionnelles.** « *Je me rappelle avoir un peu triché certaines fois (…) On se regarde et on se dit : bon, on va le laisser rentrer, on n'en parle à personne.* » (France-DROM SF1)	**Intégrer la justice cognitive dans les politiques périnatales.** « *Indigenous midwives take a unique approach (…) Regulations, formalised education systems, and funding mechanisms continue to favour colonial knowledge systems. Unfortunately, the bio-medical model rarely, if ever, considers Indigenous realities and knowledge.* » (ICM, 2021)
Co-construire la recherche avec sages-femmes et patientes. « *Because in our country, the people at policy level mostly are obstetricians. (…) they don't look at the other 100 or 1000 you've done successfully.* » (Kenya SF)	**Créer des espaces de partage des vécus émotionnels et des pratiques résistantes.** « *il y a tellement de violences gynécologiques et obstétricales (…) lorsqu'une seule sage-femme doit prendre en charge 30, 40 ou 50 femmes toute seule (…) il y a personne qui se préoccupe du bien-être des sages-femmes.* » (Bénin SF3)	**Favoriser les espaces de dialogue, reconnaître la pluralité des savoirs dans les comités de décision et créer des marges d'autonomie pour les professionnelles.** « *Babies born into the world are not alone (…) baby's ari-ari or placenta is part of the baby's life. (…) Usually, we give holistic care in independent practice. In hospital rarely. It is medicinal only I understand.* » (Indonésie-Bali SF2)
Diffuser les résultats dans des formats accessibles. Exemple : capsules audio ou visuelles pour les patientes, notes de synthèse	**Écouter ses émotions comme indicateurs de normes inadaptées et rendre visible les résistances de façon prudente, afin d'éviter des sanctions institutionnelles.**	**Décoloniser les offres de soins et les projets de coopération internationale.** « *Ma da pena ver las mamás solitas (…) nosotras encontramos la forma (…)*

Chercheurs	Sages-femmes	Décideurs
en langage clair pour les institutions locales	« *ça me révolte quand je vois des mains de professionnels toucher l'enfant avant les parents (…) Les premières mains qui devraient toucher votre bébé (…) c'est maman ou papa.* » (France SF2)	*seguimos ahí con ella, con nuestras plantitas, con los masajes tradicionales…* » (Équateur SF1)

Garde-fous :

- **Éviter la normativité** : ces propositions ne sont pas destinées à devenir des « recettes universelles », mais rester des sources d'inspiration contextuelles.
- **Assurer la réflexivité** : chaque acteur est invité à interroger ses propres biais (académiques, institutionnels, culturels).
- **Anonymiser et protéger** : documenter des résistances discrètes nécessite de veiller à ne jamais exposer sages-femmes ou patientes à des sanctions institutionnelles.
- **Retour aux actrices** : les résultats doivent être restitués aux sages-femmes et patientes, non seulement aux décideurs.
- **Co-construction** : Ces outils n'ont de valeur que s'ils sont co-construits et adaptés localement avec sages-femmes et patientes.
- **Cadre éthique de non-nuisance** : reconnaissance de la diversité des savoirs sans légitimer de pratiques préjudiciables pour la santé ou la dignité ; évaluation continue ancrée dans les effets vécus

Annexe C – Cadre logique minimaliste

Le cadre logique présenté ci-dessous est une traduction schématique des apports de la thèse en outils de planification. Il permet d'illustrer comment les concepts de résistances discrètes et d'émotions de rébellion peuvent être intégrés dans la conception de projets pilotes en santé sexuelle et reproductive. Il ne constitue pas un modèle prescriptif, mais un exemple simplifié, destiné à montrer comment articuler objectifs, résultats attendus, activités et indicateurs dans une perspective de justice cognitive et sociale. Ce cadre est conçu pour être adapté et co-construit localement avec les sages-femmes, les patientes et les décideurs, en fonction des contextes et des ressources disponibles.

Objectif général : Améliorer la qualité et l'équité des soins en santé sexuelle et reproductive en reconnaissant émotions de rébellion et résistances discrètes comme leviers.

Objectifs spécifiques :

- Renforcer la reconnaissance des émotions comme savoirs utiles.
- Valoriser les résistances discrètes comme innovations quotidiennes.
- Créer des espaces de dialogue entre sages-femmes, patientes et décideurs.

Résultats attendus :

R1 : Outils pour exprimer et analyser les émotions.

« Ça me révolte quand je vois des mains de professionnels toucher l'enfant avant les parents (…) Les premières mains qui devraient toucher votre bébé, c'est maman ou papa. » (France SF2)
Les récits recueillis soulignent l'importance de capter et d'analyser les émotions de rébellion comme indicateurs de qualité des soins.

R2 : Typologie partagée de résistances à bas bruit.

« Sur le plan culturel, sur le plan traditionnel, le placenta a une signification énorme. (…) Officiellement, c'est interdit de remettre le placenta aux familles à l'hôpital… Mais clandestinement des sages-femmes le remettent… (…) » *(Cameroun SF)*
Les ajustements discrets deviennent des pratiques collectives lorsqu'ils sont documentés et partagés.

R3 : Recommandations co-construites et intégrées dans les instances locales.

« Parce qu'on a occulté le fait que c'est ça qui impactait même sur les indicateurs qu'on est en train de traquer tout le temps (…) on n'a pas su interroger les bonnes pratiques des communautés qui pouvaient appuyer le système de santé. » (Sénégal SF)
Les recommandations gagnent en pertinence lorsqu'elles incluent savoirs communautaires et résistances locales.

Activités : ateliers participatifs, cartographie des résistances, note de synthèse locale, forum multi-acteurs.

Indicateurs : nombre d'ateliers, pourcentage de participantes exprimant une émotion, nombre de résistances identifiées, satisfaction des participantes, nombre de recommandations reprises.

Sources : comptes rendus d'ateliers, récits anonymisés, notes de synthèse, actes de forums.

Hypothèses / risques : acceptation de partager émotions et résistances ; reconnaissance institutionnelle ; risques de fragilisation si données mal anonymisées.

Annexe D – Tableau d'indicateurs croisés

Le tableau qui suit propose une série d'indicateurs croisés, qualitatifs et quantitatifs, permettant d'opérationnaliser les concepts centraux de la thèse – émotions de rébellion, résistances discrètes, justice cognitive – dans des projets pilotes ou des recherches appliquées. Il ne s'agit pas d'un outil prescriptif mais d'une boîte à outils indicative, destinée à inspirer des démarches de suivi et d'évaluation situées. Ces indicateurs doivent toujours être adaptés au contexte local, construits et validés avec les sages-femmes, les patientes et les institutions concernées. Leur objectif est de compléter, et non de remplacer, les indicateurs biomédicaux classiques, afin d'intégrer les dimensions émotionnelles, relationnelles et éthiques de l'accompagnement à la naissance.

