

Détresses sociales autour de la naissance

Un risque invisibilisé par les tensions inter/intraprofessionnelles ?

Patricia Perrenoud

Émulations - Revue de sciences sociales, 2020, n° 35-36, « Santé, inégalités et discriminations ».

Article disponible à l'adresse suivante

<https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations/article/view/perrenoud>

Pour citer cet article

Patricia Perrenoud, « Détresses sociales autour de la naissance. Un risque invisibilisé par les tensions inter/intraprofessionnelles ? », *Émulations*, n° 35-36, Mise en ligne le 30 décembre 2020.

DOI : 10.14428/emulations.03536.03

Distribution électronique : Université catholique de Louvain (Belgique) : ojs.uclouvain.be

© Cet article est mis à disposition selon les termes de la Licence *Creative Commons Attribution, Pas d'Utilisation Commerciale 4.0 International*. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Éditeur : Émulations – Revue de sciences sociales / Presses universitaires de Louvain
<https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations>

ISSN électronique : 1784-5734

Détresses sociales autour de la naissance

Un risque invisibilisé par les tensions inter/intraprofessionnelles ?

Patricia Perrenoud¹

[Résumé] Dans les pays à hauts revenus, les inégalités sociales de santé autour de la naissance se traduisent en une morbi-mortalité plus élevée des femmes immigrantes. À partir d'une enquête ethnographique réalisée auprès de sages-femmes indépendantes en Suisse romande, cet article analyse la situation et le suivi de femmes immigrantes aux prises avec de la détresse sociale impliquant pauvreté, solitude ou violence. Ces situations requièrent une collaboration inter/intraprofessionnelle, parfois difficile à mettre en place selon les sages-femmes. L'article aborde les écueils de collaboration décrits à partir d'une perspective de sociologie des professions et montre comment les tensions inter/intraprofessionnelles interfèrent avec la circulation des informations et la réponse aux besoins des femmes concernées.

Mots-clés : détresse sociale, inégalités sociales de santé, migration, naissance, sociologie des professions.

Social distress and the perinatal period: a risk made invisible by inter/intraprofessional tensions?

[Abstract] In high-income countries, social inequalities in perinatal health result in a higher morbi-mortality of immigrant women. Based on an ethnographic fieldwork conducted with Swiss community midwives, this article analyses the situation and care of immigrant women who suffer from social distress such as poverty, loneliness or violence. These situations demand an inter/intraprofessional collaboration – which can be difficult to implement according to midwives. The article further analyses how inter/intraprofessional tensions may hinder the circulation of information and the delivery of care to mothers in social distress from the standpoint of the sociology of professions.

Keywords: social suffering, social inequities of health, immigration, pregnancy, sociology of professions.

Introduction

Les inégalités sociales en santé périnatale constituent une priorité de santé publique dans les pays à hauts revenus. Ces inégalités se traduisent par une surmortalité des mères et nouveau-nés immigrants (Berrut, 2014 ; Wanner, Bollini, 2017), une mortalité triplée, voire quintuplée pour les mères nées en Afrique subsaharienne (Sauvegrain *et al.*, 2017). Ces différences de taux de mortalité ne représentent cependant qu'une proportion des effets des inégalités sur la vie des familles. Leurs effets se traduisent aussi par des morbidités plus difficiles à définir et, par conséquent, à quantifier, qui

¹ Professeure associée, Haute École vaudoise de la santé, Haute École spécialisée de Suisse occidentale, HESAV/HES-SO.

touchent la santé physique et mentale, et interfèrent avec le vécu de la période périnatale (Deneux-Tharoux, Saucedo, 2017).

Cet article s'intéresse aux femmes en situation de détresse sociale durant la période périnatale. Le concept de détresse est utilisé pour interroger les liens entre les conditions de vie et les états subjectifs des acteurs sociaux afin de dépasser le cadre des nosographies psychiatriques et de se départir de la dichotomie malade/non malade (Massé, 2008). Cette compréhension ne rejette pas les entités nosologiques, d'anxiété ou de dépression, mais vise à saisir les expériences négatives des acteurs sociaux à l'intérieur d'un *continuum* en incluant les situations non diagnostiquées et non suivies médicalement (*Ibid.*). Cette posture fait sens, anxiétés et dépressions étant sous-diagnostiquées et sous-traitées, en particulier chez les femmes immigrantes (Goguikian Ratcliff *et al.*, 2015).

Parler de détresse sociale implique de considérer la construction des inégalités sur un plan politique au niveau des lois et des procédures qui régulent les relations de travail ou l'accès aux prestations sociales, par exemple (Mirowsky, Ross, 2003). Ce double sens rééquilibre la compréhension des causalités de la détresse en portant attention aux effets des politiques sociales, et en rompant avec l'individualisation de ces causalités qui est typique du climat néolibéral actuel (Otero, 2003).

