

Sommaire

Introduction — 7

Orchestrer la déroute périnatale — 15

À l'origine des violences : l'émergence des normes
de la maternité moderne — 51

Produire de la valeur (et de la violence)

sur le corps et la psyché des femmes — 99

Pour une maternité anticapitaliste — 159

Conclusion — 205

Remerciements — 209

Notes — 210

Pour une maternité anticapitaliste

Il l'éprouve chaque jour, les individus existent moins que les liens qui les unissent, existent autant que les communautés auxquelles ils appartiennent, puisqu'étant reliés dans ce qu'on nomme société nous sommes collectivement mêlés à l'affaire, partie prenante de tout ce qui advient.
Joy Sorman³⁵⁵

Faire alliance avec ceux et celles qui accompagnent les femmes

En décembre 2022, une gynécologue obstétricienne étrangère, qui travaille en France depuis plusieurs années dans une maternité publique de Seine-Saint-Denis, me raconte une consultation. La femme enceinte avec qui elle s'entretient tourne de l'œil. Après son malaise, la patiente lui révèle qu'elle n'a pas mangé depuis plusieurs jours. La soignante l'emmène prendre un sandwich afin de pouvoir ensuite poursuivre sa consultation dans de bonnes conditions. Cette médecin se retrouve, sur son temps de consultation, à la cafétéria de l'hôpital avec sa patiente au lieu de l'examiner dans le box dédié. Elle poursuit son récit et évoque comment deux confrères, en les croisant attablées à discuter, la hèlent : «T'as pas fait 10 années de médecine pour faire l'assistante sociale!»

Elle est furieuse. La maternité où elle travaille a mis en place une consultation dédiée aux femmes en situation de grande précarité. Celle-ci permet un temps de consultation plus long avec ces patientes, un lien quotidien des médecins et sages-femmes avec l'assistante sociale et la médiatrice en santé, dans le cadre d'un «staff MPS³⁵⁶». Mais force est de constater que, malgré ces aménagements spécifiques, les

conditions d'existence de ces femmes sont si violentes que leurs situations nécessiteraient encore bien plus. Ainsi, lorsque cette médecin emmène sa patiente à la cafétéria, son positionnement n'est pas «charitable³⁵⁷». Nourrir cette patiente, la considérer dans ce qu'elle vit maintenant est la seule issue qui permette de continuer sa consultation. Il ne s'agit pas non plus d'une sortie du cadre institutionnel, le contenu de son poste consiste précisément à soigner ces femmes. Elle considère seulement ce qui fait soin, ici et maintenant. Le soin qu'elle prodigue à sa patiente, son indignation face à ses confrères témoignent de sa persistance à soigner sa patiente. Cette rencontre illustre la pratique d'une médecine qui prend en compte les aspects sociaux jalonnant la vie des patient·es. On peut la nommer médecine sociale, médecine communautaire – cette pratique est en réalité l'exercice de ce que devrait toujours être la médecine ; une posture de soin autour de l'accompagnement de la naissance ; une rencontre qui permet d'accueillir la patiente. Ce lien est nécessaire, car il rend possible le continuum de pratique et d'attention qui définissent l'accueil du nouveau-né. L'attention de cette médecin à sa patiente rappelle que la manière dont les femmes accouchent pour mettre au monde les enfants n'est pas seulement l'histoire de l'une d'entre elles, mais bien de toutes et tous.

Pourtant, tou·tes ne se sentent pas concerné·es. Et la remarque des deux confrères n'est pas isolée, loin de là. On entend souvent, dans la bouche des personnels médicaux, ce genre de commentaire : «Mais que fait l'assistante sociale ? » ou des constats du type : «Il est 17 heures, l'assistante sociale doit déjà être partie ! » Cette méconnaissance de l'exercice professionnel des collègues doublée d'une profonde déconsidération du métier de l'autre, ici du travail