Dimension	Indicateurs qualitatifs	Indicateurs quantitatifs	Sources/méthodes
Émotions de rébellion	Récits de sages-femmes/patientes exprimant indignation, tristesse, joie comme révélateurs d'injustice.	% de participantes mentionnant au moins une émotion de rébellion ; Nombre moyen d'émotions différentes citées par participante.	Journaux réflexifs, entretiens, groupes de discussion.
Causes perçues des émotions de rébellion	Catégories de normes identifiées comme problématiques.	% d'émotions reliées à une règle/protocole précis.	Analyse de contenu, codage thématique.
Résistances à bas bruit	Typologie de tactiques (ajustements temporels, rituels, tolérances).	Nombre de résistances identifiées par maternité. - % de sages-femmes déclarant pratiquer au moins une résistance.	Observations, récits anonymisés, focus groups, entretiens semi-directifs.
Effets perçus	Amélioration du vécu des patientes ; cohérence éthique des sages-femmes.	% de patientes déclarant une satisfaction accrue ; % de sages-femmes se disant « plus alignées avec leurs valeurs » après mise en place d'espaces de parole.	Questionnaires post-ateliers, entretiens de suivi.
Dialogue et transfert	Qualité perçue des échanges entre sages-femmes, patientes et décideurs. - Recommandations co-construites.	Nombre de recommandations produites et discutées en forum. - % de recommandations reprises par les instances locales.	Notes de synthèse, actes de forums multi-acteurs, actes de restitution.

Exemples de terrain

- **Émotions de rébellion**

« *Ça me révolte quand je vois des mains de professionnels toucher l'enfant avant les parents (…) Les premières mains qui devraient toucher votre bébé, c'est maman ou papa.* » (France SF2)

- **Causes perçues**

« *Parce qu'on a occulté le fait que c'est ça qui impactait même sur les indicateurs qu'on est en train de traquer tout le temps (…) on n'a pas su interroger les bonnes pratiques des communautés.* » (Sénégal SF)

- **Résistances à bas bruit**

« *Je me rappelle avoir un peu triché certaines fois (…) On se regarde et on se dit : bon, on va le laisser rentrer, on n'en parle à personne.* » (France-DROM SF1)

- **Effets perçus**

« *Ma da pena ver las mamás solitas… la mamá nos pide que nos quedemos (…) seguimos ahí con ella, con nuestras plantitas, con los masajes tradicionales.* » (Équateur SF1)

- **Dialogue / transfert**

« *Because in our country, the people at policy level mostly are obstetricians. (…) They don't look at the other 100 or 1000 you've done successfully.* » (Kenya SF)

Annexe E – Autorisation d'utilisation des données sur le projet d'auto-gynécologie en Côte d'Ivoire (chapitre 10)

Tout en autorisant l'exploitation des données, la gouvernance de l'ONG menant le projet en Côte d'Ivoire a demandé en mai 2024 un embargo[318] de 2 ans[319] sur la partie du chapitre concernant les résultats de l'analyse de ce projet. Cet embargo s'inscrit dans des enjeux stratégiques internes au sein de l'ONG et d'enjeux de financement des suites du projet auprès des bailleurs. La gouvernance de l'ONG a également demandé que le nom de l'ONG ne soit pas divulgué. Pour éviter les recoupements éventuels facilitant l'identification de l'ONG, ne sont pas donnés les noms des acteurs et chercheurs rattachés au projet et m'ayant partagé les données puis ayant relu et validé les analyses que j'ai faites de celles-ci.

Mails relatifs à l'autorisation d'exploitation des données dans le cadre de ma thèse pour le projet en Côte d'Ivoire, avec demande d'embargo :

----- Message transmis -----
De :
À : Marie-Laure Deneffe Dobrzynski <dobdeneffe@yahoo.fr>
Envoyé : mercredi 15 mai 2024 à 15:51:07 UTC+2
Objet : Utilisation des données partagées sur le projet *(nom du projet enlevé)*

Bonjour Marie-Laure,

Je me permets de te revenir après échange avec ma responsable. Nous sommes d'accord pour que tu puisses utiliser les données qui t'ont été partagée sur le projet *(nom du projet enlevé)* dans le cadre de la rédaction de l'article pour la revue Santé Publique qui n'a finalement pas abouti.

Au regard de la sensibilité de certaines de ces données, du fait qu'il s'agit de résultats encore très préliminaires et partiels et du fait que nous sommes actuellement en train de préparer une phase 2, nous souhaiterions :

- Que les données soient anonymisées et que le nom de l'organisation n'apparaisse pas
- Que la partie relative au projet puisse être placée provisoirement sous embargo pour au moins 2 ans

Je te remercie encore pour tout le travail que tu as engagé pour la rédaction de cet article, et pour ta compréhension. Je regrette que l'article n'ai pas pu aboutir et j'espère que nous aurons d'autres opportunités de collaboration futures.

Bien à toi,

(Signature enlevée)

[318] L'embargo consiste en une diffusion restreinte de la thèse (ou tout au moins du chapitre concerné et encore plus précisément de la partie du chapitre concerné) pendant une durée de 2 ans. A l'issue de l'embargo, le chapitre concerné peut être diffusée sur la plateforme HAL-thèse.

[319] Cet embargo court donc jusque mai 2026

----- Message transmis -----

De :
À : Marie-Laure Deneffe Dobrzynski <dobdeneffe@yahoo.fr>
Cc :
Envoyé : mercredi 1 mai 2024 à 09:26:21 UTC+2
Objet : Tr : Article Santé Publique

Bonjour Marie-Laure,

Le voici ci dessous.
Je profite de ce mail pour te dire que j'ai parlé à notre responsable qui reviendra vers *(nom enlevé)* pour lui donner sa réponse concernant l'embargo de la thèse.
Elle est plutôt convaincue qu'effectivement il n'y a pas grand risque mais elle voulait réfléchir avant de donner une réponse.

On te tient vite informée,
Bien à toi,

(Signature enlevée)

----- Message transmis -----
De :
À :
Cc : Marie-Laure Deneffe Dobrzynski <dobdeneffe@yahoo.fr>
Envoyé : mardi 30 avril 2024 à 11:16:52 UTC+2
Objet : RE: Numéro « Décolonisation de la santé publique » - Rappel de la deadline et de la procédure

Bonjour …,

Nos mails se sont effectivement croisés.
Merci beaucoup pour votre mail et nous aurions aimé pouvoir profiter de ce délai.
Notre article est finalisé depuis deux semaines déjà mais la gouvernance de (nom de l'ONG) n'a malheureusement pas validé le contenu pour des raisons liées en partie à l'état d'avancement des réflexions sur cet enjeu de décolonisation.

Je laisse Marie-Laure prendre contact avec vous afin d'envisager une suite potentielle à cet article.

Bien cordialement,
(Signature enlevée)

De : **Envoyé :** mardi 30 avril 2024 10:33
À :
Cc : Marie-Laure Deneffe Dobrzynski <dobdeneffe@yahoo.fr>
Objet : RE: Numéro « Décolonisation de la santé publique » - Rappel de la deadline et de la procédure

Chères mesdames,

J'ai envoyé un courriel il y a dix minutes pour annoncer un délai jusqu'au jeudi 30 mai, car de nombreuses personnes nous en ont fait la demande. 😉
Dites-moi si vous l'avez bien reçu !