Les connaissances sur les inégalités sociales en santé périnatale proviennent souvent de données quantitatives. Rares sont les ethnographies qui en décrivent les implications pour les familles ou qui analysent les processus sociaux impliqués dans leur construction. Cet article vise à combler ce manque en mobilisant des données extraites d'une recherche doctorale. Cette dernière a porté sur la construction des savoirs issus de l'expérience de sages-femmes indépendantes suisses. Ces savoirs sont le résultat de processus de négociation situés à l'intérieur de communautés de pratique (Lave, Wenger, 1991). Ces dernières se définissent en tant que groupes de praticiens rassemblés dans un lieu appelant cette élaboration continue de représentations et de pratiques (*Ibid.*) et aboutissant à la production de savoirs situés reflétant les spécificités du lieu de pratique (Marchand, 2010). Ces constructions incluent des capacités sensorielles et motrices, formant des productions aussi subjectives que sociales (*Ibid.*). Dans cette perspective, les savoirs ne se déclinent guère en termes de vrai ou de faux, mais relèvent de ce qui se vit en pratique et de ce qui intervient pour construire et représenter le rôle professionnel. Par conséquent, tout praticien, dont les conditions de travail diffèrent de celles de ses pairs, construit des savoirs comportant une part irréductible d'originalité. C'est le cas des sages-femmes indépendantes au centre de cette enquête. Contrairement aux obstétriciens et sages-femmes travaillant en cabinet ou en milieu hospitalier, celles qui sont indépendantes se rendent au domicile des familles pour assurer le suivi postnatal. Ces sages-femmes sont témoins des conditions de vie des femmes dont elles assurent l'accompagnement.

La particularité du système de santé suisse est de comporter un suivi postnatal à domicile par une sage-femme indépendante jusqu'à deux mois après la naissance

(FSSF, 2019). Ce suivi est financé dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie LAMAL (OFSP, 2020). Lors des visites à domicile, les sages-femmes observent la santé des mères et des nouveau-nés, accompagnent l'allaitement et répondent aux questions des parents. Au-delà de ces activités connues, ces praticiennes adaptent également leur rôle pour les familles en situation de détresse sociale. La majorité des suivis de grossesses est, par contre, effectuée par des obstétriciens en cabinet médical ou par des obstétriciens et des sages-femmes en maternité hospitalière. L'accouchement a lieu pour 98 % des femmes à l'hôpital (OFS, 2018). Dans le secteur public, les femmes et leurs enfants passent ensuite deux à trois jours dans un service postnatal hospitalier, un jour de plus en cas de césarienne.

Le dépistage de la détresse sociale est effectué par une anamnèse² durant le suivi de grossesse, en cabinet médical ou en maternité hospitalière. Ce dépistage n'identifie cependant pas l'intégralité des situations de détresse qui sont parfois découvertes par les sages-femmes indépendantes lors des visites postnatales à domicile. Le dispositif du suivi postnatal à domicile rend en effet la détresse sociale plus directement perceptible, les sages-femmes étant accueillies dans les lieux de vie plus ou moins confortables des familles (Perrenoud, 2016). Cette différence est cruciale pour la sécurité des mères et des enfants puisqu'elle permet de dévoiler des besoins non couverts. Rencontrant des situations où la sécurité physique, matérielle et émotionnelle des mères n'a pas pu être assurée au cours du suivi médical et soignant précédant le retour à domicile, les sages-femmes tentent de communiquer avec leurs partenaires du réseau interprofessionnel pour que le soutien apporté aux familles en situation de détresse sociale soit renforcé.

Qu'un savoir soit crucial pour la sécurité des mères et des enfants ne garantit cependant pas qu'il circule aisément entre différents professionnels et institutions, ceci bien que les institutions et professionnel-le-s de santé exercent leurs activités dans un contexte de promotion de la collaboration interprofessionnelle et de la sécurité dans les systèmes de santé (Waring *et al.*, 2016). Une collaboration que les sages-femmes indépendantes n'estiment pas toujours efficace ; analysée ici à partir d'une perspective de sociologie des professions (Dubar, Tripiet, Boussard, 2011). En interrogeant les difficultés de collaboration de professionnels, dont celles des obstétriciens et des sages-femmes (Cavalli, Gouilhers, 2014), la sociologie des professions déconstruit des phénomènes sociaux, auxquels il est par définition difficile d'échapper. Il ne s'agira donc pas de pointer les réactions de praticiens individuels, mais de souligner comment les logiques sociales de la collaboration retardent tant la compréhension de la détresse sociale que l'élaboration de mesures pouvant la soulager.

1. Méthodes

Cette réflexion repose sur une enquête socioanthropologique, conduite auprès de sages-femmes indépendantes entre 2009 et 2014 en Suisse romande. L'objectif principal de la recherche était d'explorer comment les sages-femmes rencontrées construisent

² Un entretien médical structuré comportant des questions fermées et ouvertes.

leurs savoirs à partir de leur pratique quotidienne et des circonstances dans lesquelles celle-ci se déroule. L'ethnographie réalisée à cette fin est constituée par une triangulation de méthodes qualitatives (Olivier de Sardan, 2008), dont 90 observations de visites postnatales à domicile, 50 entretiens semi-directifs et de multiples entretiens et observations ethnographiques. Des données récentes, extraites d'une recherche en cours sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication par des mères immigrantes, produites avec de mêmes méthodes, ont permis d'actualiser les données³. Les protocoles des deux recherches ont été présentés à la commission d'éthique compétente et ont été avalisés par cette dernière. Les participantes ont reçu une information orale ou écrite à leur convenance et ont donné leur consentement écrit ou oral avec un témoin.