social, participe à masquer les difficultés que rencontrent ces professionnel·les dans leur exercice au quotidien. C'est ignorer que les assistantes sociales, quand elles ouvrent des droits sociaux, orientent vers des restaurants solidaires, vers des accueils de jour, effectuent des demandes d'hébergement, se retrouvent face à un contexte très défavorable qui empêche les personnes qu'elles accompagnent dans leurs demandes d'accéder à leurs droits et que quand ces demandes aboutissent, ce n'est qu'après plusieurs semaines, voire plus souvent plusieurs mois. C'est aussi critiquer des temporalités professionnelles très différentes, en occultant des écarts de salaires importants³⁵⁸. On pourrait arguer de la « responsabilité médicale », du « niveau d'études », mais la responsabilité des autres soignant·es (assistantes sociales, sages-femmes, auxiliaires de puériculture, auxiliaires de soins, aides-soignantes) est tout aussi réelle, et les engage fortement dans le soin et dans l'accompagnement des femmes. Les positions sociales et professionnelles privilégiées que détiennent les médecins ne font presque jamais l'objet d'un regard autocritique et ces postures les empêchent de voir le réel des autres travailleur·euses de l'institution, des équipes, de leurs patientes.

Cette remarque révèle aussi le hiatus et les hiérarchies existant entre corps médical (comme plus haut niveau de soin) et travail médicosocial et social (réalisant la basse tâche méprisée de l'accompagnement quotidien). Celui-ci prend ses racines dans un système soutenant en amont ces rapports normatifs et de domination, et encourage une violence systémique. Déconsidérer ce contexte revient à oublier le dénigrement fréquent du travail social par les équipes de soin. Le *turn-over* des assistantes sociales hospitalières, volant de service en service, est considérable. C'est quand elles manquent à l'appel qu'on

réalise l'ampleur du vide laissé leur absence. Ce « que fait l'assistante sociale ? » témoigne aussi de l'acceptation et de l'intégration d'une division du travail autant hiérarchisée que sectorisée qui pourtant, si l'on considère le soin, devrait s'articuler et permettre le travail en équipe, mais qui dans les faits n'est que peu effective. Les médecins ne traduisent le plus souvent que leur angoisse de voir se fragiliser le statut social d'« élite scientifique » acquis par adhésion à la méritocratie³⁵⁹, qui les maintient dans une position privilégiée. Les médecins, par leur statut professionnel, sont liés à une classe sociale particulière et ont, par leur « homogénéité de classe », des accointances fortes avec le pouvoir, comme l'a montré Pierre Bourdieu dans *La distinction*³⁶⁰. Ce positionnement participe au maintien des hiérarchies du monde médical et hospitalier visibles en maternité. La gynécologie obstétrique, ni très prestigieuse ni sous-considérée, se situe dans la moyenne des spécialités choisies à l'internat. Mais parce qu'elle se confronte au partage de l'exercice médical avec les sages-femmes, elle tire aussi son prestige de l'influence et du pouvoir qu'elle détient sur cette autre profession médicale.

Cette situation particulière a placé et place encore le corps des sages-femmes dans une position ambivalente. Pour valoriser et faire reconnaître la profession, elles en passent par l'adhésion à cette technicisation héritée de la médecine, pourtant à contre-courant de tout accompagnement singulier à la grossesse et à l'accouchement qui caractérise le sens même de leur métier. Les compétences humaines et relationnelles sont loin d'être l'un des prérequis dans la formation à l'exercice de la médecine. Le concours sélectionne, pour sa grande majorité, des profils d'excellence scolaire et de performance dans l'acquisition de connaissances mais pas aux compétences humaines

d'empathie, d'attention, d'écoute qui pour être mises en œuvre nécessitent du temps. Cela positionne les sages-femmes dans des enjeux de reconnaissance complexes. Elles cherchent dans le même temps celle des médecins et celle des femmes. Une partie du malaise se situe peut-être en partie là.

En dérogeant à la norme, la médecin dont nous parlions plus haut « gaspillerait » le précieux et sacro-saint temps médical qui doit être optimisé en raison de la situation de pénurie dont souffre le pays. Elle dilapiderait un bien rare et participerait à la désorganisation de l'hôpital. Il existe des protocoles et des recommandations, elle devrait s'y tenir. Elle dramatise sûrement la situation de sa patiente, avec son émotivité qui prend le dessus.