Bien cordialement,

De :
Envoyé : mardi 30 avril 2024 10:29
À :
Cc : Marie-Laure Deneffe Dobrzynski <dobdeneffe@yahoo.fr>

Objet : RE: Numéro « Décolonisation de la santé publique » - Rappel de la deadline et de la procédure

Cher …,

Je reviens vers vous ce jour pour vous annoncer avec beaucoup de regret que nous ne pourrons malheureusement pas soumettre notre article.
En effet, malgré l'aboutissement d'un long travail d'écriture et de concertation entre les co-auteurs et co-autrices, des enjeux stratégiques en interne à (nom de l'ONG) se sont présentés et nous n'avons pu obtenir la validation du texte proposé par la gouvernance.
Toute l'équipe s'excuse pour ce désagrément et nous espérons que cela ne causera pas trop de difficultés pour la réorganisation du numéro.

Néanmoins, face à cette décision et au regard de l'énorme travail produit par l'autrice principale, il nous semblerait plus que pertinent qu'elle puisse proposer un article modifié qu'elle signerait en son nom.
Je vous mets ainsi en lien avec Marie-Laure Deneffe Dobrzynski, en copie de ce mail, afin de voir dans quelle mesure elle pourrait soumettre dans ce numéro spécial.

Encore désolée pour cette annonce,
En espérant avoir l'opportunité de vous proposer de nouveau un prochain article,

Bien cordialement,

De :
Envoyé : mardi 5 décembre 2023 12:57
À :
Objet : RE: Contribution dossier « La décolonisation de la santé publique : de la théorie à la pratique » dans la Revue Santé Publique

Chère madame,

Toutes nos excuses pour le délai de notre réponse : nous avons dû organiser un deuxième tour de sélection pour traiter l'ensemble des résumés reçus.

À l'issue de ce second tour, j'ai le plaisir de vous annoncer que nous acceptons votre proposition d'article !

Compte-tenu de notre retard, nous repoussons la deadline pour envoyer votre article au 30 avril. Cependant, nous recommandons de ne pas l'envoyer au dernier moment.
Les articles doivent être déposés sur notre plateforme sur ce lien :https://rsp.manuscriptmanager.net/
Toutes nos consignes aux auteurs sont ici :https://sfsp.fr/lire-et-ecrire/la-revue-sante-publique/soumettre-un-article

Je vous remercie à nouveau de votre proposition et reste à votre disposition si vous avez d'autres questions.

Bien cordialement,

Chargé de mission
Coordination revue *Santé publique*

De :
Envoyé : samedi 4 novembre 2023 09:52
À :
Objet : Contribution dossier « La décolonisation de la santé publique : de la théorie à la pratique » dans la Revue Santé Publique

Bonjour M

Veuillez trouver en pièce jointe, le résumé que nous souhaiterions proposer pour le dossier qui portera sur « La décolonisation de la santé publique : de la théorie à la pratique » dans la Revue Santé Publique.
Ce résumé a été rédigé par un groupe de travail constitué d'acteur·rice·s de la solidarité internationale, de soignants et soignantes et de chercheuses.

Vous en souhaitant bonne réception,
Cordialement,

(Signature enlevée)

Annexe F – Guide d'entretien auprès des 55 sages-femmes de 36 pays

Ce guide d'entretien constituait un support souple et non un canevas rigide. Les entretiens étaient menés de façon semi-directive : les questions ont parfois été posées dans un ordre différent, l'objectif étant de rebondir sur les propos des sages-femmes, de favoriser un échange vivant et de laisser émerger librement leurs expériences, émotions et points de vue. Ainsi, le guide a joué un rôle d'appui méthodologique pour structurer l'échange autour de grandes thématiques, tout en respectant la dynamique propre de chaque entretien. Les entretiens ont été réalisés dans quatre langues — espagnol, portugais, français et anglais — afin de garantir une langue commune de communication avec chaque participante. Le guide a donc été traduit dans ces différentes langues pour faciliter la compréhension mutuelle et la fluidité des échanges. À noter que la question relative à la pandémie de Covid-19 n'était pas incluse dans la première version du guide. Certaines sages-femmes ont toutefois abordé spontanément cette thématique. Au vu de la fréquence de ces évocations, une question spécifique sur l'impact de la pandémie sur les pratiques a été ajoutée en cours d'enquête. Cette évolution méthodologique explique que le chapitre consacré à la pandémie repose sur un sous-corpus de 41 entretiens menés dans 29 pays, issus du corpus plus large de 55 entretiens. Voici les questions principales de ce guide :

- Pourrais-tu te présenter en expliquant ce qui, dans ton parcours, t'a amenée à devenir sage-femme et à t'engager auprès des femmes ?
- Où et comment les femmes accouchent-elles dans ton pays ?
- Pourrais-tu raconter l'un des derniers accouchements que tu as accompagnés ?
- Pendant la pandémie de Covid, comment ta pratique de sage-femme a-t-elle été impactée ? *(question ajoutée secondairement, comme explicité dans le chapitre 9)*
- Quelles sont, selon toi, les principales satisfactions et insatisfactions des sages-femmes dans leur pratique actuellement ? Comment pourrait-on améliorer leur satisfaction ?
- Quelles sont, selon toi, les principales satisfactions et insatisfactions des patientes et des communautés vis-à-vis de l'offre de soins autour de la naissance ? Comment pourrait-on améliorer leur satisfaction ?
- Quels conseils donnerais-tu à de jeunes consœurs de ton pays ?
- Quels sont tes vœux pour l'avenir de la pratique des sages-femmes ?

Table des matières

Table des matières

RESUME 3

ABSTRACT 4

REMERCIEMENTS 5

SOMMAIRE 7

NOTE DE LECTURE 9

VOIX DE SAGES-FEMMES DES CINQ CONTINENTS : EXTRAITS DU CORPUS 10

INTRODUCTION GENERALE 13

PARTIE I. FONDEMENTS CRITIQUES ET METHODOLOGIQUES – VERS UNE POSTURE SITUEE EN MAÏEUTIQUE 15

INTRODUCTION DE LA PARTIE I 16

CHAPITRE 1. JUSTICE COGNITIVE ET SAVOIRS EN MAÏEUTIQUE : DECONSTRUCTION DES HIERARCHIES EPISTEMIQUES 18

Introduction du chapitre 1 18

I - Hiérarchies épistémiques et subalternisation de savoirs en maïeutique 20

Le concept de « savoirs situés » (Haraway, 1988) 21

La « justice cognitive » selon Shiv Visvanathan 23

Mignolo et la « colonialité du savoir » 25

Décentrer la justice cognitive : des Suds géographiques aux « Suds épistémologiques » (De Sousa Santos, 2016, 2018a) 26

Injustices épistémiques (Fricker, 2007) 27

Dispositifs du pouvoir savant 29

La « ligne abyssale » entre Suds épistémologiques et Nords épistémologiques 30

Une ligne abyssale jusque dans le champ académique ? 38

II – Revaloriser les savoirs subalternisés : pour une justice cognitive en maïeutique 39