Les sages-femmes ont été recrutées pour intégrer la diversité des profils présents dans le secteur indépendant. L'article rapporte les expériences de sages-femmes indépendantes qui suivent, notamment, des femmes en situation de détresse sociale. Les entretiens visaient à détailler les situations rencontrées et les activités exercées par les sages-femmes lors des visites à domicile. Cette entrée en matière a fait émerger les représentations du rôle professionnel et de la période périnatale ainsi que les processus qui sous-tendent la construction de ces représentations. Les observations de visites à domicile ont permis de confirmer, de confronter ou d'étayer les données tirées des entretiens avec les sages-femmes en incluant les entretiens ethnographiques conduits auprès des mères ou des parents. L'intention était de ne pas limiter *a priori* ce qui ferait « savoir » par une démarche inductive.

Les entretiens ont été intégralement retranscrits, et les observations ont été consignées dans un journal de terrain. Ces données ont fait l'objet d'une analyse thématique avec le logiciel Atlas TI™.

Suite à l'ethnographie principale, des contacts ont été maintenus avec les sages-femmes indépendantes, dans le cadre de restitutions et de réflexions centrées sur les situations de détresse sociale qui constituent l'un des thèmes les plus saillants de l'enquête. Des tentatives d'informer plusieurs professionnels et institutions sur l'étendue de la détresse sociale, qui sont analysées ici, ont été réalisées entre 2012 et 2017.

Évoquant des incompréhensions entre sages-femmes indépendantes et autres professionnels accompagnant des familles en situation de détresse sociale, je précise que j'ai été sage-femme avant de devenir anthropologue. Cela a facilité l'accès au terrain. Afin de créer une première distance à mon objet, j'ai choisi un terrain dans lequel je n'avais pas exercé. J'avais en effet travaillé en milieu hospitalier, mais pas dans le secteur indépendant où l'organisation du travail n'est pas hiérarchisée et où les familles sont rencontrées chez elles. Je me situais donc dans un autre segment professionnel, au sens de Bucher et Strauss (1961), et c'est mon propre segment qui est critiqué ici. Témoin de la situation critique dans laquelle des familles accueillent leur enfant, j'adopte le point

³ Cette ethnographie, financée par le Fonds national de la recherche scientifique, conduite en 2018-2020 auprès de femmes allophones, de professionnel-le-s de la santé et du social et d'interprètes, comporte 48 entretiens semi-directifs, des entretiens ethnographiques et des observations.

de vue d'une socioanthropologie engagée et prends position dans la réflexion (Farmer, 2005). Pour rester équilibrée, mon analyse comporte des exemples qui vont dans le sens de la thèse principale et d'autres qui la nuancent.

2. Maternité et détresse sociale à travers l'expérience des sages-femmes indépendantes

En effectuant le suivi des familles à domicile, les sages-femmes indépendantes perçoivent l'expérience de la maternité à l'intérieur d'un contexte social situé, accessible à leurs sens, distinguant leur pratique de celle des sages-femmes hospitalières. Se rendant d'une famille à l'autre, les praticiennes indépendantes parcourent les quartiers de la ville, souvent à vélo et à pied. Elles vivent l'ambiance plus ou moins agréable des rues, entendent les bruits des travaux, du trafic automobile, ou remarquent des immeubles peu entretenus par les régies immobilières. Ces sages-femmes sont ainsi confrontées aux inégalités sociales et à des situations qui les prennent au dépourvu, surtout en début de carrière.

On a appris notre métier de sage-femme pour s'occuper d'un bébé qui arrive dans une famille, on nous a parlé de la place du père. Là où je vais, il n'y en a pas de père [...]. Quand je vais dans ces quartiers, je sors dépitée. Même si au niveau obstétrical tout va bien, tu te rends compte que rien ne va [...]. C'est une grosse responsabilité, on n'est pas formées pour ça. Des fois, je ferme la porte en n'étant pas rassurée. (Entretien enregistré, Armelle⁴)

Comme l'explique Armelle, l'expérience en milieu hospitalier ne prépare pas à la détresse sociale ; les personnes soignées y étant vues en dehors de leurs conditions de vie. À domicile, les sages-femmes indépendantes rencontrent des situations complexes alliant immigration, solitude, logement inapproprié et parfois violence.

C'était une femme de nature assez angoissée déjà. Il n'y avait que moi qui venais chez elle une fois par jour [...]. Elle avait un mari, mais qui travaillait la journée. Il partait tôt puis revenait en fin d'après-midi [...]. Elle habitait dans un petit appartement au sixième étage et tournait en rond là-dedans. L'ascenseur en panne. C'était pas possible de porter la poussette. Elle se retrouvait cloîtrée chez elle. (Entretien enregistré, Émilie)

Certaines femmes ne mangent pas à leur faim ou manquent de produits hygiéniques.

Il y a des situations où j'ai pris un billet de cent balles dans mon portemonnaie et j'ai fait des courses, des trucs basiques, des couches, des serviettes hygiéniques, un petit pyjama [...]. Tu débarques, une chambre avec un lavabo, la dame se ballade avec le sang qui coule le long de ses jambes. J'ai fait demi-tour, acheté ce qu'il fallait parce qu'elle ne peut pas sortir dans cet état. Elle ne parlait pas français et t'as pas le temps d'organiser un interprète. (Entretien enregistré, Rebecca)

⁴ Tous les prénoms sont des pseudonymes.