Face à des patientes sans hébergement, enceintes ou avec un nouveau-né, des services ouvrent les salons des familles, alors investis par ces femmes qui ont été discrètement renseignées par un·e soignant·e du service, soutenu·e plus ou moins publiquement par la chefferie de service, voire parfois sa direction, pour qu'elles trouvent un abri. À ces familles, les équipes trouveront toujours un repas surnuméraire du service à apporter. Il y a aussi des halls d'urgence qui, le soir, voient sortir de leurs faux plafonds couvertures et matelas, et se transforment en dortoir, pour que des personnes présentes, bien que non hospitalisées, puissent s'y reposer. Ces situations ne se voient pas partout, mais elles existent. Elles sont plus fréquentes qu'on ne le croit et font penser qu'on n'empêchera pas les réactions d'entraide des soignant·es envers les personnes qui en ont besoin.

Nombreux·ses sont les professionnel·les défendant la relation de soin. On le constate aux messages envoyés sur des cartes postales et faire-part d'ancien·nes patient·es du service, placardés sur les murs des salles de pause. Ces messages rappellent

que les femmes, leur conjoint·e se souviennent du lieu, des équipes, n'ont pas oublié la sage-femme qui les a accouchées, accompagné·es ; ils et elles ont une mémoire des lieux et de l'investissement qu'ils nécessitent pour les soignant·es et ont nécessité pour elles et eux. Ces signes rappellent la possibilité de tisser la rencontre dans les lieux et leurs alentours où traînent, errent conjoint·es, familles, ami·es... Ils sont le signe de l'existence des possibilités d'entraide entre les femmes et leurs soignant·es. Les dessins d'un homme sur les vitres du poste de soin, qu'aucun·e soignant·e n'effacera, le rappelle. Les couples, les familles ont habité les lieux. Les murs, les sols, les soignant·es s'en souviennent, par la trace des patientes, les indélébilités du sol, de l'odeur, qu'on l'aime ou qu'on l'exècre, la présence d'associations tricotant des layettes et qui passent le mercredi, la possibilité d'héberger des familles, de garder parfois les enfants de femmes qui n'ont pas d'autres endroits où aller, cela jusqu'à épuisement. On aura beau vider les lieux de leur substance, le rapport sensible que les familles ont avec eux ne s'oublie pas, il marque les corps et les mémoires de tou·tes.

On voit résister ceux et celles qui ne vont pas aux manifestations, ne signent pas de tribunes, mais qui veillent près du lit de leur patient·es, terminent plus tard car ils ou elles ne peuvent pas partir avant l'issue d'un accouchement, déjeunent à 15 heures parce qu'ils et elles n'ont pas vu le temps passer, que les « urgences » de femmes qui accouchent se sont enchaînées. Ceux et celles-là soignent et Les Furtifs (collectif de soignant·es) l'écrivent :

Le soin, on n'a jamais pu bien le définir. Prendre soin, c'est au départ « avoir le souci de », c'est une proximité et une préoccupation. Il est ainsi

à souligner que soigner ce n'est pas forcément réparer. La réparation irait confondre le sujet humain et la machine. Que ce soit en terme physique ou psychique le soin hospitalier ne peut être opératoire, il est un ensemble de facteurs organisationnels inséparables des dispositifs liés au collectif soignant. Ce collectif contient et soutient une présence nécessaire, une présence soignante hospitalière dans laquelle l'accueil prédomine. Soigner, ce n'est pas l'application d'un logiciel ou de diverses recommandations protocolaires. Ce qui soigne c'est la rencontre, la présence, le temps, l'accompagnement, la préoccupation, c'est une présence de corps, au pied du lit, au lit des maux. Prendre soin c'est du sérieux, c'est prendre le temps que nécessite ce soin, ça ne peut pas se mesurer, ça ne peut pas s'objectiver, ça ne peut pas se compter, ça ne peut pas s'évaluer, c'est ce qui fait sa valeur et sa rareté. Le soin c'est toujours un peu subjectif parce que c'est un sujet humain là pour un autre sujet humain³⁶¹.

Cette définition permet d'appréhender la réalité d'un travail soignant et en creux les profondes mises en cause dont sont victimes les soignant·es dans leur exercice au quotidien qui contribuent à expliquer ce contexte violent dans lequel pénètrent les patientes quand elles arrivent à la maternité. C'est aussi un message de la résistance que l'on observe chez la plupart d'entre elles·eux, quand on les regarde au travail, avec les patientes, quels que soient les codes sociaux, les hiérarchies hospitalières. Ils et elles s'y attèlent dans le cadre de l'institution – ou de ses interstices, si les protocoles en vigueur les en empêchent.