Ecologie des savoirs 39

Épistémologies du Sud et justice cognitive : vers une reconnaissance des savoirs subalternisés 40

Sociologie des absences 42

Sociologie des émergences 42

Praxis de recherche 46

Vers une hybridation critique des savoirs et des disciplines 49

L'hybridation des savoirs n'est pas un relativisme : l'épreuve du terrain comme exigence épistémique 50

Une posture située pour penser la maïeutique depuis les marges 53

Conclusion du chapitre 1 55

CHAPITRE 2. METHODOLOGIE INDUCTIVE ET MULTI-SITUEE : RECITS DE SAGES-FEMMES DE 36 PAYS, ETUDES SOCIO-ANTHROPOLOGIQUES DANS 5 PAYS, ANALYSES CRITIQUES DE PROJET DANS 2 PAYS, 30 ANS DE PRATIQUE DANS 12 PAYS 56

Introduction du chapitre 2 56

I - Cadre méthodologique 57

Typologie des méthodes 57

La collecte de récits de pratiques 57

L'analyse croisée d'études socio-anthropologiques ... 58
L'analyse critique croisée de projets spécifiques ... 58
L'analyse documentaire et critique ... 59
L'auto-ethnographie réflexive ... 59
Articulation des méthodes ... 60
Cartographie des terrains de recherche : diversité géographique et méthodes de collecte ... 63
II – Détail des méthodes ... 64
La collecte de récits de pratique ... 64
Choix de la méthode ... 64
Corpus ... 64
Profil des sages-femmes ... 66
Codage des noms des sages-femmes ... 68
Recrutement des 55 sages-femmes ... 68
Conditions de réalisation des 55 entretiens ... 69
Posture réflexive ... 69
Méthode d'analyse des données issues des 55 entretiens ... 70
Considérations éthiques ... 71
L'analyse croisée d'études socio-anthropologiques ... 72
Justification et place dans le dispositif méthodologique ... 72
Corpus mobilisé et critères de (ré)analyse ... 72
Méthodes et garanties de qualité ... 73
Articulation avec les autres matériaux ... 73
Tableau de synthèse des six enquêtes (2011–2018) ... 73
Considérations éthiques et redevabilité ... 76
Apport spécifique à l'analyse ... 76
Autres méthodes : auto-ethnographie, analyses critiques de deux projets de santé, corpus documentaire spécifique ... 77
III - Forces et limites des choix méthodologiques et des cadres théoriques ... 78
Forces ... 78
Approche multi-située ... 78
Complémentarité méthodologique et pluridisciplinarité théorique ... 78
Un cadre théorique critique ... 79
Limites et stratégies d'atténuation ... 79
Asymétries épistémiques Nord/Sud ... 79
Approche qualitative et portée des résultats ... 80
Biais liés à la collecte de récits de pratiques ... 80
Limites liées à l'auto-ethnographie ... 81
Données documentaires et projets internationaux ... 81
Temporalité spécifique des données ... 81
Des régions du monde sous-représentées ... 82
Complexité de l'articulation des niveaux d'analyse ... 82
Orientation critique du cadre théorique ... 82
Conclusion du chapitre 2 ... 83

CHAPITRE 3. FORGER DEUX OUTILS CONCEPTUELS A PARTIR DU TERRAIN : EMOTIONS DE REBELLION ET RESISTANCES A BAS BRUIT ... 85

Introduction du chapitre 3 ... 85
I- Les tensions critiques de la maïeutique contemporaine ... 88
Standardisation biomédicale et contrôle des corps ... 89
Le contrôle du corps des femmes à la lumière du biopouvoir ... 90
Médicalisation croissante de la naissance ... 91
Emergence des débats sur les violences obstétricales ... 92
Soigner dans un système sous tension : entre aspirations bientraitantes et réalités institutionnelles ... 94
II- Emotions de rébellion ... 96
Tensions émotionnelles ... 96
Les « émotions de rébellion » : une force critique incarnée dans la pratique en maïeutique ... 100
Une résonance des « émotions de rébellion » avec les « outlaw emotions » de Jaggar et les zones de résistance émotionnelle de Crapanzano ... 103
Définition des « émotions de rébellion » ... 104
Vers une reconnaissance épistémologique des émotions ... 105
III- Résistances ... 106
Des « émotions de rébellion » aux « résistances à bas bruit » ... 106
Les « résistances à bas bruit » en maïeutique : ajustements discrets et subversions quotidiennes ... 108

Les filiations théoriques des « résistances à bas bruit » 109
La résistance selon Gramsci, Foucault et Scott 109
Une résonance des « résistances à bas bruit » avec les résistances diffuses au biopouvoir de Foucault et avec les résistances infra-politiques des subordonnés de Scott 110
Les pratiques aux marges : espaces de subversion et de réinvention 111
De la maltraitance aux résistances : un potentiel de réinvention critique 114
Complexité et ambivalences des résistances en maïeutique : éviter l'idéalisation 115
Conclusion du chapitre 3 117

CHAPITRE 4. GENEALOGIE DES SAVOIRS ET RESISTANCES EN MAÏEUTIQUE : MEMOIRE LONGUE DE LA DEPOSSESSION ET DES REAPPROPRIATIONS 120