Elle avait pas de Pampers. Quand je suis arrivée, ça faisait un jour que le nouveau-né trempait dans son pipi et son caca. Le pyjama était tout mouillé. (Entretien ethnographique, Armelle)

La violence conjugale est aussi identifiée lors de visites à domicile.

J'arrive chez la dame, le mari travaillait. La femme me dit « il faut m'aider, je suis séquestrée, mon mari m'a pris mon passeport, mon argent, il est méchant avec moi ». Oups ! Le cas de maltraitance conjugale grave. [...]. Elle était surveillée par son mari et sa belle-mère. Elle parlait pas français. Elle connaissait son quartier, mais elle était escortée pour tout. Au salon, je vois une photo du mari une arme à feu à la main. (Entretien enregistré, Lucie)

Les inégalités sociales, et la détresse qui en résulte, se compliquent parfois dans la relation entre professionnels de santé et familles. Ici, les inégalités sociales de santé se rapportent à des traitements différenciés des personnes selon leur origine sociale ou culturelle (Fortin, 2013).

Durant l'hospitalisation postnatale, un mari africain avait amené son enfant de deux ans à sa femme avant d'aller travailler. Convertissant le service hospitalier en crèche de fortune, ce comportement avait suscité un conflit avec l'équipe hospitalière ; sans que les motivations du mari ne soient investiguées. L'employeur du mari n'avait accordé aucune souplesse pour gérer l'hospitalisation de la femme. Craignant de perdre son emploi, le moyen de subsistance de sa famille, sans réseau social sur lequel compter, le mari avait improvisé. Suite au conflit avec l'équipe, sa femme est sortie avec son bébé contre avis médical, alors que celui-ci aurait dû rester hospitalisé en raison d'une jaunisse. Lors du premier contrôle à domicile par la sage-femme, la jaunisse s'était aggravée, appelant une ré-hospitalisation immédiate, difficile à obtenir de parents en rupture de confiance. (Entretien ethnographique, Armelle)

Ces exemples concernent des femmes qui ont eu plusieurs consultations de grossesse, un accouchement et un séjour postnatal en maternité. Ce suivi implique un dépistage de la détresse sociale, et c'est donc malgré l'existence de celui-ci que les sages-femmes indépendantes découvrent des situations de crise durant la période postnatale. Ces praticiennes contactent alors leurs partenaires de terrain pour les informer et trouver un soutien adapté.

3. Détresses sociales et aléas de la collaboration interprofessionnelle

Pour répondre aux besoins des femmes en situation de détresse sociale, les sages-femmes indépendantes travaillent en Suisse romande avec un réseau complexe d'institutions et de professionnels de santé et du social.

Le plus souvent, ces praticiennes collaborent avec l'hôpital public universitaire de la région, ses obstétriciens, pédiatres, psychiatres, sages-femmes, infirmières et assistantes sociales. Lorsqu'une situation de détresse est identifiée, cela implique des contacts avec d'autres institutions, basées en ville, et responsables de l'aide sociale ou de la protection de l'enfance. Il y a aussi des associations spécialisées dans le suivi psy-

chologique des personnes immigrantes, l'aide aux victimes de violence conjugale ou dans le droit au logement. Enfin, la collaboration implique les praticiens privés de la ville – obstétriciens, pédiatres ou psychothérapeutes et infirmières des soins à domicile. L'identification des interlocuteurs pertinents pour soutenir les familles prend donc du temps.

La qualité de la collaboration interprofessionnelle varie, notamment avec les obstétriciens (Perrenoud, 2014). Cette collaboration est parfois très efficace selon les sages-femmes.

Armelle, sage-femme indépendante, a été appelée par le mari d'Isabella qui lui a demandé d'effectuer une visite à domicile pour sa compagne. Isabella, originaire d'Afrique de l'Ouest, pleure depuis son retour à domicile après une césarienne. Elle a vécu une altercation raciste en clinique privée. La seconde nuit après son opération, Isabella a demandé un médicament contre la douleur à la personne de garde. Cette dernière a refusé, arguant qu'Isabella était douillette comme les femmes de son origine. Le lendemain, ne se sentant plus en sécurité, Isabella est rentrée chez elle, sans suivi organisé. Lorsqu'Armelle la rencontre, Isabella pleure sans discontinuer. Inquiète, cette sage-femme demande de l'aide à l'obstétricien d'Isabella. Le praticien organise une rencontre avec les responsables de l'établissement privé, qui présentent leurs excuses au couple. Armelle continue le suivi et reste en contact avec le médecin. Isabella se rétablit. (Entretiens ethnographiques avec Armelle, Isabella et Daniel)

Les difficultés à obtenir de l'aide sont néanmoins courantes. Les sages-femmes passent des heures au téléphone pour trouver du soutien lors de situations impliquant une détresse sociale. Les institutions et les praticiens offrant des suivis psychothérapeutiques ou sociaux ne se mobilisent pas en temps réel, au moment où les besoins sont identifiés. Ces acteurs fonctionnent avec des horaires fixes ; leurs prestations se planifient des semaines à l'avance. Pendant les vacances scolaires, certains services ne sont pas assurés. Les parents d'un nouveau-né, qui n'avaient plus ni argent ni nourriture, ont dû attendre trois jours pour recevoir l'aide des services sociaux. Les sages-femmes indépendantes ont collecté de l'argent pour qu'ils achètent à manger. Les services d'urgence hospitaliers mis à part, les sages-femmes indépendantes sont parmi les seules professionnelles de santé et du social à offrir des prestations en moins de 24 heures. Témoins de détresses, elles se sentent contraintes à prendre les mesures les plus urgentes (Perret, 2018).