Introduction du chapitre 4 120
I- Des savoirs féminins aux savoirs institués en Occident 122
Aux origines du modèle contemporain de la maïeutique 122
Genèse féminine des savoirs en santé reproductive 122
Rupture du XVIIIe : transfert des savoirs féminins vers les médecins et les chirurgiens 123
Construction institutionnelle d'un monopole masculin du savoir médical 124
Le prix de ce nouveau modèle : effets iatrogènes, médicalisation abusive et standardisation de la naissance 125
Quand la médicalisation accroît les risques : les paradoxes de l'accouchement hospitalier 125
Corps précaires et pédagogie invasive : une histoire de la violence obstétricale 126
Progrès de la médecine et réduction de la surmortalité hospitalière 127
Du domicile à l'hôpital : le « grand déménagement » de la naissance 127
Du « grand déménagement » historique du lieu de la naissance à la marginalisation contemporaine de la naissance à domicile 129
II - Biomédicalisation et colonisation : l'essaimage d'un modèle eurocentré 131
Aux origines d'un modèle obstétrical eurocentré en Amérique latine 131
De la surmédicalisation au surgissement d'une critique : dynamiques contemporaines en Amérique latine ... 132
L'Afrique et l'Asie : la biomédicalisation dans le contexte colonial 136
Des politiques post-coloniales aux normes biomédicales mondialisées 140
Les politiques post-coloniales : entre promotion de la biomédecine et tensions culturelles 140
De la colonisation à la colonialité des savoirs 142
Réhabiliter les savoirs endogènes : de la disqualification coloniale aux processus de réintégration 144
Une médicalisation contemporaine contrastée 145
III. De la colonialité des savoirs aux espaces de résistances : étude du cas des positions d'accouchement et des pratiques autour du placenta 147
La persistance de l'invisibilisation historique de savoirs féminins : le cas de la position d'accouchement 148
Effacement des savoirs féminins non réappropriés par les médecins 148
Trajectoire historique d'un effacement culturel 149
Récits des pratiques hospitalières : de l'effacement des savoirs féminins à l'hégémonie persistante de la position gynécologique 150
Récits des pratiques en marge de l'institution hospitalière : de la résistance des savoirs corporels féminins à son expression dans une variété de positions 155
Colonialité des soins et « résistances à bas bruit » : ce que les pratiques autour du placenta révèlent 158
« Résistances à bas bruit » : contourner l'interdiction de remise du placenta aux familles 162
Accouchement à domicile et en maison de naissance : espaces de résistance des pratiques plurielles autour du placenta 163
IV. Héritages d'une domination : conflits interprofessionnels et inégalités de genre dans la profession de sage-femme 169
Rapports de pouvoir entre médecins et sages-femmes et enjeux d'autonomie en maïeutique : de l'histoire aux pratiques contemporaines 169
Histoire de la médicalisation et redistribution du pouvoir entre médecins et sages-femmes 169
Rapports conflictuels et hiérarchies persistantes dans les pratiques de terrain 170
De la domination masculine historique à l'escalator de verre pour les hommes en maïeutique 176
Une exclusion historique des femmes de l'espace médical légitime 176
De l'ouverture tardive à l'ascension différenciée : l'entrée des hommes en maïeutique 177
Des chiffres révélateurs en France : surreprésentation masculine dans les sphères de pouvoir de la maïeutique 178
Observations de terrain : des stéréotypes et biais implicites aux logiques d'ascension 180
Enseignement supérieur et recherche : un terrain de reproduction des inégalités 182
Se prémunir d'inégalités de genre dès les études en maïeutique 184
Une double peine pour les femmes : discriminations professionnelles et épuisement 186
Conclusion du chapitre 4 186

CONCLUSION DE LA PARTIE I 188

PARTIE II. LES EMOTIONS DE REBELLION COMME VECTEURS DE RESISTANCE – DU VECU INTIME AUX DYNAMIQUES COLLECTIVES 190

INTRODUCTION DE LA PARTIE II 191

CHAPITRE 5. USAGE DES EMOTIONS DE REBELLION EN RECHERCHE : DE LA SENSIBILITE SITUEE A LA METHODE DE L'AUTO-ETHNOGRAPHIE CRITIQUE 193

Introduction du chapitre 5 193
I- *Subjectivité de praticienne-chercheure* 194
Subjectivité et double appartenance 194
Une sensibilité située : ancrage personnel et parcours professionnel 195
Les vécus émotionnels marquants comme ressource scientifique 196
II- Subjectivité : entre ressource épistémique et enjeux de légitimité scientifique 197
L'escamotage de la subjectivité dans les écrits académiques 197
Mémoires d'étudiantes sages-femmes : émotions fondatrices, émotions invisibilisées 198
Norme du « chercheur conforme » (de Lavergne, 2007, p. 35-36) : un escamotage institutionnalisé de la subjectivité 199
Reconnaissance, subjectivité et légitimité scientifique 201
« Emotions de rébellion » en recherche : des « outlaw emotions » (Jaggar, 1989) à la « résistance épistémique » (Medina, 2013) 202
« Meta-lucidity » (Medina, 2013) : vigilance critique née des positions liminales 203
L'« implexité assumée » (de Lavergne, 2007; Le Grand, 2006) : reconnaître et analyser son implication 204
III- L'auto-ethnographie comme outil réflexif 206
Origines et spécificités de l'auto-ethnographie 207
Atouts et limites de la méthode auto-ethnographique 208
IV – L'auto-ethnographie appliquée aux deux prochains chapitres 211
Méthodologie des vignettes auto-ethnographiques 211
Sélection des vignettes et émergence de quatre corpus thématiques 213
Conclusion du chapitre 5 215

CHAPITRE 6. LE CORPS COMME ARCHIVE DES EMOTIONS SILENCIEES : DU TRAVAIL EMOTIONNEL AUX EMOTIONS DE REBELLION 218

Introduction du chapitre 6 218
I- Le corps comme mémoire émotionnelle et les émotions comme vecteur de transformation des pratiques 219
Récits croisés 220
Réminiscences joyeuses 220
« (…) quand on sent une tête arriver dans nos mains de sage-femme… » 220
Les petits paquets de pagne 222
Refaire malgré soi le geste de fermer les yeux d'un enfant décédé 223
Mains de sage-femme 224
« Please help me, please help me… I'm dizzy, I'm dizzy… » ou la mémoire auditive d'une sage-femme sierra-léonaise 227
« I was nine years old (…) I lost my brother. » 228
« C'est l'habitude du service… » 230
Mémoire incarnée des premiers accouchements observés 233
" (…) elle avait la vulve éclairée par le scialytique, les jambes dans les étriers… » 233
Les traces mémorielles sensorielles 234
« La quête méticuleuse » (Le Breton, 2006b, p. 28) 238
Sentir en soi les émotions d'autrui 239
Emotions et accomplissement professionnel 240
Tensions entre corporéité et objectivité 241
II- Le travail émotionnel : la charge invisibilisée de la pratique en maïeutique 242
Les injonctions émotionnelles 242
Récits 242
Vivre la mise à distance des émotions dans le soin 242
Le travail émotionnel 246
Récit 246

Concept de travail émotionnel ... 247
Analyse des niveaux de travail émotionnel pour une sage-femme ... 247
Invisibilisation du travail émotionnel des soignants ... 248
Récits ... 248
Une charge de travail non reconnue dans l'organisation collective du travail ... 248
III- Sage-femme : une profession entre *care* et *cure* faisant face à l'épuisement émotionnel et à la désaffection de la profession ... 249
Récits ... 249
De l'éthique du* care *à sa dévalorisation sociale ... 252
L'éthique du *care* ... 253
Le travail du *care* et sa subalternisation : « sale boulot » et « capitalisme émotionnel » ... 254
***La sage-femme, au croisement du* care *et du* cure** ... 257
Hiérarchisation entre *care* et *cure* ... 257
La sage-femme, une figure ambivalente entre accompagnement relationnel (*care*) et responsabilités médicales (*cure*) ... 257
Invisibilisation de la part « cure » de la profession du fait de son ancrage féminin ... 258
Une reconnaissance insuffisante et ses effets concrets ... 259
Manque de reconnaissance sociale ... 259
Impact sur le bien-être émotionnel des sages-femmes et des femmes qu'elles accompagnent ... 261
Crise des vocations et enjeux collectifs ... 262
Désaffection de la maïeutique : épuisement émotionnel et crise des vocations ... 262
Pénurie mondiale de sages-femmes ... 264
Conclusion du chapitre 6 ... 266

CHAPITRE 7. CIRCULATION DES EMOTIONS DE REBELLION ET RESISTANCES COLLECTIVES : DES EMOTIONS SILENCIEES AUX PRATIQUES SUBVERSIVES ... 269