Certains médecins exerçant en cabinet de ville ne s'impliquent pas pour résoudre les situations comportant de la violence.

Gaëlle, sage-femme, appelle le pédiatre d'une famille pour une suspicion de maltraitance infantile. Elle souhaite du soutien. Le pédiatre refuse d'entrer en matière, considérant le problème hors de son champ professionnel. Gaëlle, démunie, rappelle le médecin à ses obligations légales⁵ dans les situations de maltraitance. (Entretien ethnographique avec Gaëlle)

⁵ En Suisse, les professionnels en contact avec des enfants doivent signaler les situations présentant un danger à l'autorité compétente. Chaque canton a son texte de loi.

Les systèmes de santé libéraux octroient une marge de manœuvre importante aux praticiens individuels (Light, 2010), lesquels ont la possibilité de suivre ou non certaines familles, ou de décider, en partie, du champ de leur intervention. Face à la complexité de certaines situations, des praticiens évitent de s'engager, au risque impensé de ne pas secourir des femmes et des enfants. Ces réticences, à la marge des cadres déontologiques et légaux, participent de la « loi inverse des soins », cette caractéristique des systèmes de santé à fournir les services à l'inverse des besoins des populations (Hart, 1971).

Constatant que certaines femmes et enfants sont en danger, que le dépistage des situations de détresse sociale n'est pas complètement efficace, les sages-femmes indépendantes ont alerté les maternités hospitalières et les institutions responsables de l'aide sociale. Que s'est-il alors passé ? Les praticiennes ont parfois été reçues rapidement, mais une telle situation reste exceptionnelle. Les personnes de contact des institutions sont – non sans paradoxe – difficiles à atteindre. Des téléphones et courriels sont restés sans réponse. Lorsque les interlocuteurs ont été atteints, il a fallu attendre la date d'une réunion interprofessionnelle pendant des semaines, voire des mois.

Les informations transmises par les sages-femmes indépendantes concernant les problèmes de dépistage sont ensuite contestées par les professionnels de l'hôpital de référence.

Une maternité hospitalière a accordé dix minutes aux sages-femmes indépendantes pour présenter le problème de dépistage des situations de détresse sociale. Durant la présentation, à laquelle je participe aussi, plusieurs situations sont décrites, dont celles de femmes n'ayant ni à manger, ni habit pour leur nouveau-né. Lorsque la présentation se termine, une responsable de la filière des soins prend la parole et effectue des reproches à l'ensemble des sages-femmes indépendantes. Son intervention est suivie par celle d'un médecin-cadre qui contredit les sages-femmes et critique leurs initiatives – dont la recherche de matériel de puériculture pour les familles en situation de détresse sociale. Après quelques échanges, le responsable de l'établissement dit que « tout cela est bien gentil » mais que d'autres objets les attendent. (Journal de terrain, 2015)

Les sages-femmes indépendantes ont effectué des propositions aux médecins et sages-femmes de l'hôpital. La première d'entre elles était d'effectuer une visite prénatale à domicile. Celle-ci aurait pour objectif d'évaluer les besoins concrets des familles et de prévenir les situations de crise après la naissance, lorsque mères et nouveau-nés sont vulnérables. La seconde proposition était de participer aux réunions interprofessionnelles de l'hôpital concernant les situations de détresse sociale identifiées lors du suivi. Les sages-femmes rapportent, en effet, des décalages entre ce qui est perçu à l'hôpital à partir de l'anamnèse des situations de détresse et les éléments concrets qu'elles-mêmes observent lors des visites à domicile. Les deux propositions ont été cependant refusées. Les visites à domicile pendant la grossesse ont été jugées intrusives pour les familles. Aucune explication n'a été fournie pour justifier le refus de la participation aux réunions interprofessionnelles.

Les informations concernant le dépistage de la détresse sociale ont été présentées dans quatre congrès, d'anthropologie et de santé publique, par moi-même et l'une des sages-femmes, dans une autre région linguistique de la Suisse et à l'étranger⁶. Dans ces situations, les informations sont prises au sérieux par les participants et suscitent des questions et des échanges avec les présentatrices. Ce n'est donc pas la crédibilité des informations qui est en jeu, mais le sens que celles-ci prennent dans les relations de collaboration entre différentes professions et institutions.

4. Une culture de l'interprofessionnalité et de la sécurité vue par la sociologie des professions

La difficulté à dépister les situations de détresse sociale et à en saisir les expressions précises – au niveau des ressources financières, du logement ou de l'entourage social – est multifactorielle. La charge de travail intense que vivent les professionnels de santé des hôpitaux interfère vraisemblablement avec ce dépistage délicat. Cette charge est aussi en cause lorsque les demandes de contact des sages-femmes indépendantes restent sans réponse ou sont retardées. L'enquête sur laquelle repose cette réflexion avait pour objet l'expérience des sages-femmes indépendantes et non celles des professionnels des maternités hospitalières, ce qui constitue une limite de cette réflexion. Les conditions de travail de ces professionnels ne peuvent donc pas être analysées ici. Tout en reconnaissant ces limites et la complexité de l'objet considéré, il n'en reste pas moins que les tensions interprofessionnelles, dont celles existant entre obstétriciens et sages-femmes (Cavalli, Gouilhers, 2014), interfèrent avec la circulation d'informations relatives à la sécurité de femmes et de nouveau-nés.