Introduction du chapitre 7 ... 269
I- Dynamiques de partage et de rétention des émotions ... 270
Récits ... 270
Trouver un lieu pour dire : auto-ethnographie d'un partage émotionnel empêché ... 270
Une case où pleurer ... 271
« Me hizo bien poder decir todo eso. » ... 271
Le « partage social des émotions » (Rimé et al., 1991; Rimé & Paez, 2011) ... 272
Des récits au cadre théorique : définition du « partage social des émotions » ... 272
Faible partage social émotionnel chez les sages-femmes ... 273
Les raisons du faible partage social émotionnel chez les sages-femmes ... 273
Les effets de la propagation ... 273
Les représentations sociales comme mode de régulation de l'expression émotionnelle ... 274
Choix des interlocuteurs ... 275
L'isolement organisationnel ... 275
Coût du non-partage émotionnel, recommandations et impasses institutionnelles ... 276
II- Normes émotionnelles autour de la maternité ... 277
Pendant l'accouchement ... 277
Aïssata ... 277
Le « Mougne » ... 279
La soumission aux normes de la « bonne patiente » ... 280
Discours émotif dominant pour les parturientes ... 281
Après la naissance ... 283
« Cadre affectif rigoureux » ... 285
Expression de la sensibilité ... 286
Zones de résistance aux normes émotionnelles ... 286
III- La force subversive des « émotions de rébellion » ... 287
Prendre le temps d'un dernier souffle ... 287
Le scandale de l'hôpital St Vincent de Paul ... 289
La force transformatrice d'une association de partage émotionnel pour parents endeuillés ... 290
Depuis la position liminaire de praticienne-chercheure et de mère endeuillée 292
« Sages-femmes » (Fehner, 2023) ... 293
Morcellement des soins ... 293
Ressentir : une modalité de résistance située ... 298
Des « émotions de rébellion » aux résistances collectives ... 298

IV. Les « émotions de rébellion » face aux récupérations institutionnelles des résistances ... 300
France – Maisons de naissance versus Accouchements Accompagnés à Domicile ... 301
Québec – Maisons de naissance versus Accouchements Accompagnés à Domicile ... 303
Angola – Sages-femmes aux savoirs endogènes ... 304
Croisement multi-situé – Médiateurs communautaires ... 306
Conclusion du chapitre 7 ... 307

CONCLUSION DE LA PARTIE II ... 309

PARTIE III. CIRCULATION DES NORMES GLOBALISEES ET RESISTANCES SUBALTERNES – ENTRE PANDEMIE ET PROJETS INTERNATIONAUX ... 311

INTRODUCTION DE LA PARTIE III ... 312

CHAPITRE 8. NAITRE SOUS CONTROLE : EMOTIONS DE REBELLION ET VOIX SILENCIEES EN CONTEXTE PANDEMIQUE EN FRANCE ... 314

Introduction du chapitre 8 ... 314
I- Contexte, problématique et méthodologie ... 316
L'accompagnement autour de la naissance ... 316
L'émergence de la figure du co-parent en salle de naissance ... 317
Nouvelles configurations familiales et attentes sociétales ... 317
Le droit à l'accompagnement autour de la naissance ... 318
Problématique et méthodologie ... 319
II- Résultats ... 321
Recommandations du CNGOF ... 321
Etat des lieux des pratiques ... 324
Influence des recommandations ... 328
Acceptabilité sociale des mesures d'éviction des accompagnants ... 331
Conclusion du chapitre 8 ... 336
Faits anthropologiques ... 336
Biopouvoir et décisions verticales ... 337
Questions épistémiques ... 338

CHAPITRE 9. RECITS POLYPHONIQUES DE 41 SAGES-FEMMES DE 29 PAYS : EMOTIONS DE REBELLION ET RESISTANCES A BAS BRUIT EN TEMPS DE COVID-19 ... 342

Introduction du chapitre 9 ... 342
I- Contexte et problématique ... 344
Résultats d'études européennes sur l'impact des mesures restrictives : solitude et dépression maternelle, anxiété parentale et difficultés de l'établissement des premiers liens parents-enfants, forte défiance envers les protocoles ... 344
Résultats d'études américaines : élargissement à l'augmentation de l'impact du racisme obstétrical pendant la pandémie ... 345
Résultats d'études d'Océanie : un écho à la détresse émotionnelle des femmes et au contournement des restrictions hospitalières via les choix d'accouchements à domicile ... 346
Résultats d'études africaines : précarisation du système, augmentation de la perception négative des centres de soins et recul du recours aux maternités ... 346
Résultats d'études asiatiques : dépressions maternelles et augmentation de la pathologisation de la maternité ... 347
Impact des politiques restrictives sur l'allaitement ... 347
Une critique internationale du déséquilibre bénéfices-risques des politiques périnatales ... 347
Une littérature peu attentive au vécu des sages-femmes ... 348
Problématique ... 348
II- Méthodologie ... 349
Choix de la méthode : entretiens semi-directifs ... 349
Corpus : entretiens avec 41 sages-femmes issues des 5 continents ... 349
III- Résultats ... 353
Droit des parturientes à être accompagnées par la personne de leur choix : un marqueur des inégalités d'accès à une naissance humanisée ... 353
Avant la pandémie : inégalités d'accès au droit à la présence de l'accompagnant lors de la naissance ... 353

Pendant la pandémie : un recul majeur du droit à l'accompagnant autour de la naissance 361
Facteurs de protection à la présence de l'accompagnant 364
Vécus émotionnels des sages-femmes face à l'éviction des accompagnants 365
Résistances émotionnelles transformatives de sages-femmes et de parents pour maintenir la présence de l'accompagnant 368
Mesures barrières et déshumanisation de la naissance 369
Masque : cristallisation du sentiment d'invisibilisation des sages-femmes 370
Masque : de la protection à la maltraitance 373
Résistances émotionnelles subversives au port du masque 376
Distanciation sociale : miroir de la fragilité des avancées pour une naissance humanisée 377
Distanciation sociale : restriction des suivis et de leur qualité 378
Gestion des ressources humaines : le reflet de dysfonctionnements préexistants 380
Naissances hors de l'hôpital : de modèles marginalisés à des espaces de sécurité et d'autonomie 382
Recrudescence des projets de naissance hors de l'hôpital pendant la pandémie 382
Motivations des femmes à transformer un projet de naissance hospitalière en projet d'accouchement à domicile 384
Capacité de réponse des sages-femmes aux demandes d'accouchements hors de l'hôpital 387
Recul du droit des sages-femmes de pratiquer l'AAD 389
Récits issus des marges 390
Récit d'un accouchement à domicile pendant la pandémie 390
Récit des soins de prévention au Covid pratiqués par une sage-femme aux savoirs endogènes 392
Conclusion du chapitre 9 392
Déshumanisation des soins : la pandémie comme révélateur des tensions structurelles 392
Injustices épistémiques et marginalisation des savoirs féminins situés 393
Résistances à bas bruit et pouvoir d'agir dans les marges 394
Émotions de rébellion et subjectivités comme leviers critiques 395
Pour une co-construction des politiques de santé : reconnaître les savoirs subalternes 396
Du biopouvoir aux résistances situées : vers une critique épistémique des normes périnatales 396

CHAPITRE 10. PROJETS DE SANTE REPRODUCTIVE EN AFRIQUE DE L'OUEST : ENTRE EMANCIPATION AFFICHEE, COLONIALITE DES SAVOIRS ET INVISIBILISATION DES RESISTANCES ENDOGENES 398

Introduction du chapitre 10 398
I- Contexte, problématique, méthodologie 400
Contexte : Défis de la décolonisation du corps des femmes et de la reconnaissance des résistances silencieuses dans les projets de santé en Afrique de l'Ouest 400
Problématique : Comment décliner une vigilance épistémologique au sein des projets de solidarité internationale en santé des femmes, en intégrant la reconnaissance des « résistances à bas bruit » et des « émotions de rébellion » comme ressources épistémiques ? 403
Méthodologie 404
Analyse critique de deux projets de santé au Bénin et en Côte d'Ivoire 404
Corpus de données pour le projet au Bénin 405
Corpus de données pour le projet en Côte d'Ivoire 407
Processus de validation collective des résultats de l'analyse des données 409
II- Analyse critique d'un projet d'humanisation de la naissance au Bénin 410
Contexte 410
Un projet prônant l'humanisation de l'accouchement à partir d'un modèle japonais 411
Mise en œuvre dans la plus grande maternité du Bénin 413
Difficile appropriation d'un projet japonais imposé aux sages-femmes des salles de naissances 414
Un projet instaurant une différence de qualité de prise en charge entre les parturientes 415
Freins liés aux normes tayloristes d'efficacité : bio-technicisation et pathologisation de la naissance 416
Obstacles associés à la défiance envers les savoirs féminins endogènes 417
Absence d'exploration de modèles endogènes d'accouchement humanisé 418
Réticences du fait de l'incorporation de la position gynécologique par les sages-femmes : modernité, confort et hygiénisme 420
Retours positifs des parturientes : réappropriation du modèle et nouveaux récits d'accouchements hospitaliers 421
S'émanciper d'un modèle biomédical occidental par l'appropriation d'un modèle japonais dé-technicisé ? ... 423
III- Analyse critique d'un projet d'auto-gynécologie en Côte d'Ivoire 423
Contexte 423
Un modèle importé du Nord annonçant la «réappropriation des savoirs féminins et vernaculaires » 425
Une "biomédicalisation" des ateliers d'auto-gynécologie et une invisibilisation des savoirs féminins endogènes 427

Biomédicalisation ... 428
Invisibilisation des savoirs féminins endogènes et des « résistances à bas bruit » ... 429
Verticalisation des rapports facilitatrices/participantes et prégnance des savoirs théoriques ... 433
L'importation d'une pratique à visée égalitariste dans un contexte marqué par de profondes inégalités ... 434
Décoloniser le corps des femmes au Sud par des ateliers d'auto-gynécologie conçus et animés par une ONG biomédicale occidentale ? ... 436
Conclusion du chapitre 10 ... 437
Pour une sociologie des absences : démasquer les injustices épistémiques testimoniales et herméneutiques au cœur même des projets ... 437
De la conception à l'évaluation des projets de santé : dévoiler l'illusion participative et les injustices épistémiques collaboratives ... 439
De la sociologie des absences vers une sociologie des émergences ... 440

CONCLUSION DE LA PARTIE III ... 443

CONCLUSION GENERALE ... 445

APPORTS CONCEPTUELS ET THEORIQUES ... 447
Inscription dans les épistémologies critiques ... 447
Les émotions comme ressources épistémiques et politiques ... 448
Les résistances ordinaires et invisibilisées ... 449
Vers une maïeutique émancipatrice ... 450
APPORTS METHODOLOGIQUES ... 452
Une enquête multi-située et polyphonique ... 452
Une posture située et engagée ... 452
L'auto-ethnographie critique comme ressource ... 453
Une contribution à la reconnaissance des approches sensibles mettant l'étude des émotions et de la corporéité au cœur de la recherche ... 454
APPORTS EMPIRIQUES ... 454
Les résistances individuelles et corporelles ... 455
Les résistances collectives et partagées ... 455
Les résistances institutionnelles et nationales ... 456
Les résistances transnationales ... 456
Une cartographie des résistances invisibilisées ... 457
IMPLICATIONS SCIENTIFIQUES ET PROFESSIONNELLES ... 458
Implications pour la recherche scientifique ... 458
Implications pour la formation des sages-femmes ... 459
Implications pour les institutions de santé ... 460
Implications pour les politiques publiques ... 461
Outillage opérationnel ... 462
LIMITES DE LA RECHERCHE ... 463
La non-exhaustivité du corpus ... 463
Les contraintes linguistiques et culturelles ... 464
La temporalité de la recherche ... 464
Les limites de l'auto-ethnographie critique ... 465
La difficulté d'articuler les échelles ... 465
Les limites du cadre théorique mobilisé ... 466
PERSPECTIVES DE RECHERCHE ... 467
Approfondir la dimension intersectionnelle ... 467
Développer des recherches longitudinales ... 468
Étendre les terrains et comparer les contextes ... 468
Expérimenter les forums hybrides ... 469
Ouvrir à d'autres champs disciplinaires ... 469
UN HORIZON EMANCIPATEUR ... 470

GLOSSAIRE CRITIQUE EN MAÏEUTIQUE : CONCEPTS ET TERMES ESSENTIELS ... 471

LISTE DES ABREVIATIONS ... 494

BIBLIOGRAPHIE ... 496

ANNEXES ... 543

ANNEXE A – NOTE DE SYNTHESE DESTINEE AUX DECIDEURS ... 544
Contexte ... 544
Voix du terrain ... 544

Problème 545
Principaux résultats de la recherche 545
Recommandations pour l'action 545
Garde-fou 546
Pour qui ? 546
ANNEXE B – DECLINAISON PAR PROFILS 547
ANNEXE C – CADRE LOGIQUE MINIMALISTE 549
ANNEXE D – TABLEAU D'INDICATEURS CROISES 551
ANNEXE E – AUTORISATION D'UTILISATION DES DONNEES SUR LE PROJET D'AUTO-GYNECOLOGIE EN COTE D'IVOIRE (CHAPITRE 10) 553
ANNEXE F – GUIDE D'ENTRETIEN AUPRES DES 55 SAGES-FEMMES DE 36 PAYS 557
TABLE DES MATIERES 558
TABLE DES ILLUSTRATIONS 567