Les lançements d'alerte des sages-femmes surviennent paradoxalement à une période où la collaboration interprofessionnelle et la sécurité des patients sont sur le devant de la scène. Réagissant à l'énorme coût humain et financier qu'impliquent les erreurs de diagnostic ou de traitement, les hôpitaux et les organisations internationales se mobilisent en effet pour améliorer tant la sécurité que la collaboration (WHO, 2017). Ces initiatives s'inspirent de travaux provenant d'autres secteurs d'activité dits à haute fiabilité (dont l'aviation), et impliquent de ne plus voir les erreurs comme des actions individuelles, mais comme des failles impliquant l'organisation institutionnelle (Reason, 2016). Dans ce cadre dit d'une culture de la sécurité, communiquer sur les erreurs et les circonstances de leur survenue devient une prémisses à une réorganisation du travail pour prévenir la survenue d'erreurs ultérieures. C'est pourquoi les spécialistes de la sécurité appellent à ce que la communication entre les échelons hiérarchiques – ici entre sages-femmes et obstétriciens – s'ouvre afin que chaque intervenant, peu importe son statut, parle sans crainte (Allen *et al.*, 2016). Plusieurs échanges ethnographiques avec des médecins responsables suggèrent que ceux-ci tendent à considérer qu'une culture de l'erreur est acquise. Les données présentées ici indiquent que ce n'est pas

⁶ Les présentations ont été effectuées à Chicago (2013), Prague (2014), Winterthur (2015), Bruxelles (2017).

vraiment le cas. Les lancements d'alerte ont été accueillis avec résistance et incrédulité, comme dans d'autres contextes (Waring *et al.*, 2016). Une culture n'est pas un objet tangible qui se manipule à volonté (*Ibid.*). Des rapports interprofessionnels inégaux, établis de longue date, sont peu susceptibles de se modifier par des formations ponctuelles (*Ibid.*).

La sociologie des professions permet d'éclairer les difficultés à changer les termes de la communication autour des erreurs – ici du diagnostic de la souffrance sociale. Le courant interactionniste s'est distancié des rhétoriques stéréotypées qu'émettent les professionnels à propos de leur rôle pour justifier ce dernier. Ces auteurs se sont focalisés sur l'étude des pratiques, des problèmes et des relations de pouvoir se produisant dans les quotidiens professionnels (Dubar, Triper, Boussard, 2011). Chaque profession vise à acquérir une position de monopole sur un champ d'activité donné, dans lequel elle dispose d'autonomie et du pouvoir de construire ses propres savoirs (Freidson, 1986). Ce besoin de monopole produit des tensions entre les professions qui partagent une écologie, c'est-à-dire qui ont en commun une part de leur champ d'activité et de compétences, ce qui produit des relations tiraillées entre collaboration et compétition (Abbott, 2003). C'est le cas des obstétriciens et des sages-femmes qui effectuent tous deux des suivis durant la période entourant la naissance (Cavalli, Gouilhers, 2014).

Samuele Cavalli et Solène Gouilhers (2014) ont analysé les discours d'obstétriciens et de sages-femmes suisses. Si les deux groupes professionnels soulignent l'importance de leur collaboration, ils émettent des discours divergents sur les termes de celle-ci. Les sages-femmes revendiquent une autonomie dans le suivi des grossesses et des naissances dites physiologiques, sans complications (*Ibid.*). Pour les obstétriciens, il reste difficile de concevoir l'autonomie des sages-femmes. Selon eux, les sages-femmes devraient suivre les instructions des médecins, à l'intérieur d'une relation hiérarchisée. La tonalité de ces discours varie selon le lieu de pratique et, dans le secteur public, le sentiment d'appartenance institutionnelle contrecarre en partie les tensions interprofessionnelles (*Ibid.*).

Dans ce contexte, on aurait pu anticiper que les sages-femmes indépendantes, considérées comme subordonnées aux médecins par ceux-ci, de surcroît extérieures à l'institution, rencontrent des difficultés à transmettre leurs observations aux médecins du milieu hospitalier. Ceci d'autant plus que leurs propositions questionnent l'autonomie professionnelle des médecins et leur habilité à définir le suivi de grossesse. Des savoirs que les sages-femmes construisent à partir de leur expérience quotidienne et qui ne correspondent pas à l'image standardisée du savoir véhiculée à l'intérieur de l'*Evidence-Based Medicine* (Timmermans, Berg, 2003).

Les informations des sages-femmes indépendantes concernant la détresse sociale sont aussi remises en question par d'autres sages-femmes, hospitalières et indépendantes. Les praticiennes hospitalières réfutent les problèmes de dépistage de la détresse sociale et s'opposent à la proposition de visites prénatales à domicile par leurs

collègues indépendantes⁷. Les praticiennes hospitalières défendent la qualité de leur travail, que les lancements d'alerte questionnent⁸, et semblent vouloir ainsi rétablir leur face (Goffman, 1974). En d'autres termes, elles défendent leur segment professionnel (Bucher, Strauss, 1961) face à celui des sages-femmes indépendantes et expriment l'attachement à leur institution et à la collaboration avec les médecins hospitaliers montré par Cavalli et Gouilhers (2014).