Table des illustrations

Figure 1 : Toile peinte par un artiste guinéen resté anonyme 2
Figure 2: Entrée du quartier de la communauté Ayoreode en Bolivie. Photo prise par ML Deneffe Dobrzynski en 2013..... 32
Figure 3: Entrée du quartier Rom de la ville de Sliven en Bulgarie. Photos prises par ML Deneffe Dobrzynski en 2018..... 33
Figure 4: Obstacles géographiques entre des communautés Ovimbundu et le centre de santé de la municipalité de Mungo. Province de Huambo. Angola. Photos prises par ML Deneffe Dobrzynski en 2004 34
Figure 5 : Carte des zones géographiques de collecte des données dans le cadre de la recherche doctorale 63
Figure 6 : Cartographie des lieux d'exercice des sages-femmes entendues en entretiens dans le cadre du recueil des récits de pratique 65
Figure 7 : Tranche d'âge des 55 sages-femmes entendues en entretien dans le cadre du recueil de récits de pratique..... 66
Figure 8 : Nombre d'années d'exercice des sages-femmes entendues en entretien dans le cadre du recueil de récits de pratique..... 67
Figure 9 : Types d'expérience professionnelle liée à l'accompagnement de la naissance pour les sages-femmes entendues en entretien dans le cadre du recueil de récits de pratique..... 67
Figure 10 : Langues dans lesquelles les entretiens ont été menés pour recueillir les récits de pratique de sages-femmes 69
Figure 11 : Affiches de sensibilisation de l'OMS à la bientraitance lors de la naissance..... 95
Figure 12 : Les petits paquets de pagne (Photo prise par ML Deneffe Dobrzynski, Sénégal, 1999)..... 222
Figure 13 : Affiche de l'OMS pour le droit à une naissance en sécurité et heureuse pendant la pandémie de Covid-19 319
Figure 14 :: Captures d'écran de pages internet illustrant l'influence des recommandations du CNGOF (captures réalisées durant le premier confinement lié au Covid 19 en France)..... 328
Figure 15 : Figure 16 : Carte indiquant les zones géographiques où exercent les 41 sages-femmes ayant participé aux entretiens sur la naissance en temps de Covid 19 351
Figure 16 : Langues dans lesquelles les entretiens ont été menés pour recueillir les récits de sages-femmes sur leur pratique pendant la Covid-19 351
Figure 17 : Tranche d'âge des sages-femmes entendues en entretien sur leurs pratiques pendant la pandémie de la Covid-19 352
Figure 18 : Pratiques professionnelles exercées pendant la pandémie pour les 41 sages-femmes entendues en entretien sur leurs pratiques pendant la Covid-19 353
Figure 19 : Arc de protection installé sur les tables d'accouchement par le ministère de la santé péruvien (Ministerio de Salud de Peru & Plataforma digital única del Estado Peruano, 2020)..... 378
Figure 20 : Cartes de l'Afrique de l'Ouest - Localisation des deux études de terrain 405
Figure 21 : Cartographie réalisée par des travailleuses du sexe de la commune d'Abobo, à Abidjan..... 430
Figure 22 : Cartographie réalisée par des travailleuses du sexe de la commune de Yopougon, à Abidjan..... 431

Tableau 1 : Dispositifs méthodologiques en résonance avec une posture inductive et située . 61
Tableau 2 : Méthodologies principales mobilisées par partie de la thèse 62

Tableau 3 : Liste des terrains investigués par la collecte des données en fonction du mode de recueil 64
Tableau 4 : Présentation synthétique des six enquêtes socio-anthropologiques (2011–2018) et de leurs apports spécifiques à cette recherche 73
Tableau 5 : Typologie des écrits analysés pendant le premier confinement en France 321
Tableau 6 : Recommandations du CNGOF quant à la présence de l'accompagnant autour de la naissance, pendant le premier confinement lié au Covid 19 en France 323
Tableau 7 : Etat des lieux des pratiques d'éviction des accompagnants autour de la naissance pendant le premier confinement lié au Covid 19, en France 327
Tableau 8 : Acceptabilité sociale des mesures restrictives autour de la naissance pendant le premier confinement lié au Covid 19 en France 334
Tableau 9: Corpus des données pour l'analyse du projet au Bénin 406
Tableau 10 : Corpus de données pour l'analyse du projet en Côte d'Ivoire 408

4ème de couverture

Thèse de doctorat

Titre : Emotions de rébellion et résistances à bas bruit chez les sages-femmes et les femmes-patientes : Enquête internationale au cœur de la fabrique d'une maïeutique émancipatrice

Mots clés : Justice cognitive, Emotions de rébellion, Résistances à bas bruit, Maïeutique émancipatrice, Décolonisation des savoirs, Auto-ethnographie critique

Résumé :
Et si les émotions, longtemps mises à distance dans le monde médical, devenaient des outils critiques pour réinventer les pratiques ?
Cette thèse analyse l'accompagnement de la naissance comme un espace où s'entrelacent savoirs professionnels, rapports de pouvoir et formes de résistance. Elle interroge les normes internationalisées qui façonnent les soins en périnatalité, et les manières subtiles dont sages-femmes et femmes-patientes, parfois, s'en écartent.
Basée sur des récits de 55 sages-femmes de 36 pays, des enquêtes dans six pays du Sud global et une auto-ethnographie réflexive de praticienne-chercheure, cette recherche propose une lecture des dynamiques de domination en santé périnatale, et documente des résistances discrètes qui y émergent.
Deux concepts analytiques se dégagent des données:
- Les *émotions de rébellion,* réponses sensibles aux injustices structurelles et moteurs de transformation des pratiques ;
- Les *résistances à bas bruit,* gestes quotidiens souvent invisibles aux yeux des institutions, reconfigurant les normes sans confrontation directe.
En questionnant la place des savoirs émotionnels, expérientiels et endogènes en santé périnatale, cette thèse s'inscrit dans une redéfinition critique, féministe et décoloniale de la maïeutique. Elle ouvre des pistes concrètes pour articuler la sécurité biomédicale avec la reconnaissance de la pluralité des savoirs et l'autodétermination des actrices concernées.

Doctoral dissertation

Title : Emotions of rebellion and low-profile resistances among midwives and women-patients: An international inquiry into the making of an emancipatory midwifery

Keywords : Cognitive justice, Emotions of rebellion, Low-profile resistances, Emancipatory midwifery, Decolonization of knowledges, Critical auto-ethnography

Abstract : What if emotions—long sidelined in the medical field—were reclaimed as critical tools to reinvent care practices?
This dissertation explores childbirth care as a space where professional knowledge, power relations, and forms of resistance intertwine.
It questions the internationalized norms shaping perinatal care and explores the subtle way in which midwives and women-patients sometimes deviate from them.
Drawing on narratives from 55 midwives across 36 countries, fieldwork conducted in six countries of the Global South, and a reflexive autoethnography from a practitioner-researcher's perspective, this study offers a reading of the dynamics of domination in perinatal health and documents subtle forms of resistance that arise them.
Two analytical concepts emerge from the data:
- *Emotions of rebellion*, affective responses to structural injustices as catalysts for transforming care practices ;
- *low-profile resistance*, everyday gestures, often invisible to institutions, that subtly reconfigure norms without overt confrontation.
By interrogating the place of emotional, experiential, and endogenous knowledges in perinatal health, this thesis contributes to a critical, feminist, and decolonial redefinition of midwifery. It offers concrete avenues to articulate biomedical safety with the recognition of epistemic plurality and the self-determination of the women involved.