Certaines sages-femmes indépendantes désapprouvent, quant à elles, les initiatives des collègues qui contrecarrent la détresse sociale en effectuant différents types de services. Faire des courses, rechercher du matériel de puériculture ou écrire des courriers est considéré comme des activités ne relevant pas du rôle de sage-femme (Perret, 2018). Les praticiennes qui militent pour un respect strict du rôle professionnel sont moins confrontées à la souffrance sociale. Elles travaillent dans d'autres quartiers ou effectuent des suivis appelés globaux qui vont du début de la grossesse à la période postnatale, suivis demandés par des familles de classe moyenne (Perrenoud, 2016). Ces sages-femmes s'inscrivent dans la défense des processus physiologiques de la naissance et pour une médicalisation raisonnée de celle-ci (*Ibid.*). La défense de la normalité de la naissance est par ailleurs le fer de lance des revendications pour une meilleure autonomie de la profession de sage-femme, soutenue par les figures éminentes de la profession⁹.

Ces tensions entre sages-femmes révèlent la présence de segments professionnels qui constituent la diversité de toute profession (Bucher, Strauss, 1961). Des membres de segments qui revendiquent la prérogative de définir l'essence et les limites du rôle professionnel (*Ibid.*). L'appel au respect des limites du rôle relève néanmoins d'une confusion. Les sages-femmes doivent respecter le cadre légal de leur profession et recourir à l'autorité d'un médecin lorsque les limites de la normalité sont franchies. Cependant, faire des courses ou trouver des habits pour un bébé n'enfreint aucune limite légale ou déontologique, mais améliore temporairement le quotidien d'une famille en difficulté.

La réception des initiatives de sages-femmes concernant la détresse sociale périnatale n'est pas que négative. La création par ces praticiennes d'une structure à bas seuil d'accès dans un quartier défavorisé (Perrenoud, Perret, 2017) est unanimement reconnue. Des sages-femmes pointent des améliorations de la collaboration, soulignant que les rapports de confiance se construisent avec le temps ; un temps que les familles en situation de détresse sociale n'ont pas, tant leurs besoins sont immédiats.

⁷ Depuis 2018, cet hôpital suggère aux femmes enceintes d'organiser une visite prénatale à domicile par leur future sage-femme. Les femmes elles-mêmes doivent faire les démarches pour organiser cette visite, ce qui, selon les sages-femmes indépendantes, aboutit à ce que ce soient des femmes de classe moyenne qui demandent ce service.

⁸ Dans une lettre à la rédaction publiée dans le *Journal des sages-femmes suisses* de décembre 2015 en réaction à un article publié sur ce problème (voir *Journal des sages-femmes suisses*, décembre 2015).

⁹ Les sages-femmes chercheuses et celles qui définissent les priorités de la profession affichent régulièrement des positions sur la protection de la normalité et de l'autonomie professionnelle, sur leurs profils Facebook ou Twitter, par exemple. Ces éléments sont repris dans les référentiels de compétence nationaux également.

Conclusion

Dans les pays à hauts revenus, les inégalités sociales de santé se traduisent par un différentiel de morbi-mortalité des femmes et des enfants immigrants. Certaines femmes vivent leur maternité dans des conditions critiques, seules, sans argent et dans un logement insalubre. C'est le cas de femmes dont le statut de séjour est incertain ou qui sont déboutées du droit d'asile. Les professionnels de santé et du social, qu'ils exercent en milieu institutionnel ou à domicile, s'efforcent de contrecarrer cette détresse sociale.

L'enquête ethnographique effectuée révèle que les points de vue sur les situations des femmes et des familles diffèrent selon que les professionnels travaillent en milieu hospitalier ou à domicile. L'expérience de professionnels reçus dans les lieux de vie des familles renseigne concrètement sur les expressions de la détresse sociale. Les éléments de détresse dévoilés, s'ils étaient plus systématiquement considérés, permettraient de poser des hypothèses précises sur les causalités des inégalités sociales de santé autour de la naissance. Ces éléments permettraient aussi d'identifier des pistes d'action non seulement pour les professionnels de santé et du social, mais aussi pour les politiques visant à diminuer la morbi-mortalité surnuméraire des femmes et des enfants immigrants.

Bibliographie

- ABBOTT A. (2003), « Écologies liées : à propos du système des professions », in J.-M. MENGER, *Les professions et leurs sociologies*, Paris, Maison des Sciences de l'Homme, p. 29-50.
- ALLEN D., BRAITHWAITE J., SANDALL J., WARING J. (2016), « Towards a Sociology of Healthcare Safety and Quality », *Sociology of Health & Illness*, vol. 38, n° 2, p. 181-197.
- BERRUT S. (2014), *Santé maternelle et infantile des populations migrantes*, Berne, OFS.
- BUCHER R., STRAUSS A. (1961), « Professions in Process », *American Journal of Sociology*, vol. 66, n° 4, p. 325-334.
- CAVALLI S., GOUILHERS S. (2014), « Gynécologues-obstétriciens et sages-femmes dans le suivi de la grossesse : une complémentarité sous contrôle médical ? », in C. BURTON-JEANGROS, I MAFFI, R. HAMMER, *Accompagner la naissance : terrains socio-anthropologiques en Suisse romande*, Lausanne, BSN Press, p. 85-106.
- DENEUX-THARAUX C., SAUCEDO M. (2017), *Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir*, INSERM-EPOPE, Santé publique France.
- DUBAR C., TRIPIER P., BOUSSARD V. (2011), *Sociologie des professions*, 3^e éd., Paris, Armand Colin.
- FORTIN S. (2013), « Conflits et reconnaissance dans l'espace social de la clinique : les pratiques cliniques en contexte pluraliste », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 37, n° 3, p. 179-200.
- FARMER P. (2005), *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, Berkeley, University of California Press.

- FREIDSON E. (1986), *Professional Powers: a Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*, Chicago, University of Chicago Press.
- FÉDÉRATION SUISSE DES SAGES-FEMMES (FSSF) (2019), *Rapport statistique des sages-femmes indépendantes en Suisse*, Berne, FSSF.
- GOFFMAN E. (1974), *Les rites d'interaction*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- GOGUIKIAN RATCLIFF B., SHARAPOVA A., PEREIRA KRAFT C., GRIMARD N., BOREL RADEFF F. (2015), « Dépression périnatale et complications obstétricales chez des migrantes primo-arrivantes à Genève », *Devenir*, vol. 27, n° 2, p. 77-99.
- HART J. T. (1971), « The Inverse Care Law », *Lancet*, vol. 297, n° 7696, p. 405-412.
- LAVE J., WENGER E. (1991), *Situated Learning, Legitimate Peripheral Participation*, Cambridge, Cambridge University Press.
- LIGHT D. W. (2010), « Health Care Professions, Markets and Countervailing Powers », in C. BIRD, P. CONRAD, A. FREMONT, S. TIMMERMANS, *Handbook of Medical Anthropology*, Nashville, Vanderbilt University Press, p. 270-289.
- MARCHAND T. (dir.) (2010), *Making Knowledge: Explorations of the Indissoluble Relation Between Mind, Body And Environment*, Oxford, Royal Anthropological Institute of Great Britain & Ireland.
- MASSÉ R. (2008), *Détresse créole : ethnoépidémiologie de la détresse psychique à la Martinique*, Québec, Presses de l'Université de Laval.
- MIROWSKY J., ROSS C. E. (2003), *Social Causes of Psychological Distress*, New York, Aldine de Gruyter.
- OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS) (2018), *Accouchements et santé maternelle en 2017 : statistiques médicales des hôpitaux*, Neuchâtel, OFS, Confédération suisse.
- OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (OFSP) (2020), *Prestations en cas de maternité*, Berne, OFSP, Confédération suisse.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P. (2008), *La rigueur du qualitatif*, Louvain-la-Neuve, Academia Bruylant.
- OTERO M. (2003), *Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société*, Québec, Presses Universitaires de Laval.
- PERRENOUD P. (2014), « Relations entre gynécologues-obstétriciens et sages-femmes : un commentaire ? », in C. BURTON-JEANGROS, I. MAFFI, R. HAMMER, *Accompagner la naissance : terrains socio-anthropologiques en Suisse romande*, Lausanne, BSN Press, p.107-114.
- PERRENOUD P. (2016), *Construire des savoirs issus de l'expérience à l'ère de l'Evidence-Based Medicine : une enquête anthropologique auprès de sages-femmes indépendantes en Suisse romande*, thèse de doctorat, Lausanne, Université de Lausanne.
- PERRENOUD P., PERRET F. (2017), « Des rencontres postnatales pour déjouer la solitude », *Revue reiso*. En ligne. URL : <https://www.reiso.org/articles/themes/enfance-et-jeunesse/1852-des-rencontres-postnatales-pour-dejouer-la-solitude>.

- PERRET F. (2018), « Maternité dans la précarité : témoignage d'une sage-femme indépendante », *Sage-femme suisse*, n° 4, p. 43-45.
- REASON J. (2016), *Organization Accidents Revisited*, Surrey, Ashgate.
- SAUVEGRAIN P., AZRIA E., CHIESA-DUBRUILLE C., DENEUX-THARAUX C. (2017), « Exploring the Hypothesis of Differential Care for African Immigrant & Native Women in France with Hypertensive Disorders during Pregnancy », *BJOG*, vol. 124, n° 12, p. 1858-1865.
- TIMMERMANS S., BERG M. (2003), *The Gold Standard: the Challenge of Evidence-Based Medicine & Standardization in Health Care*, Philadelphie, Temple University Press.
- WANNER P., BOLLINI P. (2017), « Contribution of the Foreign Population to the High Level of Infant Mortality in Switzerland: a Demographic Analysis », *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 17, n° 151, p. 2-7.
- WARING J., ALLEN D., BRAITHWAITE J., SANDALL J. (2016), « Healthcare Quality and Safety: a Review of Policy, Practice & Research », *Sociol Health Illn*, vol. 38, n° 2, p. 198-215.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO) (2017), *Medication without harm : global patient safety challenge on medication safety*, Genève, WHO.